ombuds/man
de l'assurance privée
et de la Suva

Rapport annuel 2021 – 49e édition

21/49

Fondation
Ombudsman de l'assurance prive 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 2021)

Matthias Michel, conseiller aux Etats et ancien conseiller d'Etat, Zoug, président
Silva Semadeni, ancienne conseillère nationale, Coire, vice-présidente
Christoph Eymann, ancien 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
Barbara Ingold Boner, Suva, responsable traitement des cas, Lucerne
Fabio Regazzi, conseiller national, Gordola

Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation

Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique
Nathalie Garny, avocate
Suzanne Schaad-Ritt, avocate
Eveline Bretscher Todaro, assistante
Anne-Catherine Nabholz, docteur ès lettres, responsable de gestion des processus

Bureaux décentralisés

Suisse romande:	Me Johnny Dousse, avocat
Suisse italienne:	Avv. Marco Cereghetti

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

L'exercice 2021 a été à la fois intense et captivant. Parallèlement à notre activité de médiation, nous avons poursuivi la numérisation de nos processus de travail, des opérations internes ainsi que de la communication avec les parties impliquées dans notre procédure de médiation.

Par ailleurs, nous avons complètement remanié notre site Internet afin de simplifier les échanges avec les assurés et d'augmenter les avantages pour les clients. Doté d'un nouveau logo, désormais compatible avec les smartphones et interactif, le nouveau site Internet est disponible en quatre langues. Il est notamment agrémenté de plusieurs exemples de cas qui visent à montrer concrètement les méthodes de travail de l'Office de médiation.

Dans le cadre de ce remaniement, nous tenions aussi à permettre aux assurés de saisir des données directement via notre site Internet. Ils peuvent ainsi remplir un formulaire en ligne pour soumettre une requête et téléverser les documents nécessaires au traitement de leur dossier. Cette nouvelle possibilité garantit non seulement la sécurité de la transmission des données, contrairement aux envois par e-mail, mais elle simplifie également les démarches auprès de l'Office de médiation. Dans l'intérêt des requérants, il est toujours possible de s'adresser à nous par téléphone et par courrier postal.

La dynamique induite par la numérisation progressive a toutefois aussi fait des victimes collatérales : non, il ne s'agit pas d'un poste qui aurait été supprimé dans notre petite structure, mais bel et bien du fax, un appareil devenu superflu, qui n'était plus utilisé. Une dernière chose : le présent document est aussi le tout premier rapport annuel à être publié exclusivement sous forme électronique.

Je remercie enfin toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs de l'Office de médiation pour leur excellent travail et pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les divergences de vue à l'amiable.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Résumé du rapport annuel 2021

Au cours de l'exercice 2021, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'Office de médiation a diminué, passant de 3408 à 2704 (-20,6%). En parallèle, le traitement des différents cas a toutefois gagné en difficulté et a demandé plus de temps du fait que, de notre point de vue, de nombreux assurés sont devenus plus vulnérables sur le plan psychologique en cette deuxième année de pandémie.

Dans 2452 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant. Sur les 866 demandes écrites soumises à l'Office de médiation, 252 dossiers ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 29,1%. Le taux de succès lors des interventions a atteint 71%.

Dans le secteur de l'assurance privée, le recul marqué du nombre de cas s'explique notamment par des motifs imputables à la pandémie, et ceci d'autant plus que le nombre de plaintes liées au Covid-19 a fortement diminué, passant de 587 à 98. Ces dernières concernent essentiellement des polices d'assurance épidémie conclues par des établissements de restauration ainsi que des dossiers liés aux assurances voyage, qui étaient très élevées lors de l'exercice précédent en raison de la pandémie. Dans le secteur LAA également, la crise sanitaire a vraisemblablement impacté, du moins en partie, la baisse des plaintes et des demandes, qui sont passées de 692 à 548 en raison du report des opérations chirurgicales et du changement du mode de vie au travail et pendant les loisirs.

Comme les années précédentes, les requêtes dans le domaine souvent complexe des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de l'activité de l'Office de médiation, avec 48% des cas. Les dossiers en rapport avec le Covid long soumis à l'Office de médiation ont été très peu nombreux, pour leur part. Nous savons par expérience qu'en cas de maladie de longue durée, les problèmes avec l'assureur ne surviennent qu'après un certain laps de temps. De ce fait, la problématique du Covid long devrait se présenter à nous avec un temps de retard.

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation a débuté sa nouvelle activité de centre de référence pour les assurés contre les signalements dans le HIS, le Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses. Le HIS a été mis en service le 1er février 2021 par SVV Solution AG afin de soutenir les assureurs dans leur lutte contre la fraude à l'assurance.

Une forte hausse des plaintes à l'encontre des assurances animaux a été constatée en 2021, passant de 23 à 138, et le médiateur a été obligé d'intervenir dans de nombreux dossiers en raison du délai de traitement trop long (plusieurs mois) de l'assureur.

Pour finir, nous avons constaté avec étonnement que les intempéries massives de l'été 2021 n'ont pratiquement pas entraîné de litiges avec les assurances privées bâtiment, ménage et véhicules à moteur.

Table de matières

Aperçu de l'exercice 2021

Aperçu global 1
Evolution du nombre de cas 2
Demandes et plaintes ventilées par branche / domaine LCA 3
Ventilation des demandes selon les régions linguistiques 4
- Total des demandes reçues 4
- Demandes dans le champ de compétences 4
Interventions 5
- Interventions chiffrées 5
- Taux d'intervention 5
- Interventions dans le secteur de l'assurance privée par branche 6
- Taux de succés lors des interventions, tous secteurs confondus 7

Collaboration avec les compagnies d'assurances 8

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

Le secteur des assurances privées 9
- Secteur non-vie 9
- Secteur vie 16
- Contrats de prêts hypothécaires 18
Le secteur LAA et l'assurance militaire 19
Secteur de la prévoyance professionnelle 23

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne 25
Bureau décentralisé de Suisse romande 28

Autres activités 32

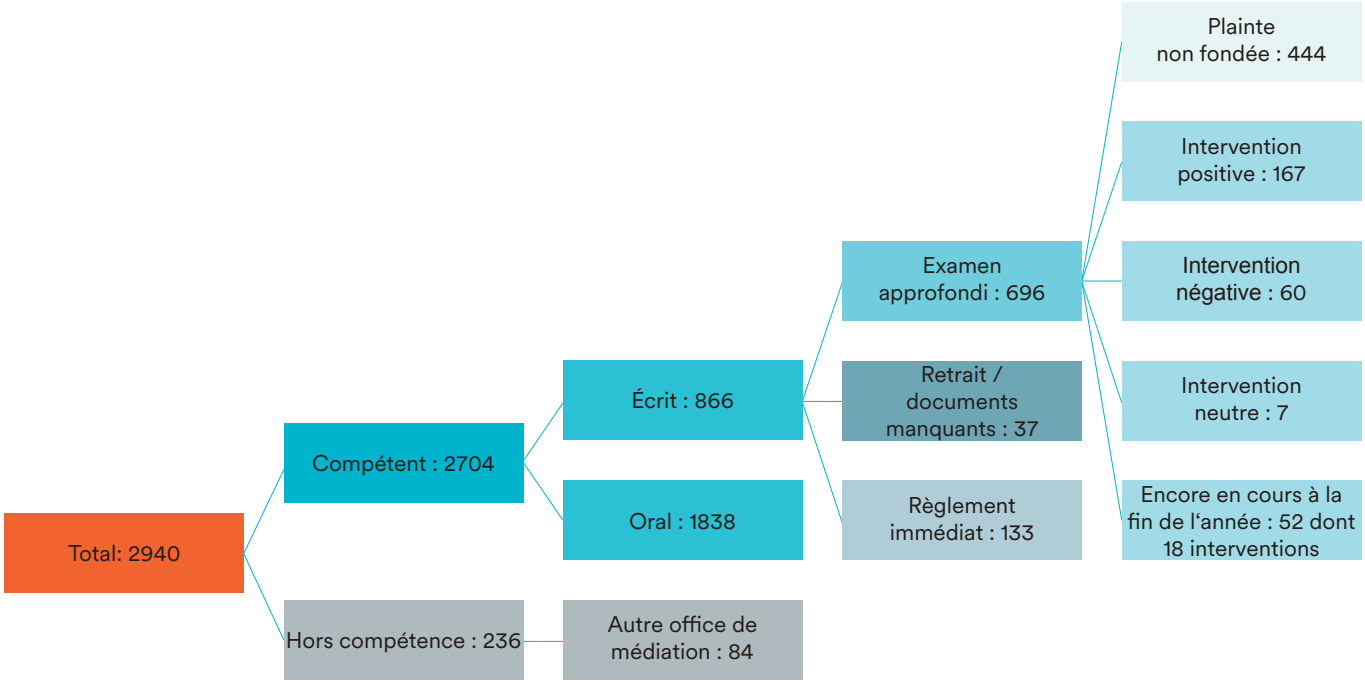
Nouveautés au sein du Conseil de Fondation 33

Les statistiques 2021 34

Sociétés affiliées 35

Aperçu de l'exercice 2021

Aperçu global



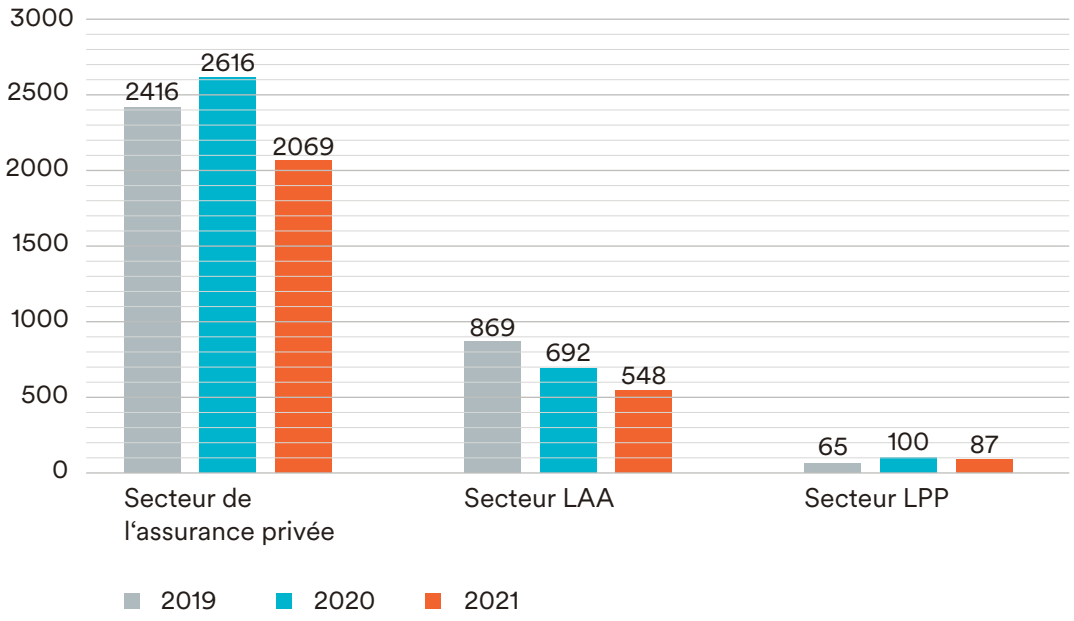
Au cours de l'exercice 2021, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'Office de médiation s'est monté à 2940 (3639 en 2020). Le nombre de cas relevant de notre compétence a reculé de 20,6%, passant de 3408 à 2704.

En parallèle, le traitement des différents cas a toutefois gagné en difficulté et a demandé plus de temps du fait que, de notre point de vue, de nombreux assurés sont devenus plus vulnérables sur le plan psychologique en cette deuxième année de pandémie.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'Office de médiation a augmenté, passant de 231 à 236 (+2,1%). 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 basée à Lucerne, à des assurances sociales, à des assurances cantonales et étrangères, mais également à des institutions LPP autonomes.

Par ailleurs, 22 demandes concernaient des activités de courtage et 11 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.

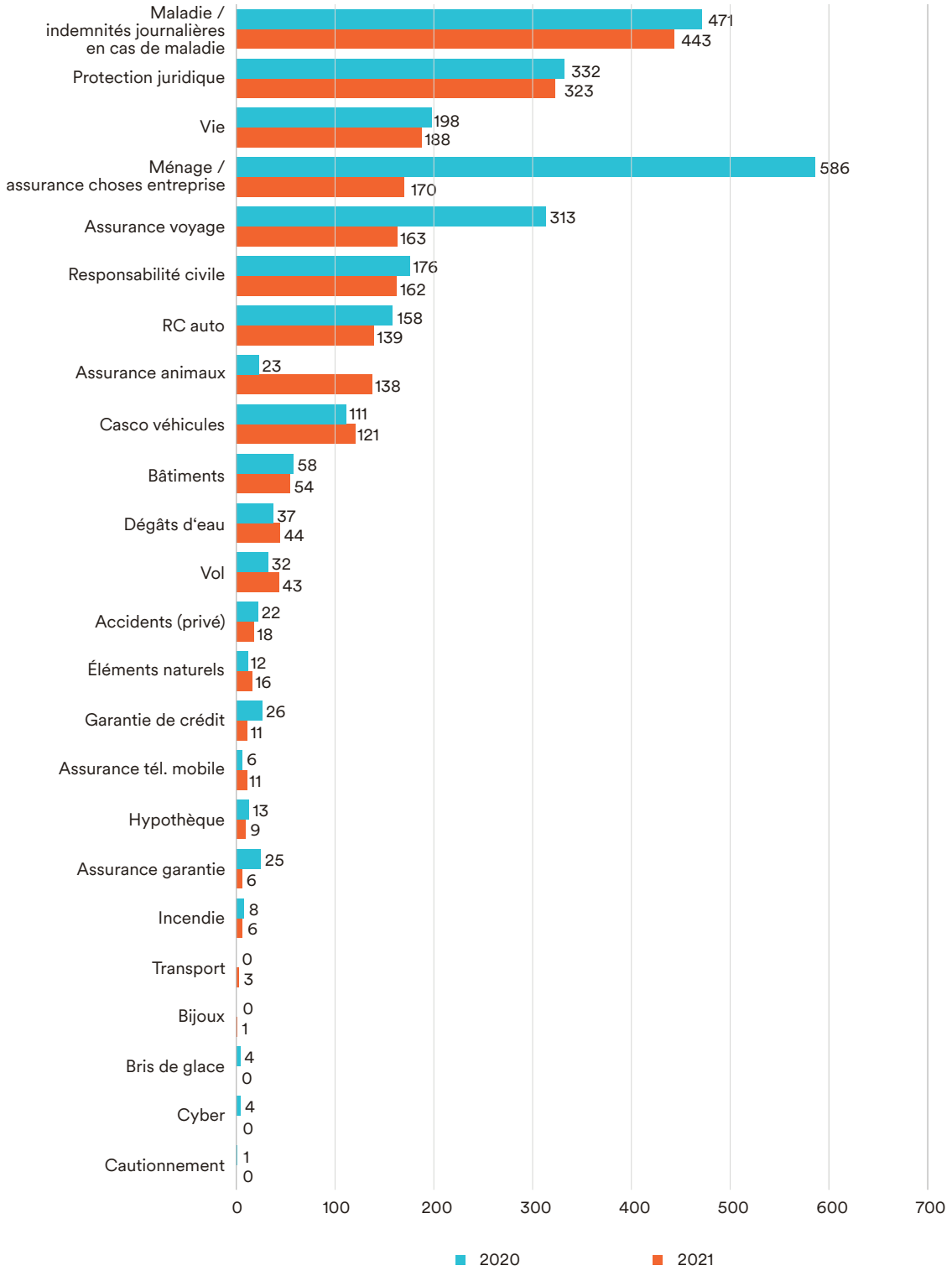
Évolution du nombre de cas



Le recul enregistré du nombre de cas soumis a touché l'ensemble des secteurs d'assurance traités par l'Office de médiation.

