

22 / 50

# Fondation

## Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

### Tâche de l'office de médiation

Dans le cadre du but de la Fondation, l'Office de médiation s'entretient 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 2022)

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, Bâriswil  
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



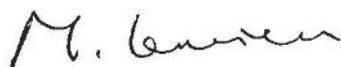
Chères lectrices, chers lecteurs,

Le 2 juin 2022, notre Fondation d'utilité publique et à but non lucratif a célébré un double anniversaire : nous avons ainsi fêté les 50 ans d'existence de l'Office de médiation des assureurs privés et les 20 ans d'existence de l'Office de médiation de la Suva.

Lorsque l'Association Suisse d'Assurances (ASA) a créé notre Fondation, il s'agissait d'un véritable acte pionnier durable pour l'économie de notre pays. À l'époque, hormis les offices de médiation nationaux étrangers, seul l'office de médiation de la ville de Zurich était en activité. C'était donc une première pour l'économie suisse.

Après 50 années passées au service des personnes assurées et plus de 110 000 dossiers traités, la médiation est devenue un besoin manifeste et son succès n'est plus à prouver. Gratuite, efficace et axée sur les solutions, la démarche de l'Office de médiation, un service neutre et indépendant en matière d'intérêts, constitue ainsi une alternative réelle aux procédures judiciaires.

Au cours de l'exercice sous revue, un retour à la normale s'est progressivement dessiné, après la période de la pandémie. En comparaison avec ces dernières années marquées par le Covid-19, les demandes adressées à l'Office de médiation étaient plus variées, soulevant différentes questions liées au droit des assurances. Je vous souhaite une agréable lecture du rapport annuel 2022. J'en profite également pour remercier les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance qu'ils accordent à notre institution. Enfin, je remercie les collaboratrices et collaborateurs de l'Office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les points litigieux à l'amiable.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Lorenzon'. The signature is fluid and cursive.

Martin Lorenzon  
Ombudsman

# Résumé du rapport annuel 2022

Au cours de l'exercice 2022, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'Office de médiation a légèrement augmenté (+0,25%), passant de 2704 à 2711. Sur les 1030 demandes écrites soumises à l'Office de médiation, 269 dossiers ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 26,1%. Le taux de succès lors des interventions a atteint environ 66%, ce qui correspond à la moyenne à long terme.

Après les fortes répercussions du Covid-19 sur certaines branches des assurances au cours des années précédentes, un retour à la normale s'est dessiné au niveau des cas d'assurance soumis à l'Office de médiation. Les demandes et les requêtes en lien avec les conséquences de la pandémie n'ont ainsi représenté que 43 dossiers en 2022, alors qu'elles s'étaient montées à 587 cas pendant la première année, en 2020. Le passage progressif à la phase postpandémique a entraîné une diversification