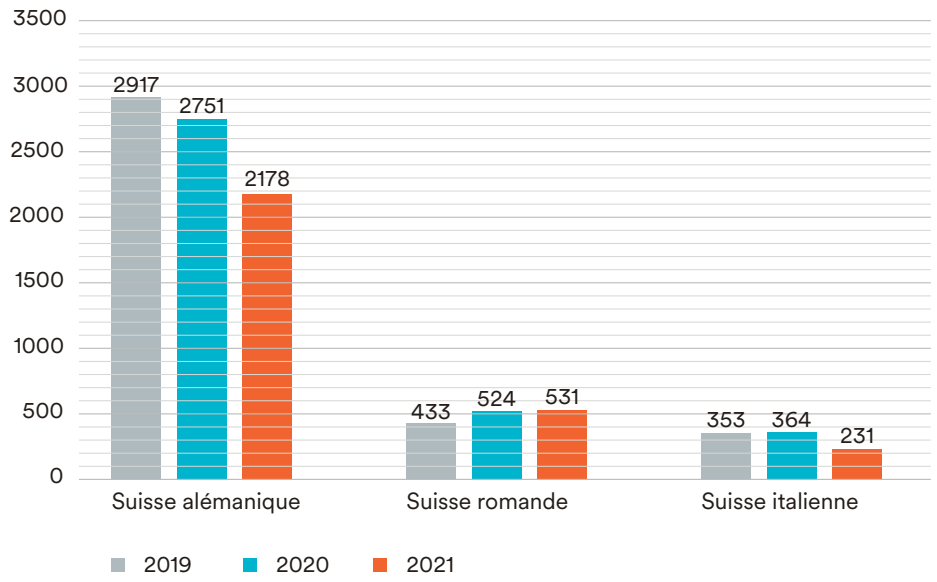
Les causes présumées de cette baisse sont abordées notamment dans les chapitres « Secteur non-vie » et « Secteur LAA ».

Demandes et plaintes ventilées par branche / domaine LCA

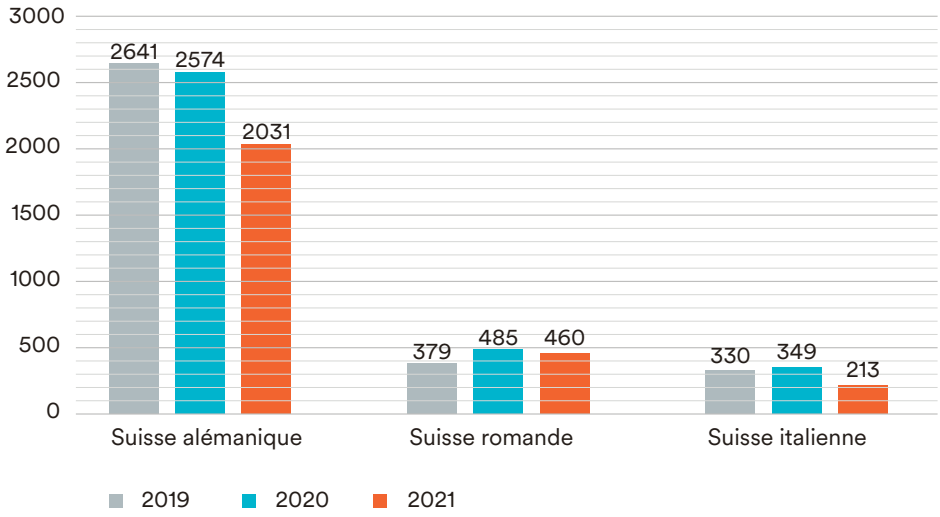


Ventilation des demandes selon les régions linguistiques

Total des demandes reçues



Demandes dans le champ de compétences



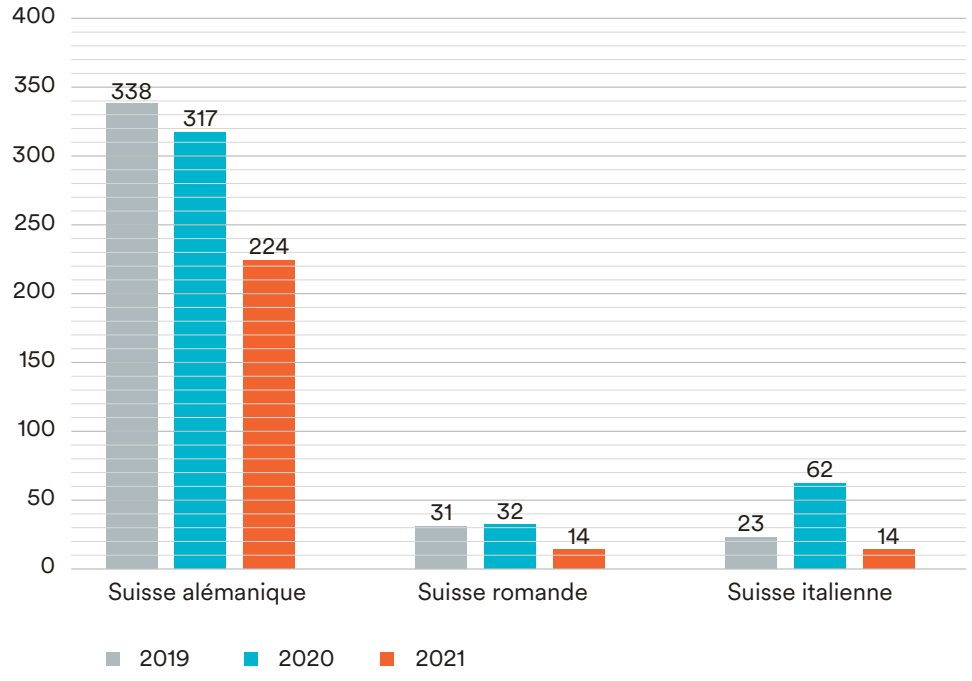
Le recul du nombre de cas relevant de notre compétence par rapport à l'exercice précédent (-20,6%, de 3408 à 2704) a concerné aussi bien le siège principal de Zurich que les bureaux décentralisés francophone et italophone. À Neuchâtel, le nombre de cas a ainsi baissé de 5,1%, à Lugano de 38,9% et à Zurich, les cas ont également diminué de 21,1%.

Interventions

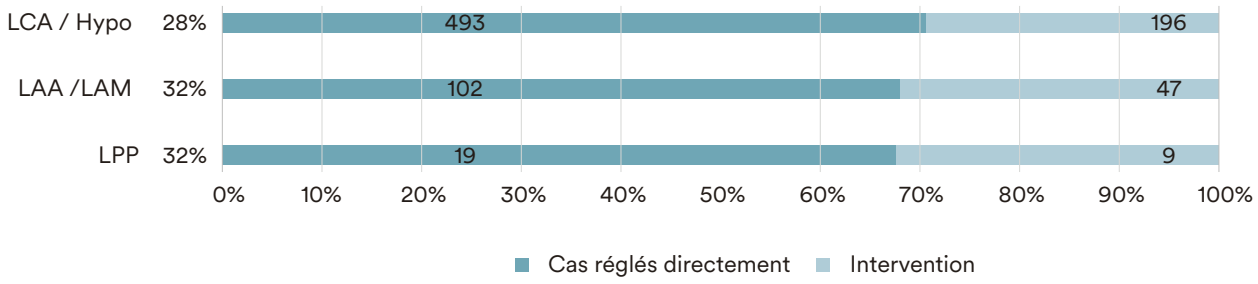
Le nombre total d'interventions a baissé, passant de 411 à 252, avec une politique d'intervention identique. Le recul du nombre d'interventions s'explique par la baisse globale de 20,6% des demandes adressées à l'Office de médiation. Contrairement à l'exercice 2020, nous n'avons pas procédé à des interventions groupées par rapport aux assurances épidémie, et les annulations de voyages liées au Covid-19 sont restées rares.

Les chiffres répertoriés en tant qu'interventions dans le graphique ci-après se rapportent à la proportion d'assurés ayant soumis une plainte écrite à l'Office de médiation.

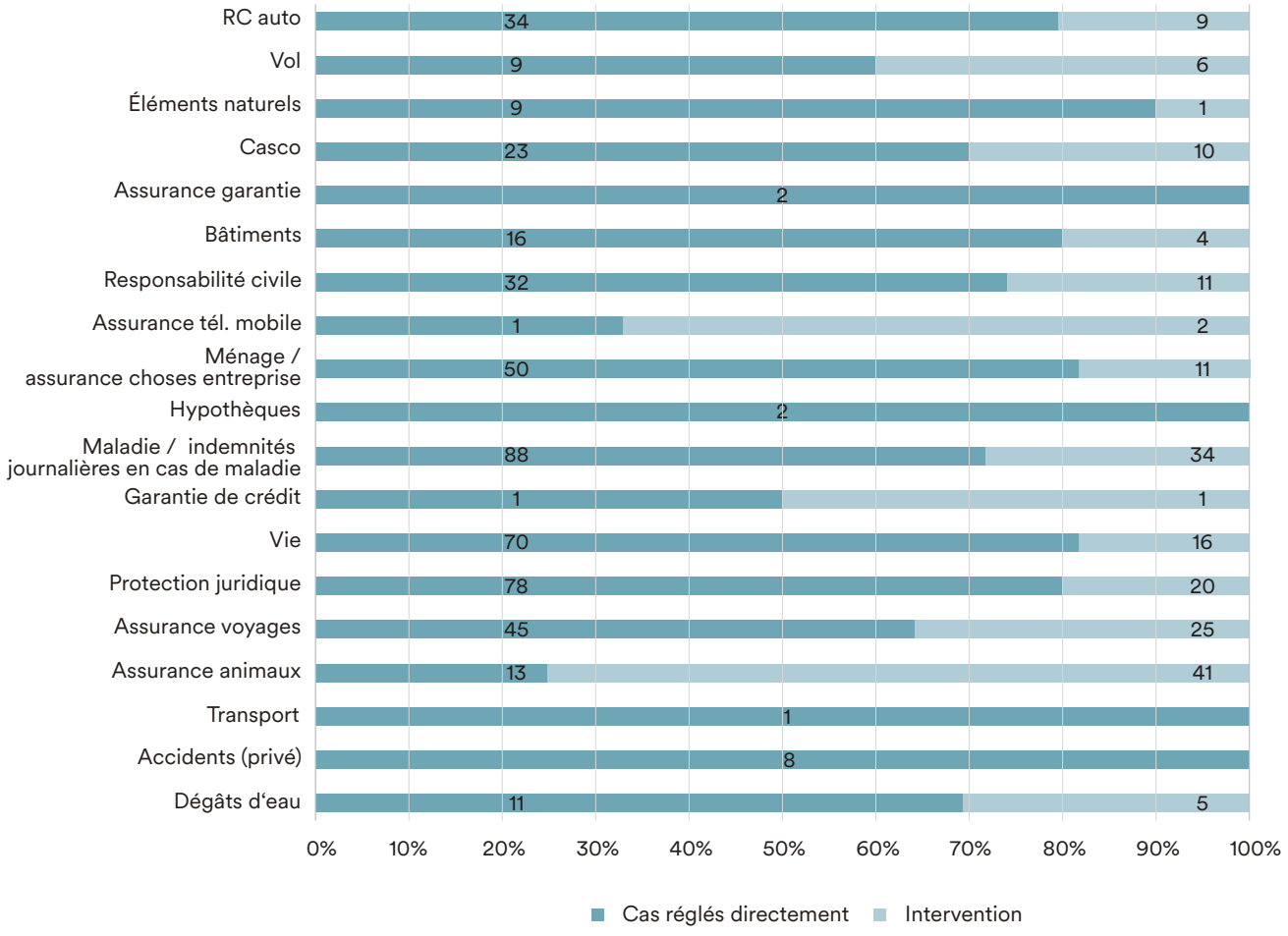
Interventions chiffrées



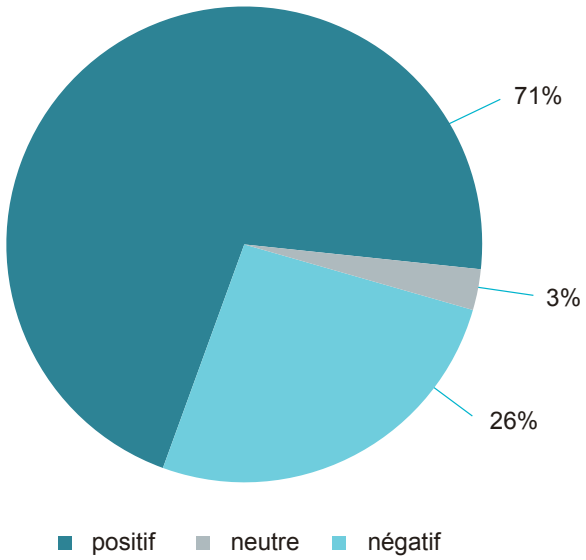
Taux d'intervention (sans les requêtes réglées par téléphone)



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 234 (394) interventions clôturées à fin 2021 a été positif dans 167 cas (304) et négatif dans 60 cas (85). Dans 7 cas (5), le résultat a été enregistré comme neutre. Il faut ajouter à ces chiffres 18 cas ayant nécessité une intervention et qui n'étaient pas encore réglés fin 2021.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent environ 71% (77%).

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 lors des exercices précédents. Nous tenons à en remercier les interlocutrices et les interlocuteurs du médiateur, qui sont en règle générale des membres de la direction des assurances. Ils ont procédé systématiquement à un examen sérieux de nos interventions. Dans la majorité des cas, les prises de position des assureurs étaient donc probantes et cohérentes.

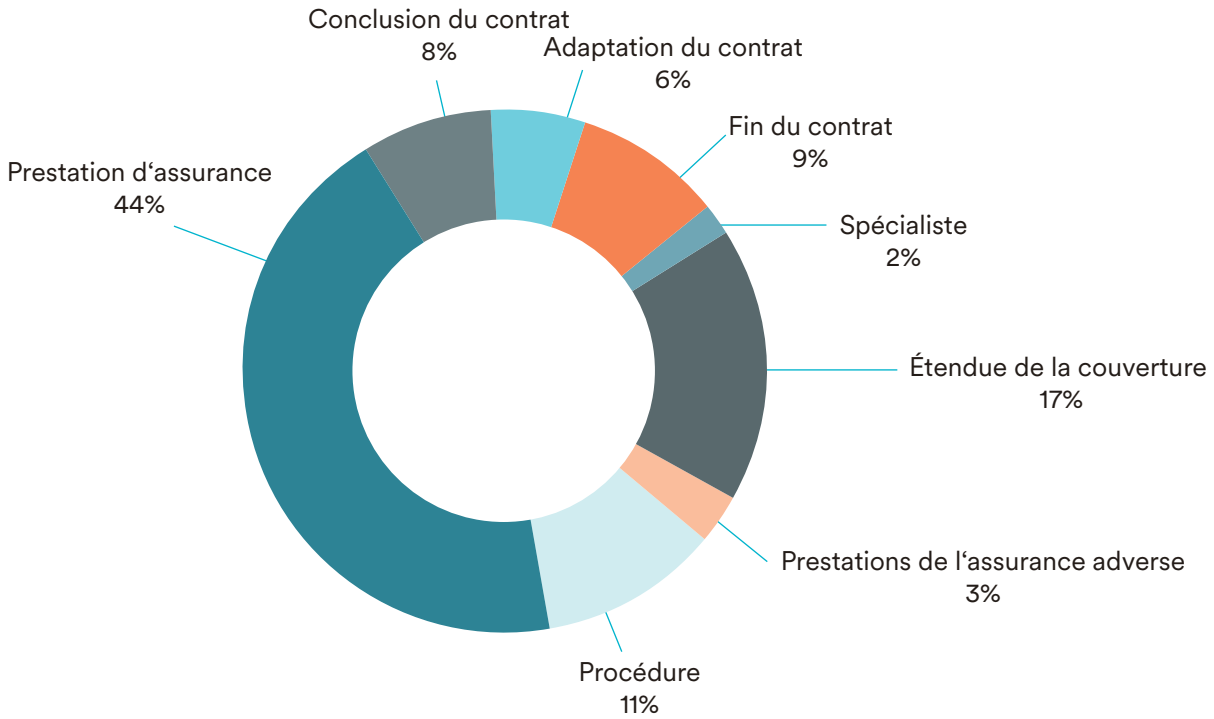
La bonne collaboration avec les assureurs s'explique notamment par le fait que l'autorégulation du domaine de l'assurance par l'Office de médiation repose sur une base volontaire. À noter également que les directions de la plupart des compagnies d'assurances jugent l'institution de l'Ombudsman importante. Ainsi, la grande majorité des assureurs se sont montrés disposés à trouver une solution à l'amiable, pour autant que les dispositions légales et contractuelles applicables le justifient en l'espèce.

Concernant la durée de traitement des dossiers, le médiateur n'a pas eu à formuler de réclamations à l'encontre des assureurs pour la plupart d'entre eux. Dans le secteur des assurances de personnes, elle s'est montée à environ quatre à six semaines, et à deux à quatre semaines dans les autres secteurs.

Comme les années précédentes, seules quelques rares compagnies d'assurances ont régulièrement traité leurs dossiers en plus de quatre semaines, même lorsqu'il n'était pas nécessaire de faire réexaminer les faits (par des experts en sinistres, des médecins, etc.). De l'avis du médiateur, les cas où l'Office de médiation intervient 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 aussi bien émotionnel que factuel.

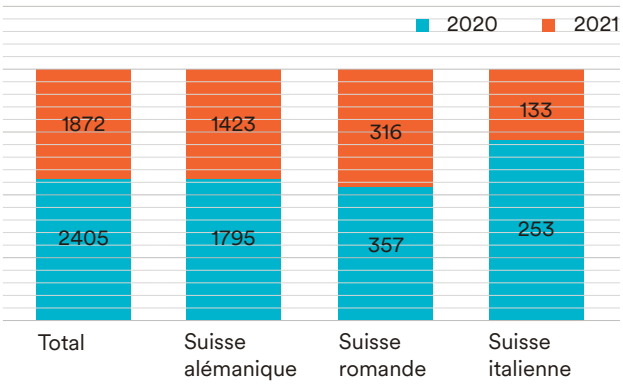
L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches

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, les plaintes des assurés liées à la procédure, ainsi que le terme, la conclusion 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



En comparaison avec l'exercice précédent, on a assisté à une chute conséquente des cas dans les différentes branches du secteur non-vie.

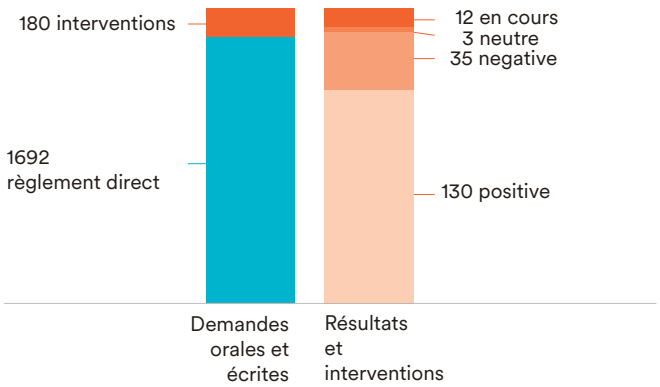
Nous ignorons les causes précises de cette diminution marquée des dossiers d'environ 22%. Le médiateur estime toutefois que les motifs ci-après imputables à la pandémie pourraient avoir considérablement influencé le recul des cas dans le secteur de l'assurance privée.

Contrairement à l'exercice précédent, nous n'avons enregistré que peu de cas relatifs à l'assurance épidémie et beaucoup moins de cas liés à l'assurance voyages que d'habitude. Au cours de la première année de la pandémie, certaines règles particulièrement strictes relatives au confinement avaient soulevé beaucoup de questions par rapport aux assurances épidémie. Or, pendant l'exercice sous revue, nous n'avons jamais eu besoin de recourir aux interventions groupées auprès des assureurs épidémie. La situation diffère quelque peu pour les cas liés aux assurances voyages, qui ont

vraisemblablement diminué pour trois raisons : tout d'abord, les gens sont moins enclins à voyager au vu des circonstances particulières, les assureurs voyages ont par ailleurs partiellement adapté leurs conditions contractuelles et, enfin, de nombreux partenaires contractuels ont proposé à leur clientèle des conditions d'annulation plus avantageuses (possibilité d'annuler à plus court terme sans frais). Le nombre de cas dans la catégorie « ménage / assurance choses entreprise » (qui englobait les cas liés à l'assurance épidémie) a par conséquent diminué, passant de 586 à 170, tandis que les cas liés à l'assurance voyages sont passés de 313 à 163. Le recul des cas dans ces secteurs de 899 à 333 a ainsi entraîné une réduction d'un total de 566 demandes, un chiffre qui dépasse même le recul global dans le secteur de l'assurance privée.

Pour résumer la situation, cela se répercute comme suit sur le nombre de cas : 98 (587) demandes et plaintes au total étaient liées aux conséquences de la pandémie de Covid-19. Parmi celles-ci, 33% (75%) concernaient les assurances épidémie des PME, 59% (23%) les assurances voyages, tandis que 8% (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.

Le secteur non-vie se distingue par un taux de réussite important des interventions.



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, sur les questions d'étendue de la couverture, ainsi que sur la résiliation et la conclusion du contrat.

Assurance bâtiment : étendue de la couverture pour les frais de détection des fuites

L'étendue générale de la couverture des assurances dégâts d'eau des bâtiments porte sur les dommages consécutifs à un dégât d'eau qui découlent d'une cause de sinistre couverte conformément aux conditions générales d'assurance (CGA), comme la rupture d'une conduite, et qui ne font pas l'objet d'une exclusion concrète de couverture, comme en cas d'entretien insuffisant du bâtiment. Les frais liés à l'élimination de la cause du sinistre ne sont pas couverts par l'assurance bâtiment (exception faite de certaines causes, p. ex. les dégâts causés par le gel). En fonction des différentes conditions générales d'assurance (CGA) des assureurs bâtiment, la couverture des frais de détection d'une fuite et de dégagement présuppose en outre souvent que le dégât d'eau assuré soit dû à une fuite de canalisation ou à une rupture de conduite.

Il convient donc d'étudier précisément les conditions d'assurance applicables, comme le montre l'exemple ci-après. Dans la maison d'un couple au bénéfice d'une assurance bâtiment, l'eau est remontée dans la buanderie, le vestibule ainsi que le local de chauffage en passant par deux puits, avec une inondation à la clé et les dégâts subséquents. Les entreprises auxquelles le couple a ensuite fait appel ont constaté que les racines d'un pin, planté par les anciens propriétaires du bien immobilier juste au-dessus du puits de contrôle dans le jardin, avaient percé le tuyau d'évacuation en passant par le puits. Il a donc fallu arracher le pin et ses racines. Le jardin a ensuite été remis en état après la pose d'un couvercle en béton sur le puits. L'assureur bâtiment a refusé de participer aux coûts, au motif que le sinistre

déclaré n'était pas lié à la rupture d'une conduite d'eau. Le couple s'est alors adressé à l'Office de médiation en lui demandant de vérifier le refus de prestations de l'assureur.

Après examen des conditions contractuelles, l'Office de médiation a indiqué à l'assureur que les dommages liés au refoulement des eaux usées ainsi qu'à une fuite de matière liquide ou de gaz des canalisations sont bel et bien couverts, y compris les dommages des installations et des appareils raccordés à ces canalisations. Ainsi, conformément aux CGA en vigueur de l'assureur concerné, si l'un des risques susmentionnés se concrétise, les frais de détection sont couverts à hauteur d'un montant maximal de CHF 2000.-, même en l'absence de lien avec une rupture de canalisation. L'intervention de l'Office de médiation auprès de l'assureur a porté sur ce dernier point.

Après avoir réexaminé sa position, l'assureur a admis que les faits n'avaient pas fait l'objet d'une analyse suffisante dans le cadre du traitement du sinistre. Il a donc confirmé qu'il allait participer aux frais de détection à hauteur de CHF 2000.-, ce qui a permis de clore le dossier de manière satisfaisante pour le couple assuré.

Assurance ménage : remplacement d'un produit d'assurance par un autre sans le consentement du preneur d'assurance / modifications de contrat unilatérales illicites

Quelques dossiers dans le domaine des assurances choses portaient sur une modification de contrat unilatérale illicite de la part de l'assureur.

Dans l'un de ces cas, le conseiller d'une compagnie d'assurances a informé son client à la fin du mois de janvier 2021 que sa police ménage et responsabilité civile allaient faire l'objet de légères modifications et seraient remplacées par une nouvelle police d'assurance. Le preneur d'assurance a ensuite reçu une offre avec laquelle il n'était pas d'accord, notamment parce qu'elle ne couvrait plus les vélos, les vélos électriques ainsi que d'autres éléments. L'assureur ménage a donc établi une nouvelle offre incluant les couvertures souhaitées, mais assortie d'une prime plus élevée que jusqu'à présent. Le preneur d'assurance n'a pas accepté cette nouvelle offre et a résilié sa police actuelle au 31 mars 2021. L'assureur lui a ensuite indiqué que son contrat d'assurance ne pouvait être résilié qu'au 31 mars 2022 et qu'il était impossible de rétablir l'ancienne police.

L'Office de médiation est intervenu, soulignant que, sur la base des échanges de correspondance, il considérait que l'assureur comptait procéder à une modification unilatérale du contrat pendant la durée contractuelle minimale fixe, censée expirer le 31 mars 2022, d'autant plus que l'assureur avait déclaré exclure la possibilité de rétablir l'ancien produit d'assurance. Conformément au droit des assurances privées en vigueur, chacune des parties contractantes peut certes soumettre des propositions à l'autre partie afin de modifier le contrat, mais si aucun accord n'est trouvé à ce sujet, le contrat initial reste alors valable. Le médiateur a donc recommandé à l'assureur de prolonger le contrat d'assurance initial jusqu'au 31 mars 2022, comme demandé par le requérant, ou alors de résilier ce contrat à fin mars 2021.

Suite à cette intervention, l'assureur a confirmé que le contrat se poursuivait jusqu'à fin mars 2022 et a également reconnu que son conseiller avait fourni une information erronée concernant l'impossibilité de réactiver le contrat initial.

Recommandation aux assurés lorsque l'assureur propose un produit de remplacement du produit d'assurance actuel

Demandez à l'assureur si le nouveau produit d'assurance offre une protection équivalente à celle de la police actuelle et quelles adaptations ont été effectuées sur le plan de l'étendue de la couverture. N'hésitez pas à poser vos questions par écrit ou par

e-mail si vous avez des doutes ou si certains points du contrat vous semblent particulièrement importants.

Assurance vol : quelques problèmes liés à la numérisation de l'exécution du contrat par l'assureur

Dans le contexte actuel où les vélos électriques ont le vent en poupe, l'Office de médiation s'est de nouveau vu soumettre quelques dossiers liés à leur vol. L'un de ces cas concernait un assuré dont le vélo électrique avait été dérobé dans le local à vélos de son appartement. Après avoir découvert le vol, l'assuré a déclaré le sinistre à son assurance ménage. Cette dernière a opposé un refus de couverture du sinistre au motif que le risque du « vol au domicile » n'était pas couvert, conformément à la police d'assurance souscrite.

Le requérant était conscient que l'assurance conclue ne couvrait pas le vol au domicile, mais cette couverture était toutefois mentionnée dans l'exemplaire du contrat qu'il avait reçu ultérieurement, en téléchargeant l'appli de l'assureur. Il a donc indiqué à son assureur qu'il partait du principe que l'appli lui fournissait toujours la version la plus récente ou la plus à jour du contrat et que c'était donc cette version qui était valable. L'assureur lui a répondu que c'était le contrat convenu entre les deux parties qui permettait de déterminer l'étendue de la couverture.

Après avoir reçu ce dossier, l'Office de médiation a rappelé à l'assuré que, de manière générale, une modification du contrat par l'assureur n'est possible que dans les conditions mentionnées dans les CGA en vigueur. Le médiateur est toutefois intervenu auprès de l'assureur et lui a signifié qu'il comprenait la plainte soumise par le requérant dans la mesure où le « changement » apporté au contrat n'avait que des répercussions en faveur de l'assuré et n'entraînait pas d'augmentation de la prime. Le médiateur se demandait aussi, et surtout, si ce cas concret ne justifiait pas un geste de la part de l'assureur du fait de la valeur ajoutée apportée par cette plainte. En effet, elle met en évidence un potentiel certain de malentendus susceptibles de toucher de nombreuses polices dans le contexte actuel de la numérisation.

Sur le plan juridique, l'assureur s'en est tenu à sa position initiale dans sa réponse : la police d'assurance ne prévoyait pas de couverture pour le « vol au domicile » et l'assuré n'avait par ailleurs pas demandé de modification de son contrat en ce sens. Toutefois, il a admis, en sa qualité d'assureur, comprendre les attentes de son client concernant l'application et son contenu, à savoir la version correcte et actuelle des bases du contrat. L'assureur s'est donc déclaré disposé à traiter le sinistre invoqué comme si le preneur d'assurance avait déjà souscrit la couverture susmentionnée au moment de la conclusion du contrat, ce qui entraînerait un supplément de prime d'environ CHF 60.- pour toute l'année d'assurance en cours. Cette couverture resterait incluse si le contrat se poursuivait.

Le requérant étant d'accord avec cette solution, l'assureur a indemnisé le sinistre et étendu la couverture d'assurance de la police.

Secteur des indemnités journalières en cas de maladie

Dans le secteur des indemnités journalières en cas de maladie, le nombre de cas a de nouveau reculé, passant de 471 à 443. La proportion de dossiers litigieux concernant l'incapacité de travail ainsi que la durée des prestations d'assurance en cas de troubles psychiques reste, pour sa part, toujours aussi élevée.

Indemnités journalières en cas de maladie : convention de libre passage entre les assureurs indemnités journalières maladie

L'Office de médiation doit parfois se consacrer à des questions liées à la convention de libre passage entre les assurances indemnités journalières en cas de maladie. Cette convention vise à régler le passage d'un in-

dividu assuré d'une assurance indemnités journalières maladie collective à une autre. Elle règle également le transfert d'effectifs d'assurés des assurances indemnités journalières collectives entre assureurs ayant adhéré à cette convention.

Dans l'un de ces dossiers, un assureur a résilié en septembre 2020, pour la fin de l'année d'assurance, la police d'assurance collective d'indemnités journalières maladie d'une Sàrl qui affichait une fréquence de sinistres bien plus élevée que la moyenne et qui avait un cas de maladie en cours.

Après avoir reçu cette résiliation, la Sàrl a trouvé un nouvel assureur collectif d'indemnités journalières maladie au 1er janvier 2021, mais cet assureur était prêt à conclure le contrat uniquement à condition que le collaborateur de la Sàrl qui percevait des indemnités journalières maladie depuis des mois de la part de l'assureur précédent soit exclu de la nouvelle police d'assurance.

Pour sa part, l'assureur précédent n'était pas disposé à verser de prestations subséquentes au collaborateur malade de la Sàrl après l'annulation de la police, estimant que, selon la convention de libre passage entre les assureurs indemnités journalières en cas de maladie, il incombait au nouvel assureur de verser les indemnités journalières de maladie à partir du 1er janvier 2021.

Le collaborateur en arrêt maladie de la Sàrl risquait ainsi de se retrouver « entre deux chaises » et la Sàrl s'est donc adressée à l'Office de médiation. Après avoir étudié le dossier, l'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur précédent, lui demandant s'il ne devait pas verser des prestations subséquentes à partir du 1er janvier 2021, dans le cadre de la police annulée, d'autant plus que le droit des assurances privées ne prévoit pas d'obligation de conclure un contrat.

Par la suite, l'assureur précédent a contacté le nouvel assureur afin de trouver rapidement une solution dans l'intérêt du collaborateur en incapacité de travail de la Sàrl. Sur ces entrefaites, sans autre explication, le nouvel assureur s'est déclaré prêt à prendre en charge à partir du 1er janvier 2021 les indemnités journalières maladie en question.

L'Ombudsman présume que c'est l'art. 4, al. 2 de la convention de libre passage qui a été appliqué dans ce cas concret. Selon cette convention, les cas de sinistre en cours à partir de la date du changement d'assureur sont à la charge du nouvel assureur, à concurrence du montant des indemnités journalières, du délai d'attente et de la durée des prestations prévus par l'assureur précédent, pour autant que le salarié soit engagé au même taux d'occupation par son nouvel employeur ou son employeur actuel. Si le salarié est engagé dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, c'est l'ancien assureur qui prend en charge le cas de sinistre en cours.

Assurances protection juridique : dans quelles conditions un assureur protection juridique doit-il intervenir en présence d'un litige assuré et, le cas échéant, ordonner une expertise ?

À plusieurs reprises, nous avons dû traiter des dossiers liés à la protection juridique où se posait la question suivante : dans quelles conditions un assureur protection juridique doit-il intervenir en cas de litige assuré et éventuellement ordonner une expertise pour clarifier les points litigieux ?

À titre d'exemple, voici le cas d'une assurée qui, au printemps 2021, a acheté une Audi d'occasion auprès d'un vendeur privé. Ce dernier avait exclu toute garantie sur le véhicule en question. Peu de temps après cet achat, plusieurs défauts sont apparus et l'assurée a donc fait appel à son garagiste qui a examiné l'Audi. Le garagiste a constaté, entre autres, un problème d'étanchéité entre le moteur et la boîte de vitesses. Le rapport fourni par le garagiste indique que quelqu'un a tenté de réparer la fuite de liquide de refroidissement de manière non professionnelle.

L'assurée a donc demandé à son assurance protection juridique de la soutenir dans sa démarche contre le vendeur de la voiture. L'assureur a informé son assurée qu'en raison de l'exclusion de la garantie, le vendeur n'était responsable du défaut découvert que si l'on pouvait prouver une tromperie frauduleuse de sa part. Il a également précisé que la recherche des preuves ne faisait pas partie de la mission principale d'un assureur protection juridique et qu'elle incombait à la personne assurée. En désaccord avec cette réponse, l'assurée a demandé à l'Office de médiation d'examiner la position de l'assureur.

Après examen du dossier, l'Ombudsman est intervenu auprès de l'assureur protection juridique. Il a souligné que les litiges issus de contrats (p. ex. achat ou service) en lien avec des véhicules enregistrés en Suisse sont bel et bien couverts. Le rapport du garagiste fourni par l'assurée apportait par ailleurs des indices concrets quant à une possible escroquerie. En se basant sur le rapport de son garagiste, l'acheteuse pouvait partir du principe que le vendeur était au courant des défauts du véhicule et de la réparation non professionnelle. Le vendeur n'ayant pas réagi aux réclamations de l'acheteuse, il s'agissait bel et bien d'un litige couvert au sens des conditions générales d'assurance (CGA). Les CGA indiquent par ailleurs que la preuve ne doit pas être apportée par la personne assurée et que l'expertise réalisée par des spécialistes est couverte.

Après avoir pris connaissance de notre intervention, l'assureur protection juridique a confirmé vouloir mandater un expert automobile pour procéder à une expertise.

Remarques complémentaires de l'Ombudsman
L'Ombudsman estime que cette décision est correcte. En effet, de son point de vue, si une personne assurée peut prouver des faits laissant supposer un comportement fautif de la part de la partie adverse, l'assureur protection juridique est tenu d'intervenir en cas de litige couvert et, si nécessaire, de procéder à une expertise ; cela permettra de clarifier les faits sur le plan juridique et d'évaluer sérieusement les chances de succès d'une demande de protection juridique.

Assurances animaux : forte hausse des demandes et des plaintes

Dans le secteur des assurances pour animaux, les demandes et les plaintes ont fortement augmenté pendant l'exercice sous revue, passant de 23 à 138. La majorité des dossiers qui nous ont été soumis concernaient des plaintes liées à la procédure en raison de la durée trop élevée du traitement d'un sinistre. Quelques autres dossiers portaient sur des divergences par rapport à la manière de calculer la prestation d'assurance.

Assurances animaux : si le preneur d'assurance ne répond pas à une offre de nouveau produit d'assurance dans un délai fixé par l'assureur, cela n'équivaut pas automatiquement à une acceptation de l'offre.

L'Office de médiation a dû traiter certains dossiers où l'assureur avait annoncé une adaptation de contrat pour le début de l'année d'assurance à venir et où il ne voulait pas accorder la possibilité au preneur d'assurance de résilier le contrat d'ici la fin de l'année d'assurance en cours si celui-ci décidait de refuser l'adaptation du contrat.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un preneur d'assurance qui avait reçu un courrier daté du 30 mars 2021 pour l'informer qu'il pourrait bénéficier d'un nouveau produit d'assurance dès la prochaine échéance de prime, au 1er juillet 2021, et ceci avec une prime annuelle quatre fois plus élevée que la précédente. Ce même courrier signalait également au preneur d'assurance qu'il était impossible de prolonger l'ancien contrat et que le nouveau produit serait considéré comme accepté sans nouvelles de sa part d'ici fin avril 2021.

Le requérant étant en désaccord avec cette manière de procéder, il a informé l'Office de médiation qu'il avait déjà tenté à plusieurs reprises et en vain de joindre son assureur par téléphone et par e-mail. L'assuré a ensuite annoncé son intention de résilier sa police par un e-mail daté du 18 juin 2021, notamment parce qu'il n'avait reçu aucune explication de la part de son assureur pour justifier la modification majeure de la prime ; il en a profité pour demander aussi à son assureur s'il pouvait résilier sa police par voie électronique. Cet e-mail est resté sans réponse de la part de l'assurance, mais l'assuré a par contre reçu un rappel de paiement pour la nouvelle police, frais de rappel compris.

L'Ombudsman est intervenu auprès de l'assureur et lui a signalé qu'il comprenait la demande du requérant, et ceci d'autant plus que les conditions générales d'assurance (CGA) prévoient pour le preneur d'assurance la possibilité de résilier le contrat jusqu'au dernier jour de l'année d'assurance, si celui-ci n'est pas d'accord avec une modification du contrat proposée par l'assureur. Le courrier du 30 mars 2021 envoyé par l'assureur où il indique que le nouveau contrat est considéré comme accepté s'il ne reçoit pas de nouvelles de la part de l'assuré d'ici fin avril 2021 est donc erroné et contraire au contrat. D'autre part, l'Ombudsman estimait que l'e-mail du requérant daté du 18 juin 2021, soit avant l'échéance de l'année d'assurance, devait être considéré comme une résiliation. En effet, en rédigeant cet e-mail, le requérant avait clairement exprimé son désaccord vis-à-vis de la modification du contrat et son intention de résilier son ancien contrat, mais il se demandait seulement si la résiliation devait revêtir un format postal particulier.

Suite à cette intervention, l'assureur a exposé une version des faits contradictoire, affirmant qu'il avait envoyé la totalité des documents et des informations sur le changement de produit par e-mail et par courrier postal au requérant et que ce dernier avait reçu un lien pour convenir d'un rendez-vous téléphonique. Cela étant, l'assureur s'est montré conciliant et a accepté la résiliation du requérant pour la fin du mois de juin 2021.

Système d'informations et de renseignements (HIS) des compagnies d'assurances suisses : six plaintes soumises à l'Office de médiation en 2021

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est vu soumettre pour la première fois des plaintes concernant des signalements dans le HIS, le Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses en service depuis le 1er février 2021. Le HIS vise à soutenir les compagnies d'assurances dans leur lutte contre la fraude à l'assurance. L'assureur concerné procède à un signalement dans le HIS en présence de l'un des dix motifs de signalement définis (p. ex. une prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA, un événement assuré causé intentionnellement selon l'art. 14 al. 1 LCA, etc.).

Le cas échéant, la compagnie d'assurances doit informer le requérant par écrit de son signalement dans le HIS.

Si la personne assurée fait opposition auprès de l'assureur, ce dernier bloque immédiatement le signalement dans le HIS et fait vérifier la décision du signalement par une personne qui n'était pas encore en charge du dossier en question. Suite à cette démarche, si l'assureur conclut que le signalement a été effectué à tort, il l'efface du HIS. En revanche, s'il estime que sa décision est juste, il en informe par écrit la personne signalée et cette dernière dispose ensuite de 30 jours pour contester son signalement. Pendant ce délai, le signalement reste bloqué.

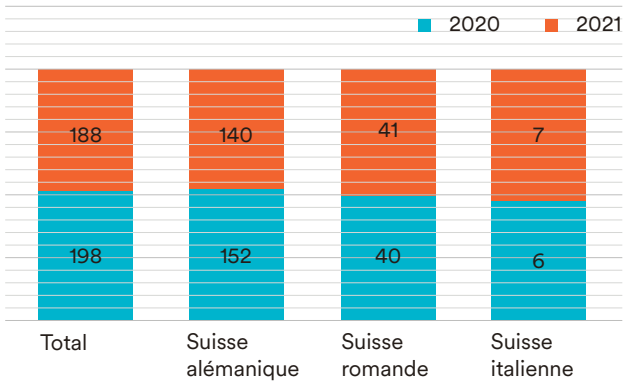
Au cours de l'exercice sous revue, six requêtes ont été adressées à l'Office de médiation pour des signalements dans le HIS. Nous n'avons pas pu traiter l'un des dossiers en question faute de compétence, le requérant étant déjà représenté par son assurance

protection juridique. Dans un autre cas, nous avons dû conseiller au requérant d'agir en justice, car, dans son cas concret, il aurait fallu recourir à des auditions de différents témoins pour se prononcer définitivement sur les faits invoqués ultérieurement par le requérant. Or, contrairement à un tribunal civil, l'Office de médiation n'est pas apte à procéder à des auditions de témoins et à infliger des sanctions pénales en cas de faux témoignage.

Toujours associé à une étude minutieuse des documents et à un investissement en temps considérable, un seul des dossiers du HIS nous a amenés à conclure que le signalement HIS n'était pas justifié, suite à notre évaluation neutre de la situation juridique. Dans ce cas concret, l'assureur a suivi la recommandation de l'Ombudsman en se distanciant de l'allégation de prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA et en effaçant le signalement HIS. En effet, il avait pu être démontré que l'interprétation des faits documentés avait donné lieu à un malentendu aux yeux de l'assureur.

Secteur vie

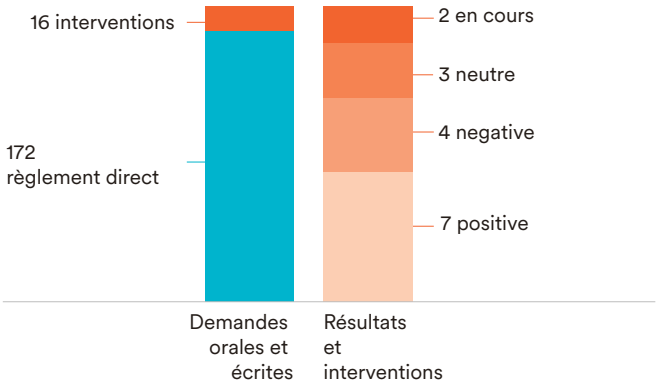
Durant l'exercice sous revue, l'Office de médiation a également enregistré une légère diminution du nombre de cas dans le secteur de l'assurance-vie individuelle.



Les demandes qui nous ont été soumises concernaient trois catégories principales de dossiers :

1. Les conseils erronés invoqués par le requérant pour des polices liées à des fonds
2. La conclusion de polices 3a par des salariés étrangers qui, souvent, ne travaillent en Suisse que pendant quelques années
3. Les questions des valeurs de rachat en cas de résiliation anticipée des polices d'assurance vie avec composante épargne

Le nombre d'interventions dans le secteur vie a légèrement augmenté à 16 cas par rapport à 13 lors de l'exercice précédent.



Polices liées à des fonds avec prime unique : plaintes contre des assureurs vie pour cause de manque de transparence au sujet des frais d'acquisition

Nous avons reçu des demandes de plusieurs preneurs d'assurance qui ont conclu il y a environ 20 à 30 ans une police liée à un fonds sans prestation minimale garantie en cas de vie au moment de l'expiration du contrat. Ceux-ci jugeaient trop peu élevée soit la prestation en cas de vie communiquée à l'expiration du contrat, soit la valeur de rachat en cas de résiliation anticipée du contrat. L'un de ces cas concernait une preneuse d'assurance ayant conclu une police liée à un fonds avec échéance en 2027. Jusqu'en 2021, elle avait payé des primes d'un montant total d'environ

CHF 165 000.-. La valeur de rachat communiquée au printemps 2021 se montait à environ CHF 149 000.- Étant donné que, d'après ses recherches, le placement en fonds choisi avait enregistré une bonne performance sur la période du contrat écoulée jusqu'ici, elle a demandé à l'assureur comment il avait été possible d'en arriver à cette différence. L'assureur lui a alors fait savoir qu'il ne pouvait pas mettre à sa disposition des décomptes détaillés des valeurs du fonds ni des coûts. Il a ajouté qu'en tant qu'assureur, il n'était pas tenu de présenter en détail le calcul de la valeur de rachat ou de la prestation en cas de vie, mais uniquement les principes mathématiques dans les CGA. Ne l'entendant pas de cette oreille, l'assurée s'est adressée à l'Office de médiation. Dans son intervention auprès de l'assureur, l'Ombudsman a fait savoir que, de son point de vue, la requérante avait droit à un état détaillé des valeurs du fonds et des coûts, afin de pouvoir vérifier que la gestion de l'assurance était conforme au contrat.

Ne partageant pas cette vision des choses, l'assureur a indiqué au médiateur que son appréciation ne concordait pas avec la circulaire FINMA 2016/6 « Assurance sur la vie ». Dans son chiffre marginal 76, celle-ci précise expressément que les indications doivent simplement être fournies de façon à être compréhensibles pour un expert. A contrario, le preneur d'assurance ne peut faire valoir un droit à obtenir des informations détaillées au point de lui permettre de vérifier lui-même les calculs. Par ailleurs, la communication d'informations, en particulier par rapport aux coûts, ne saurait aller jusqu'à permettre la divulgation de secrets commerciaux, par exemple en lien avec la conception des produits ; des secrets qui pourraient alors, suivant les circonstances, être portés par des voies détournées à la connaissance de tiers (p. ex. des concurrents). L'assureur a néanmoins transmis un compte rendu des coûts au médiateur. Il a toutefois enjoint ce dernier à traiter les informations figurant dans ce document avec la plus stricte confidentialité et à ne pas les transmettre à la preneuse d'assurance, dans la mesure où celle-ci ne peut faire valoir de droit à les connaître en vertu de la circulaire de la FINMA.

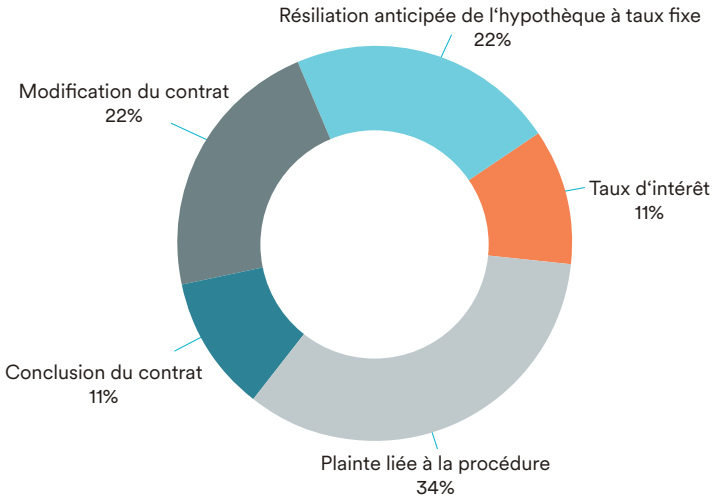
L'Ombudsman est alors intervenu une deuxième fois auprès de l'assureur, lui communiquant en substance qu'indépendamment de la circulaire de la FINMA susmentionnée, il considérait que la plus grande transparence s'imposait conformément à la pratique générale en matière d'assurance, et donc que l'assureur, outre différentes valeurs (telles que la réserve mathématique d'inventaire, l'excédent de risque et de frais), devrait communiquer les frais d'acquisition, de gestion et les primes de risque perçus. Suite à cette démarche, l'assureur s'est déclaré prêt à communiquer les frais de gestion et les primes de risque. Concernant les frais d'acquisition, par contre, il a définitivement refusé la transparence recommandée vis-à-vis de la preneuse d'assurance. Le médiateur a par conséquent conseillé à la requérante de poursuivre ses démarches et de s'adresser à l'autorité de surveillance, afin que celle-ci puisse examiner si le montant des coûts perçus se situe dans le cadre admissible ou s'ils doivent être qualifiés d'abusifs.

L'Ombudsman n'est pas satisfait de ce résultat. Certes, la loi n'oblige pas à communiquer les frais d'acquisition. Reste que les nombreuses demandes reçues par le médiateur laissent penser que, sur ce point, la législation ne correspond guère au sens du droit de la grande majorité des preneurs d'assurance. Notre expérience nous montre que ceux-ci souhaitent savoir quelle part de la prime totale sert à constituer le capital d'épargne ou la prévoyance vieillesse et quels sont les coûts liés à l'acquisition du produit de prévoyance. Ce dernier point ressort notamment lorsque la valeur d'une police liée à un fonds n'a pas évolué selon les prévisions initiales de l'assureur.

Recommandation aux assureurs vie
Indiquez à vos assurées et assurés, d'autant plus s'ils en font la demande, quelle part de la prime est des-

tinée à constituer le capital d'épargne et quelle part finance les primes de risque ainsi que les frais d'acquisition et de gestion.

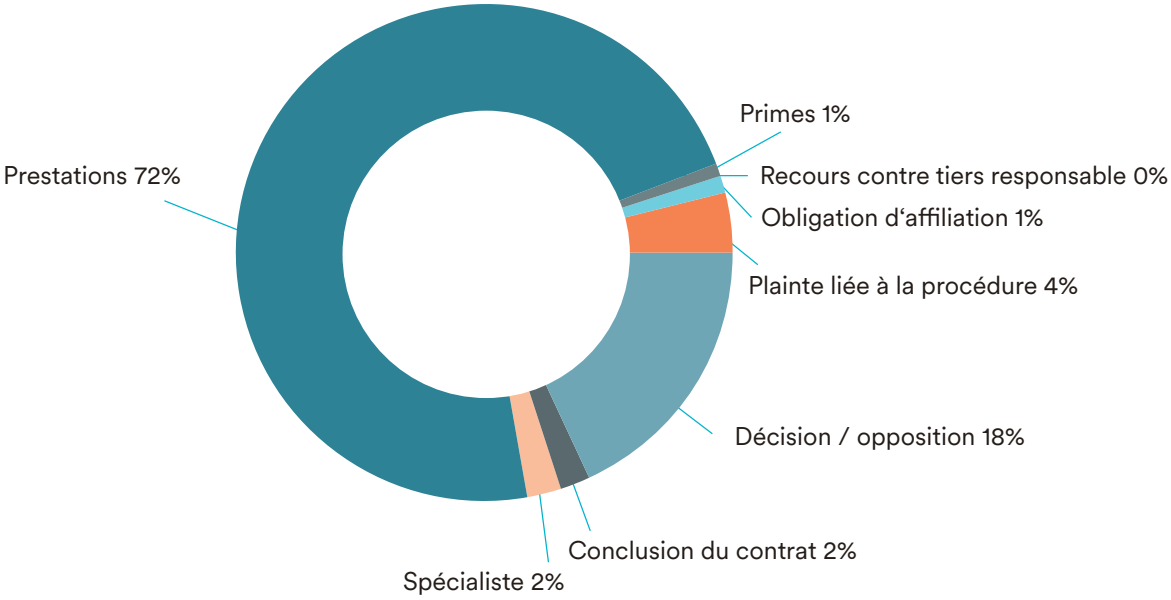
Contrats de prêts hypothécaires



Demandes dans le secteur des hypothèques

Au cours de l'exercice sous revue, nous n'avons reçu que 9 (13) requêtes concernant des contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurances. Elles touchaient pour la plupart des questions liées aux indemnités de résiliation anticipée, à la résiliation du contrat, ainsi qu'à l'exécution du contrat d'une hypothèque à taux fixe en cours.

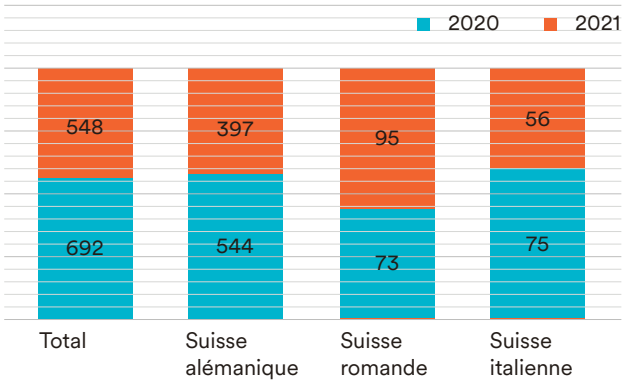
Le secteur LAA et l'assurance militaire



Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est de nouveau vu soumettre moins de cas, à savoir 548, contre 692 lors de l'exercice précédent, ce qui constitue une baisse d'environ 20%.

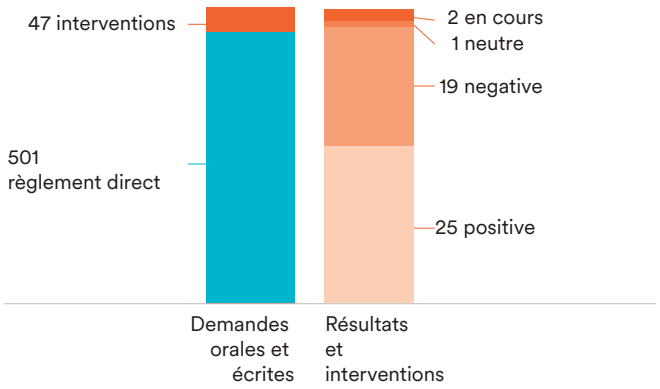
L'Office de médiation ignore les raisons précises de ce nouveau recul significatif des cas, qui fait par ailleurs suite à une autre baisse des cas d'environ 20% au cours de l'exercice précédent, mais l'Ombudsman suppose que la pandémie y est pour quelque chose, tout du moins en partie. En effet, cette situation pourrait être due au report des traitements médicaux ou des opérations dans les hôpitaux en raison de la pandémie, ainsi qu'aux modifications des comportements pendant les loisirs (moins d'activités sportives en équipe, dans les centres de fitness, etc.) ou au niveau professionnel (davantage de télétravail, associé à moins d'accidents sur le chemin du travail et beaucoup moins de voyages professionnels).

Il faut ajouter par ailleurs qu'une décision avait déjà été rendue par l'assureur LAA dans 18% des demandes soumises à l'Office de médiation ; l'Ombudsman ne peut donc pas exclure l'hypothèse que les assureurs LAA rendent une décision plus rapidement que lors des exercices précédents. Dans le domaine LAA ou pour les dossiers liés à l'assurance militaire, si une décision a déjà été rendue, l'Office de médiation ne peut plus entrer en matière. Débute alors la procédure administrative, dans laquelle la procédure de médiation n'a plus sa place. Les personnes assurées qui apprennent que l'Office de médiation n'est plus compétent pour traiter un dossier dès qu'une décision a été rendue ne s'adressent donc plus à nous, en toute logique.



Recommandation aux assureurs LAA
L'Office de médiation recommande aux assureurs LAA de ne pas communiquer un refus de prestation aux assurés directement par l'intermédiaire d'une décision formelle, mais bien plutôt par un courrier motivé informel.

Le litige portait le plus souvent sur le lien de causalité entre un accident et les troubles de santé invoqués, suivi par des questions liées à la notion d'accident et à la lésion corporelle (assimilée à un accident) selon l'art. 6, al. 2 LAA, au traitement médical, aux indemnités journalières et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.



Dommages dentaires : conditions préalables pour une obligation de verser des prestations de l'assureur LAA en cas de dommages dentaires antérieurs préexistants

Plusieurs plaintes qui nous ont été soumises concernaient un litige portant sur l'obligation de verser des prestations de l'assureur accidents en cas de dommages dentaires. Dans l'un de ces cas, l'assuré a expliqué qu'il se rendait à la gare et qu'il avait dû éviter un piéton sur son chemin, alors que celui-ci a brusquement changé de direction. L'assuré a alors glissé sur une dalle, avant de chuter lourdement sur la partie droite de son visage. Outre plusieurs fractures au visage, il a également subi des dommages au niveau de deux dents. Son assureur accidents a refusé de prendre en charge les frais de reconstruction dentaire en se basant sur l'évaluation du dossier établie par son dentiste-conseil, qui stipulait que les problèmes dentaires n'étaient pas imputables à l'accident avec une vraisemblance prépondérante. Selon ce rapport, ces deux dents auraient nécessité des soins avant même l'accident et avaient très probablement perdu de leur vitalité initiale. Les problèmes décrits par le requérant auraient donc très bien pu se produire spontanément ou pendant un acte de mastication normal, même sans la survenance de l'accident.

Dans son intervention, l'Office de médiation a estimé que le simple fait que le requérant ait subi plusieurs fractures avérées au niveau du visage laissait supposer qu'il s'agissait d'une lourde chute. Au vu de la gravité de la chute, il semblait donc assez plausible qu'elle ait provoqué des dommages dentaires. Sachant que, selon le rapport du dentiste ayant traité le requérant en urgence, il s'était présenté au cabinet dentaire avec des dents cassées et des douleurs au niveau de la pulpe dentaire, l'Ombudsman considérait comme établi que le requérant avait subi des dommages dentaires clairement imputables à l'accident.

L'Office de médiation s'est par ailleurs référé à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_750/2015 rendu le 18 janvier 2016, qui affirme que l'hypothèse d'un accident ne peut être exclue au motif qu'une dent complètement intacte aurait résisté au choc. Il suffit juste que la dent en question ait été fonctionnelle avant l'accident pour une mastication normale. Le cabinet dentaire avait confirmé que les deux dents de l'assuré étaient bel et bien fonctionnelles et aptes à mastiquer normalement (malgré les caries et les plombages) avant l'accident.

Après avoir reconsidéré sa position initiale, l'assureur accidents a reconnu que le lien de causalité naturelle est également établi lorsque l'accident n'est que la cause partielle d'un trouble. Il s'est donc déclaré prêt à prendre en charge les frais des dents abîmées de manière à atteindre le « status quo sine » (l'état qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident, suite au

cours irréversible d'un trouble de la santé préexistant). L'assureur a toutefois exclu la prise en charge des frais liés à d'éventuelles rechutes ou séquelles tardives.

La couverture de l'assurance accidents obligatoire vaut aussi pour les accidents qui se produisent en télétravail

Dans le cadre de la situation liée à la pandémie, les médias ont souvent parlé de l'étendue de la couverture d'assurance pour les accidents survenus alors que l'assuré était en télétravail. Il faut rappeler à cet égard que, du point de vue du droit des assurances, les accidents en télétravail sont considérés comme des accidents professionnels au même titre que s'ils s'étaient produits sur le lieu de travail. Cela dit, en cas d'accident en télétravail, il peut s'avérer plus compliqué d'apporter des preuves du dommage subi en l'absence de témoins.

Recommandation aux assurés ayant subi un accident alors qu'ils étaient en télétravail
Pensez à noter rapidement tous les détails liés à votre accident (quand, comment, où ?) et déclarez le sinistre dans les plus brefs délais à votre employeur ainsi qu'à votre assureur. Mieux vaut d'autre part ne pas tarder à consulter un médecin afin de confirmer les dommages subis.

Chute du fauteuil de bureau en télétravail : exemple d'un examen insuffisant de l'existence d'une lésion corporelle (assimilée à un accident) au sens de l'art. 6, al. 2 LAA

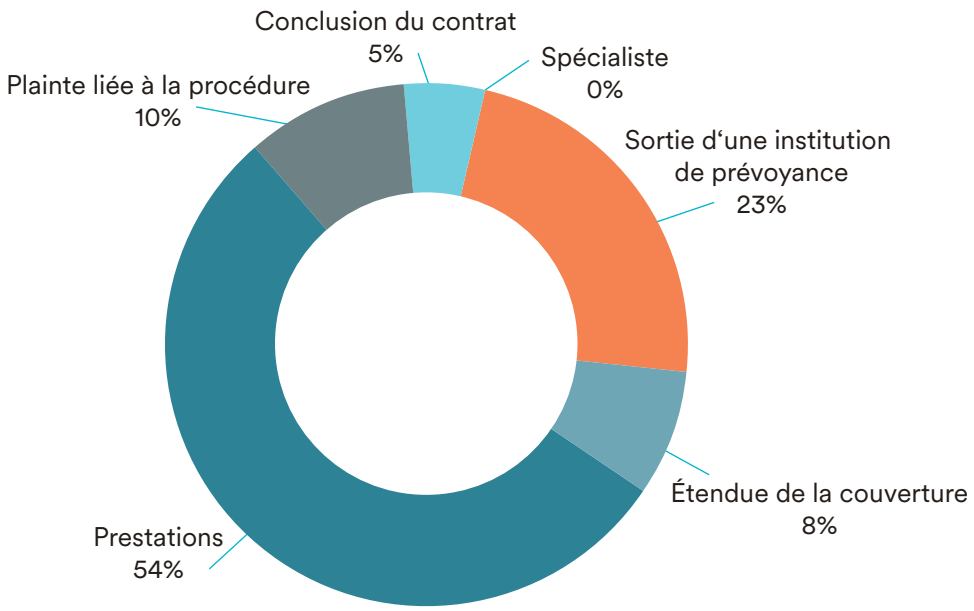
L'Office de médiation s'est aussi vu soumettre un dossier où les faits invoqués s'étaient produits en télétravail. L'assurée a ainsi expliqué s'être tournée brusquement vers la droite en étant assise sur son fauteuil de bureau pour prendre quelque chose dans un tiroir. Elle s'est alors tordu et bloqué le genou gauche, ce qui l'a fait glisser de sa chaise et tomber par terre. Les examens radiologiques effectués le surlendemain ont révélé une déchirure du ménisque latéral en anse de seau ainsi qu'un léger épanchement articulaire (hémarthrose) au niveau du genou gauche et, suite à cet examen, la requérante a subi une opération chirurgicale seulement deux jours après son accident.

L'assureur accidents n'a pas contesté la couverture de principe des accidents se produisant en télétravail, mais il a par contre opposé un refus de couverture au motif que ce cas concret ne correspondait ni à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ni à une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6, al. 2 LAA. Il a justifié son refus en se référant au bref rapport établi par un médecin-conseil. Ce dernier a répondu par l'affirmative à la première question de l'assureur, qui demandait si l'assurée souffrait d'une lésion corporelle essentiellement due à l'usure ou à une maladie, mais sans justifier cette affirmation. Le médecin-conseil ne s'est pas prononcé sur la deuxième question de l'assureur, qui voulait savoir si la lésion corporelle correspondait à l'un des diagnostics énumérés dans la liste de l'art. 6, al. 2 LAA. En effet, conformément aux consignes de l'assureur, le médecin ne devait répondre à cette question que s'il avait répondu par la négative à la première question.

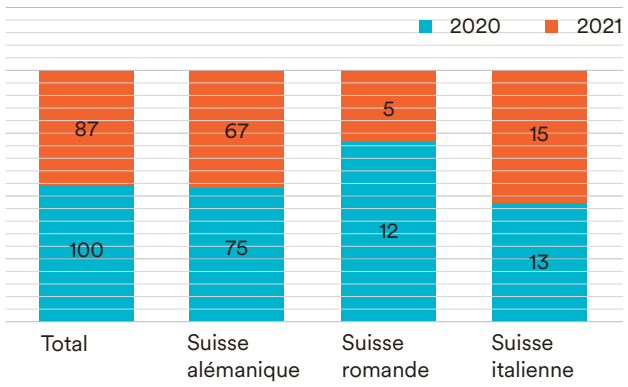
La position de l'assureur ne précisait pas quelles conditions n'étaient pas remplies dans ce cas concret pour admettre l'existence d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident, et le médecin n'avait par ailleurs pas justifié son évaluation. De ce fait, le droit légal d'être entendue de la requérante semblait bafoué, du point de vue de l'Office de médiation, un élément qui justifiait à lui seul une intervention auprès de l'assureur. Indépendamment de ce fait, l'Ombudsman a conseillé à la requérante de demander à son médecin traitant de prendre position quant à une éventuelle atteinte préexistante du ménisque : la nouvelle blessure qu'elle avait subie devait-elle être attribuée à une atteinte antérieure ou l'accident actuel devait-il être considéré comme la cause de ses problèmes ?

Dans sa prise de position, le médecin traitant a expliqué pourquoi les lésions visibles sur les images peropératoires plaidaient clairement en faveur d'une origine traumatique. L'Office de médiation est donc intervenu auprès de l'assureur accidents en se basant sur ce rapport ; celui-ci a alors reconsidéré son jugement initial et admis son obligation de verser des prestations.

Secteur de la prévoyance professionnelle

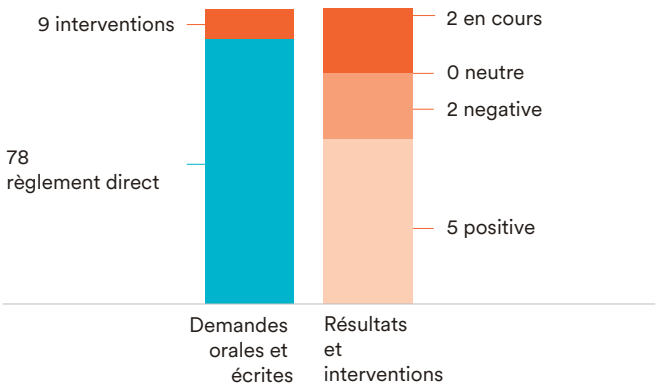


Durant l'exercice sous revue, 87 personnes se sont adressées à l'Office de médiation pour un problème concernant une fondation collective LPP auprès d'un assureur-vie suisse.



Il faut y ajouter un total de 20 (21) cas concernant des caisses de pension autonomes qui n'ont pas pu être traités faute de compétence.

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



Prestation de libre passage : décompte erroné de l'assureur LPP faisant suite à une erreur de déclaration de salaire de la part de l'employeur de l'assuré

Dans le secteur LPP, un dossier soumis à l'Office de médiation concernait un assuré qui avait quitté son employeur suite à un conflit en 2015. Le litige du point de vue du droit du travail portait notamment sur le montant du salaire auquel l'assuré avait droit ainsi que sur la durée du contrat de travail.

À l'époque, l'assureur LPP avait établi un décompte de la prestation de libre passage pour fin août 2015. En 2020, l'assuré a informé l'assureur LPP que le tribunal cantonal compétent avait statué sur les prétentions mutuelles des deux parties et que le jugement en question était entré en force.

L'assureur LPP a par conséquent demandé à l'ancien employeur de l'assuré de lui fournir les déclarations de salaire correctes des années 2015 et 2016 pour qu'il puisse traiter les adaptations de salaire rétroactives. L'ancien employeur n'ayant pas donné suite à cette demande, l'assureur LPP a informé l'assuré qu'il était dans l'incapacité d'agir vu qu'il ne disposait pas des décomptes salariaux de la période concernée.

L'Office de médiation a décidé d'intervenir auprès de l'assureur lorsque le requérant lui a soumis son dossier, soulignant que le jugement entré en force du tribunal cantonal stipulait expressément que le contrat de travail s'était achevé à la fin du mois d'avril 2016 et que le salaire net s'élevait à CHF 8500.-. De l'avis de l'Ombudsman, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 135 V 23), la prestation de libre passage devait être calculée sur la base des chiffres connus.

L'assureur LPP a répondu à l'Ombudsman qu'il était conscient que, d'après l'arrêt susmentionné du tribunal cantonal compétent, la relation de travail n'avait été résiliée que fin avril 2016, contrairement à la version des faits présentée par l'ancien employeur. Cela étant, l'assureur n'avait pas rectifié la date de départ de l'employé parce qu'il ignorait le montant du salaire brut. Or, le salaire assuré selon le droit de la prévoyance professionnelle découle du salaire brut, qui correspond de manière générale au salaire AVS. L'ancien employeur du requérant avait déclaré un salaire annuel de CHF 156 000.- pour l'année 2015. En procédant à un contrôle de plausibilité approximatif basé sur les cotisations habituelles dévolues aux assurances sociales, l'assureur n'avait pas réussi à déterminer comment il pouvait résulter de ce chiffre un salaire mensuel net de CHF 8500.-. Étant donné que la justice avait contraint l'ancien employeur à établir les décomptes de salaires des mois à assurer restants, jusqu'à avril 2016 inclus, l'assureur LPP était parti du principe que cette injonction serait respectée dans un délai raisonnable. Voilà pourquoi il avait demandé à l'assuré de lui faire parvenir les documents en question.

Lorsqu'il est clairement apparu que l'ancien employeur n'avait pas respecté l'injonction du tribunal et que l'assuré n'avait par conséquent pas reçu les documents, l'assureur a enjoint l'employeur à déclarer les salaires déterminants sur la base de l'art. 10 OPP 2 et de la convention d'affiliation conclue. L'ancien employeur n'a toutefois pas donné suite à cette demande.

Cela étant, les documents remis par l'assuré à l'Office de médiation contenaient des décomptes de salaire détaillés qui permettaient de déduire de manière plausible comment il était possible de ne percevoir qu'un versement mensuel de CHF 8500.- sur un salaire annuel déclaré de CHF 156 000.-.

L'assureur LPP a donc indiqué à l'assuré qu'il allait rectifier la date de sortie à fin avril 2016 et verser la prestation de sortie encore due sur le compte de libre passage.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Évolution des cas

En 2021, 231 requêtes ont été soumises au bureau décentralisé de Lugano, ce qui constitue un recul significatif par rapport à l'exercice précédent (364). Le responsable du bureau décentralisé, Me Cereghetti, ignore les causes de cette forte baisse du nombre de cas en Suisse italophone, mais il suppose que la pandémie de Covid-19 qui sévissait toujours a détourné les préoccupations de nombreuses personnes vers d'autres problèmes et que les restrictions de voyage qui en découlaient ont limité aussi les cas liés à l'assurance voyages. De même, le télétravail accru se reflète dans les chiffres en baisse de l'assurance accidents. Par ailleurs, les cas induits par la pandémie (assurances épidémie et voyages) ont aussi nettement diminué en Suisse italienne.

Comme au cours des exercices précédents, la grande majorité des plaintes concernaient des dossiers relevant de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA), mais le nombre de ces requêtes a baissé, passant de 259 à 140.

Dans le secteur LAA, les cas soumis au bureau décentralisé ont reculé, passant de 73 à 56. Une proportion limitée des demandes concernait le secteur LPP où les chiffres ont augmenté, passant de 13 à 15. Seulement deux demandes étaient liées au secteur hypothécaire et 18 dossiers n'ont pas pu être traités faute de compétence.

Le recul du nombre de cas s'est aussi répercuté sur le nombre d'interventions, passées de 62 à 14, avec un total de 7 interventions qui ont pu être réglées avec succès, c'est-à-dire avec une amélioration de la situation du requérant à la clé.

La majorité des demandes portaient sur les assurances indemnités journalières en cas de maladie, les assurances responsabilité civile (y compris RC auto), les assurances bâtiment, les assurances protection juridique ainsi que l'assurance accidents obligatoire. 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. Plusieurs plaintes ont été soumises concernant la lenteur inhabituelle du traitement du sinistre par l'assureur impliqué.

Comme lors des années précédentes, le responsable du bureau décentralisé de Suisse italienne a pu régler directement par téléphone la plupart des dossiers lui ayant été soumis. Souvent, un premier contact par téléphone avec l'Office de médiation et quelques explications simples fournies aux requérants sur les éléments de preuve, sur la situation juridique et sur les limites de la couverture d'assurance suffisent à rendre une situation plus compréhensible ou à dissiper des incertitudes quant à l'attitude de l'assureur.

Le responsable du bureau décentralisé de Suisse italienne réitère sa constatation : souvent, les assurés ne connaissent pas suffisamment le contenu de leurs contrats d'assurance.

Comme au cours des exercices précédents, des assurés qui ne connaissaient pas suffisamment l'étendue et les limites de la couverture d'assurance de leur police se sont souvent adressés au bureau décentralisé. Il souligne donc combien il est important pour les assurés de bien se familiariser avec le contenu du contrat et, partant, l'étendue de la couverture avant même la conclusion du contrat. Cela permettra d'éviter les surprises et les déceptions après la survenance d'un cas d'assurance.

Recommandation aux assurés avant la conclusion d'un contrat d'assurance

1. Indiquez à l'assureur vos besoins en matière de protection d'assurance et posez-lui toutes vos questions sur les points qui vous semblent importants, même par courrier postal ou électronique.

2. Lisez attentivement le contenu de la proposition d'assurance et des conditions générales d'assurance (CGA), puis discutez ensuite avec votre conseiller en assurance des questions en suspens.

Problèmes liés à des assurances vie mixtes combinant épargne et protection financière en cas de décès

Plusieurs preneurs d'assurance se sont plaints auprès du bureau décentralisé de Suisse italienne de la valeur de rachat qu'ils estimaient trop faible de leur police d'assurance vie après avoir procédé à une résiliation anticipée. Ils partaient en effet du principe que la valeur de rachat devait être au moins égale à la somme des primes versées. Le responsable du bureau décentralisé a été obligé de répéter à chacun de ces requérants que la prime ne sert pas seulement à constituer un capital d'épargne, mais aussi à financer les primes de risque (risque décès et éventuel risque incapacité de gain) ainsi que les frais d'acquisition et de gestion. Comme les frais d'acquisition sont amortis en cas de résiliation anticipée de la police, les pertes liées à un rachat sont d'autant plus importantes que le rachat est effectué à court terme après la conclusion du contrat.

Le responsable du bureau décentralisé a dû adresser à la FINMA, l'autorité de surveillance, les assurés qui estimaient que les frais prélevés par l'assureur étaient trop élevés afin de faire vérifier si le montant était abusif ; en effet, notre Office de médiation n'assume pas un rôle de surveillance.

Secteur de la protection juridique / recours à un avocat externe

Au cours de l'exercice sous revue, quelques assurés se sont adressés au bureau décentralisé tessinois car ils s'étaient retrouvés confrontés à un refus de couverture après avoir fait appel à un avocat externe sans qu'il n'y ait d'urgence particulière et sans l'accord préalable de leur assureur.

Après examen des dossiers, le bureau décentralisé a été obligé d'informer les requérants que, conformément aux conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes, il ne pouvait pas intervenir en leur faveur. Les CGA stipulaient en effet que c'était la compagnie d'assurances qui déterminait la procédure concrète et qu'elle pouvait refuser ou réduire les prestations en cas de recours à un avocat sans l'accord préalable de l'assureur protection juridique.

Secteur de la protection juridique : validité de la couverture d'assurance dans le temps

Quelques demandes liées à l'assurance protection juridique concernaient la validité de la couverture d'assurance dans le temps. Dans l'un de ces cas, un assuré a conclu une police de protection juridique après la fin des travaux réalisés par un ouvrier sur sa propriété. Une fois que le contrat d'assurance était entré en vigueur, un litige est survenu entre l'assuré et l'ouvrier. L'assuré a donc sollicité une assistance juridique auprès de son assureur, mais ce dernier a refusé d'entrer en matière pour une question de validité temporelle. En effet, le motif du litige, à savoir la violation invoquée du contrat par l'ouvrier, s'était déroulé avant la conclusion du contrat d'assurance.

L'assuré avait beau affirmer qu'il n'avait eu connaissance de la violation du contrat qu'après la conclusion de la police d'assurance protection juridique et que le litige était donc survenu ultérieurement, le bureau décentralisé ne pouvait pas contester la position de l'assureur sur le plan juridique en raison du libellé parfaitement clair des dispositions contractuelles.

Assurance maladie et accidents

Plusieurs dossiers soumis au bureau décentralisé concernaient des problèmes avec des assureurs indemnités journalières en cas de maladie (24) et des assureurs LAA (56). Ils portaient fréquemment sur des divergences de point de vue concernant l'existence et le degré d'une incapacité de travail. Par ailleurs, dans le secteur LAA, le litige touchait souvent au lien de cau-

salité entre un accident et les problèmes de santé invoqués suite à cet accident.

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie / délai de transition en cas de changement de profession pour cause de maladie

De temps à autre, le bureau décentralisé doit traiter des dossiers portant sur la question suivante : l'assureur indemnités journalières maladie n'a-t-il pas suspendu le versement de ses indemnités journalières trop tôt ?

L'un de ces dossiers concernait un assuré en incapacité de travail depuis avril 2021 en raison d'une maladie psychique et qui a perçu des indemnités journalières de maladie après expiration du délai d'attente. Dans un courrier daté du 15 octobre 2021, en se basant sur une expertise médicale qu'il avait lui-même demandée, l'assureur a informé l'assuré qu'il le considérait comme apte à travailler à 100% à compter du 1er novembre 2021 et qu'il allait donc interrompre le versement des indemnités journalières fin octobre 2021.

En désaccord avec cette démarche, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation, qui est intervenu auprès de l'assureur, soulignant que l'incapacité de travail invoquée et basée sur les rapports médicaux fournis par le requérant était avérée même après le 1er novembre 2021. En outre, le rapport auquel l'assureur se référait était incomplet dans la mesure où il ne faisait état ni d'une anamnèse ni d'un diagnostic. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, une période transitoire de 3 à 5 mois devait être accordée au requérant s'il était obligé de changer de profession.

Après avoir réévalué sa position, l'assureur a maintenu sa version des faits selon laquelle l'incapacité de travail s'achevait à partir de novembre 2021, mais il s'est déclaré prêt à verser au requérant des indemnités journalières jusqu'à fin janvier 2022 et à lui accorder le délai de transition requis pour lui permettre de s'adapter à une nouvelle activité professionnelle.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Évolution des cas

Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu 531 requêtes et plaintes, ce qui reflète une certaine stabilité (au niveau de l'évolution du nombre de cas) par rapport à l'exercice précédent. Une hausse du nombre de cas (environ 100 de plus) peut être par ailleurs observée par rapport aux années 2018 et 2019.

Parmi ces cas soumis, 366 dossiers ont été traités par téléphone et 165 par écrit. L'augmentation significative de 56% des demandes soumises par téléphone s'explique par l'extension des horaires où le bureau décentralisé est joignable, entraînant probablement aussi le recul des demandes écrites (-43%). Ce premier contact par téléphone a permis, du moins en partie, d'éviter que les requérants soumettent des dossiers par écrit que nous ne pourrions pas traiter faute de compétence ou qui ne laissaient d'emblée aucune marge de manœuvre à la médiation en raison des griefs formulés.

La part de dossiers sortant de la sphère de compétence de l'Office de médiation a fortement reculé (-50%), passant à 71 cas, sachant que la grande majorité de ces demandes (42) concernait l'assurance maladie. Les requérants ont parfois de la peine à comprendre que les cas liés à l'assurance de base et aux assurances complémentaires relèvent de la compétence de l'Ombudsman de l'assurance-maladie, même si c'est la LCA qui régit les assurances complémentaires.

Le nombre d'interventions a fortement reculé, passant à 14, tandis que le taux de succès lors des interventions reste excellent, avec 13 résultats positifs et un dossier classé comme « neutre ». En d'autres termes, le taux de succès des interventions liquidées en Suisse romande s'élève à 93%, ce qui constitue un record. Le responsable du bureau décentralisé, Me Dousse, se voit ainsi conforté dans son credo : « La qualité prime sur la quantité. » Comme lors des exercices précédents, c'est surtout le secteur de l'assurance privée qui a requis le plus d'interventions (11).

Répercussions de la crise sanitaire du Covid-19 sur le nombre de cas en Suisse romande

Même si la crise sanitaire n'a pas pu être vaincue en 2021, le nombre de cas en lien avec le Covid-19 a reculé. En Suisse romande, seuls sept dossiers concernaient la pandémie, répartis entre le secteur de l'assurance épidémie et celui de l'assurance voyages. De l'avis du responsable du bureau décentralisé, l'augmentation générale du nombre de cas soumis en Suisse romande n'est plus liée à la crise sanitaire du Covid-19. Les cent cas supplémentaires par année, en comparaison avec les exercices 2018 et 2019, devraient donc être imputables à l'extension significative des horaires où le bureau décentralisé est joignable, ainsi qu'à une fluctuation temporaire du nombre de cas, selon toute vraisemblance.

Secteur des assurances privées

Au cours de l'exercice sous revue, l'assurance indemnités journalières en cas de maladie est de nouveau arrivée en tête, avec 110 cas sur un total de 357. La majorité des dossiers (60%) concernait des problèmes liés à la durée des prestations, insuffisante du point de vue des assurés. L'étendue de la couverture a donné lieu à contestation dans 19 cas. Enfin, sur ces 110 cas, 24 dossiers soulevaient des questions liées à la conclusion, à l'adaptation et à la fin du contrat, ce qui ne représente guère plus de 20%.

Secteur de l'assurance voyages : un cas particulier lié à la crise sanitaire

L'un des cas ayant donné lieu à une intervention du bureau décentralisé concernait un assureur voyages qui avait opposé un refus de prestations à plusieurs reprises, pour différentes raisons émises les unes après les autres.

Il s'agissait concrètement d'une association dont le siège était situé en France, dans la zone frontalière, et qui avait loué un chalet en Valais pour organiser un camp de ski en mars 2021.

Lorsque les autorités françaises sont intervenues par la suite, exigeant que la population renonce jusqu'à nouvel ordre à ce genre d'activités en raison de la crise sanitaire, l'assuré a annulé sa réservation et a déclaré le sinistre en question à son assurance voyages.

L'assureur a alors signalé à l'assuré via une prise de position orale que les conditions d'assurance portant sur le risque épidémie et pandémie avaient changé. L'assuré a toutefois pu prouver par lui-même qu'il avait conclu son contrat en août 2020, ce qui invalidait la remarque de l'assureur. Sur ces entrefaites, l'assureur voyages a rétorqué que le contrat d'assurance n'avait pas été conclu de manière juridiquement valable puisque le délai entre la réservation du chalet et la conclusion de l'assurance avait dépassé le délai de huit jours depuis la réservation définitive prévu dans les CGA. Ce faisant, la compagnie d'assurances a commis une erreur dans ses calculs : elle a en effet pris en compte la date de la demande de réservation au lieu de celle de l'acceptation de la réservation par le loueur.

L'assuré lui a signalé cette erreur, mais l'assureur s'en est tenu à sa position et l'assuré a donc décidé de s'adresser à l'Office de médiation. Dans son intervention, le médiateur a précisé à l'assureur, documents à l'appui, que le loueur du chalet avait clairement indiqué au requérant avant la conclusion du contrat que la réservation définitive n'était effective qu'une fois que le locataire avait reçu le contrat signé par les deux parties.

L'assureur a alors fait marche arrière, admettant que le contrat avait été signé de manière valable, mais il a fait observer que les conditions générales du contrat de location prévoyaient la possibilité de relouer gratuitement le chalet dans le courant de l'année suivante en cas d'annulation imputable aux directives des autorités en lien avec le Covid-19. Comme l'assuré n'avait pas opté pour cette solution, l'assureur a estimé qu'il avait enfreint son obligation de limiter les dommages et s'est donc cantonné à son refus de verser des prestations d'assurance.

Peu convaincu par ce raisonnement, l'Office de médiation est intervenu une seconde fois auprès de l'assureur pour lui signifier qu'il en demandait trop à son assuré. En effet, il s'agissait d'une part d'un camp de ski avec au moins 70 participants, et non d'une semaine de ski pour une simple famille de quatre personnes. Un responsable de camp de ski ne pouvait pas reporter un tel événement incluant la participation de 70 personnes mineures aussi simplement que s'il s'agissait d'une famille. D'autre part, ce camp était prévu pour skier, et non pour faire de la randonnée, alors que les dates de report proposées par le loueur se situaient au printemps, en été et en automne 2021, ce qui compliquait passablement la possibilité de skier. Enfin, l'Office de médiation a aussi fait remarquer à l'assureur qu'il n'aurait pas été raisonnable, au moment de l'annulation, en novembre 2020, de demander au locataire de réserver une semaine pour un camp en hiver 2022, alors que la pandémie battait son plein et que nul ne savait comment la situation allait évoluer.

Suite à cette intervention de l'Office de médiation, l'assureur s'est montré plus conciliant, accordant la prise en charge des frais d'annulation à titre de paiement à bien plaire et renonçant à se prononcer sur le bien-fondé des mesures propres à limiter le dommage qu'il exigeait.

Secteur de l'assurance vie

Le nombre de dossiers dans le secteur de l'assurance vie est resté stable avec 41 cas soumis en 2021, mais les problèmes constatés portaient plutôt sur le terme du contrat ou sur les prestations que sur la conclusion du contrat. Les assurés se sont souvent montrés déçus

parce que le montant qui leur avait été annoncé (mais non garanti) n'avait pas été atteint. Le bureau décentralisé de Suisse romande a par ailleurs constaté que, lors de la conclusion de ce genre de contrat, les assurés ne se renseignent pas sur les frais et qu'ils sont d'autant plus surpris par la suite par l'ampleur de ces frais. La jurisprudence à cet égard est très stricte : selon le Tribunal fédéral, si un assuré ne se soucie pas des frais prélevés par la compagnie d'assurances, il renonce à ce que ces frais puissent constituer une part essentielle du contrat (TF du 03.10.2008, 4A_316/2008, notamment considérant 3.2). Même pour les assurances vie mixtes liées à des fonds, un montant ne dépassant pas 70% et ayant été investi en tant que prévoyance n'a pas été considéré comme inapproprié par les juges fédéraux.

Recommandation aux assurés
Demandez à l'assureur vie à quelle somme se montent la composante épargne des primes à payer ainsi que les parts de prime pour les différents risques à assurer (décès, invalidité, libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain) et pour les autres frais (frais d'acquisition et frais de gestion).

Pour les polices liées à des fonds, n'hésitez pas non plus à demander quel doit être le rendement minimal du placement en fonds choisi pour que la prestation en cas de vie soit au moins aussi élevée que le total des primes versées à la fin de la durée contractuelle convenue.

Secteur de la protection juridique

Les requérants au bénéfice d'une assurance protection juridique ont aussi régulièrement sollicité les services du bureau décentralisé, avec 47 dossiers sur un total de 357 dans le domaine de l'assurance privée. Trois dossiers ont donné lieu à une intervention qui, dans les trois cas, s'est soldée par un résultat positif ; un résultat appréciable au vu de la marge de manœuvre limitée de l'Office de médiation dans le secteur de la protection juridique puisqu'il n'est pas autorisé à vérifier une absence de chance de succès invoquée par l'assureur. Dans ce cas, conformément à la loi, l'assuré peut introduire une procédure arbitrale. Sur les 47 dossiers soumis, 38 concernaient soit le refus de couverture (28), soit des prestations insuffisantes du point de vue des assurés (10). Que l'on soit assuré ou assureur, Le responsable du bureau décentralisé tient à signaler qu'il faut se méfier des acteurs du marché qui, en apparence, semblent proposer des produits comparables, mais qui ne sont pas les mêmes en réalité. Le cas suivant fait office d'exemple.

Arrivée de nouveaux acteurs sur le marché

Le bureau décentralisé romand a eu connaissance d'au moins deux cas qui ne relevaient pas de sa compétence parce que l'acteur visé par la plainte du requérant n'était ni une assurance affiliée à notre Fondation, ni même une compagnie d'assurances. Quelques assurés ont ainsi souscrit des produits disposant de conditions générales d'abonnement qui ressemblaient à s'y méprendre aux conditions générales d'assurance (CGA) des assurances protection juridique. Sous le couvert d'un abonnement protection juridique, une société genevoise proposait par exemple à sa clientèle des abonnements « Basic », « Famille », « Premium » ou « Platinum ». En fonction de la variante choisie, les abonnés (et non les preneurs d'assurance) peuvent opter pour une couverture individuelle ou pour une couverture familiale. L'étendue des prestations est similaire à celle que proposent les assurances protection juridique, avec « des conseils juridiques oraux ou écrits, la rédaction illimitée de courriers juridiques, un accompagnement en cas de procédure administrative et la représentation en justice ». En cas de prestation complète fournie par la société, cette dernière prend en charge ses honoraires et ses frais, les coûts administratifs en lien avec son activité, ainsi que des avances de frais pour payer les honoraires des avocats ou les tribunaux. C'est là que le bât blesse, car il s'agit uniquement d'« avances ». La société fait état d'un prêt sans intérêts qui, dans l'idéal, sera remboursé par les dépens judiciaires que les clients toucheront à la fin

de la procédure s'ils obtiennent gain de cause (en plus des prétentions accordées par le tribunal). Les domaines juridiques (dont l'étendue diffère fortement selon la variante choisie) rappellent aussi les différents risques couverts par les assurances protection juridique. Une procédure est même prévue en cas de divergence d'opinion : ainsi, la société peut refuser la prise en charge complète d'un cas si elle estime que les chances de succès ne sont pas suffisamment élevées, avec toutefois une prise en charge minimale de 50%. Dans ce cas, le libre choix de l'avocat est levé.

Recommandation aux assurés
Le responsable du bureau décentralisé recommande aux assurés de faire preuve de la plus grande prudence s'ils concluent un contrat de ce type. Il souligne que les sociétés à responsabilité limitée, qui, contrairement aux compagnies d'assurances, ne sont pas soumises à l'obligation de constituer des réserves, peuvent rapidement faire faillite, ce qui entraînerait la perte pure et simple du montant de l'abonnement pour les clients. Même en l'absence de faillite, un risque subsiste, car la formulation du contrat ne précise pas s'il faut que l'abonné obtienne gain de cause devant le tribunal pour que le « prêt » soit considéré comme réglé, ni si le remboursement se base uniquement sur les dépens ou également sur les prétentions accordées au client par le tribunal. La plus grande prudence est donc de mise face à ce type d'abonnement, qui donne l'impression de souscrire un contrat de protection juridique alors qu'il n'en est rien.

Secteur LAA

Dans le secteur LAA, le bureau décentralisé constate une hausse du nombre de cas, passés de 73 à 95, par rapport à l'exercice précédent. Le taux d'intervention est pour sa part resté inchangé. Trois requêtes ont donné lieu à une intervention, avec un résultat positif dans les trois cas. Comme pendant l'exercice 2020, les requérants au bénéfice d'une assurance accidents ont de la peine à comprendre que ce qui ne constitue pas un accident au sens juridique du terme relève de la maladie, sans pour autant que la notion de « maladie » ne soit clairement définie. Ce sentiment d'incompréhension est souvent exprimé par des assurés qui ont subi un accident reconnu comme tel par leur assureur accidents dans un premier temps, mais pour lequel les prestations sont ensuite versées par l'assurance maladie parce que l'accident initial ne peut justifier le long processus de guérison.

En comparaison avec l'exercice précédent, le responsable du bureau décentralisé de Suisse romande remarque que le nombre de cas qu'il n'a pas pu traiter faute de compétence en raison d'une décision formelle déjà rendue a reculé, contrairement aux autres régions linguistiques. Il s'agit certes d'un élément encourageant, mais il faut tout de même rappeler que l'Office de médiation n'est plus autorisé à traiter un dossier qui lui est soumis si une décision formelle a été rendue par l'assureur. Au cours de l'exercice sous revue, 13 dossiers sur 95, soit 14%, ont été soumis « trop tard » à l'Office de médiation, qui n'a donc pas été en mesure de traiter leur contenu. Évoqué dans le rapport annuel 2020, le problème lié à la distinction entre décision informelle et formelle s'est atténué, même si nous avons eu quelques cas au cours de l'exercice sous revue où l'assureur LAA avait rendu une décision alors même que l'assuré l'avait prié de ne pas le faire, sur conseil de l'Office de médiation. Il ne s'agissait toutefois que de quelques cas isolés et le bureau décentralisé espère donc que cela ne se reproduira pas en 2022.

Autres activités

En janvier 2021, la Commission de l'économie et des redevances du Conseil national (CER-N) a invité l'Ombudsman à une audition consacrée à la révision en cours de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Il a ainsi eu l'occasion de présenter la position de la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva quant au projet de loi, en exposant notamment pourquoi notre Fondation refuse la réglementation de l'organe de médiation dans le domaine de l'assurance privée, proposée par le Conseil fédéral.

L'Ombudsman juge particulièrement importants et précieux ses contacts personnels directs avec les directions et les interlocuteurs des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation, mais, tout comme en 2020, il a de nouveau été obligé de les réduire fortement en raison de la pandémie. Ces contacts n'ont ainsi pas pu se dérouler en présentiel, notamment pendant l'hiver, mais ils ont malgré tout eu lieu par visioconférence afin de discuter de questions fondamentales ne concernant pas les affaires courantes.

Les contacts internationaux de notre Fondation, en particulier avec « FIN-NET », l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes » ainsi que l'homologue allemand de l'Ombudsman des assurances, se sont aussi exclusivement déroulés par téléphone ou par visioconférence.

Enfin, les différents contacts entre les médias et l'Ombudsman ou les responsables des bureaux décentralisés ont été maintenus comme à l'accoutumée.

Nouveautés au sein du Conseil de Fondation

À la fin du mois de mai 2021, Madame Petra Huwiler a quitté le Conseil de Fondation, où elle siégeait depuis plusieurs années. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour son précieux travail au sein du Conseil de Fondation et son soutien actif en faveur de l'Office de médiation. Nos meilleurs vœux l'accompagnent pour son avenir.

Le 9 décembre 2021, le Conseil de Fondation a élu Madame Barbara Ingold Boner pour succéder à Madame Petra Huwiler, et ceci avec effet immédiat.

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le président

Matthias Michel

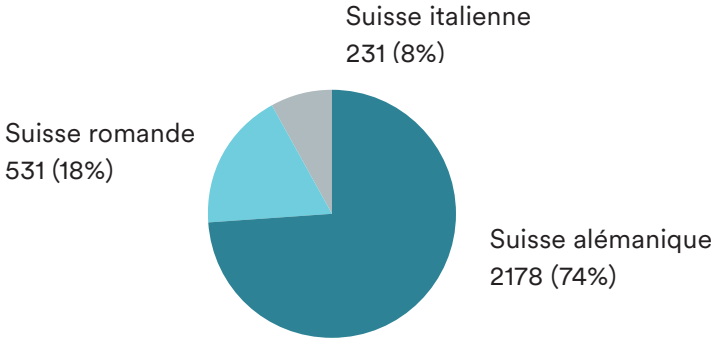
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

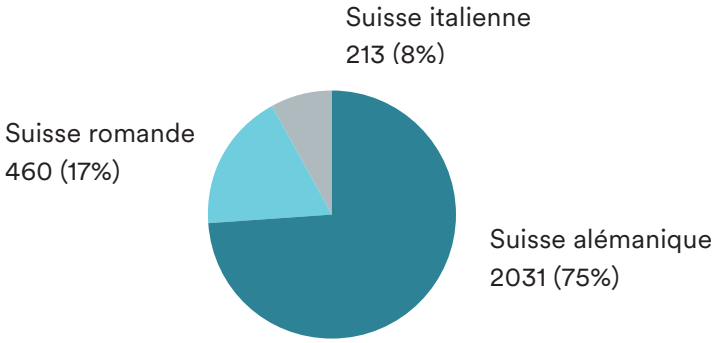
Zurich, Mars 2022

Les statistiques 2021

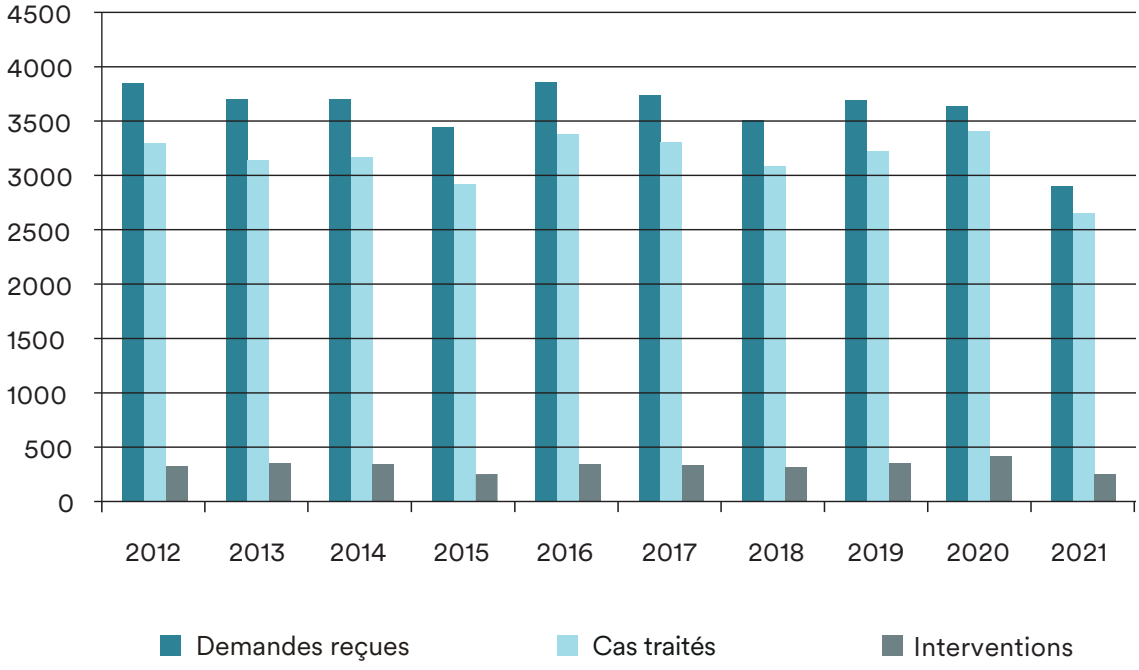
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2012 à 2021



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2022)

ACE Assurances
(maintenant Chubb Assurances (Suisse) SA)
Agrisano Assurances SA
(excepté assurances LAMal et complémentaires)
AIG Europe
AIG Life
Alba (act. Helvetia)
Allianz Travel (anc. Allianz Global Assistance)
Allianz Suisse (incl. Ex-Bernoise, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Vie
Animalia (=Vaudoise)
Appenzeller Versicherungen
Aspecta (act. Youplus Assurance SA)
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 Assurances (Suisse) SA (anc. ACE)
Cigna, Succ. Zurich
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
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
HanseMerkur International AG
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
K-Tipp Rechtsschutz AG
Liberty Specialty Markets
Lloyd's, London, Succ. Zurich
La Mobilière
La Mobilière Vie
Mannheimer
Nationale Suisse (act. Helvetia)
Nationale Suisse Vie (act. Helvetia Assurance vie)
Orion
Palladio Assurances SA
Pax
Phenix (act. Helvetia)
Protekta
Providentia (act. La Mobilière Vie)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas assurance privée SA
(excepté assurances LAMal et complémentaires)
Simpego Assurances SA
Skandia Vie SA (act. Youplus Assurance 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. Youplus Assurance SA)
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 Assurance SA (anc. Aspecta)
Zenith Vie (act. Palladio)
Zurich
Zurich Vie

www.deux-piece.ch

21/49

Ombudsman
de l'assurance privée et de la Suva
Case postale 2252
2001 Neuchâtel 1

Tel: 076 651 41 65

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
Postfach 1063
8024 Zürich

Tel: 044 211 30 90

Ombudsman
dell'assicurazione privata e della Suva
Casella postale 1231
6901 Lugano

Tel: 091 967 17 83

www.ombudsman-assurance.ch

www.versicherungsombudsman.ch

www.ombudsman-assicurazione.ch

www.insuranceombudsman.ch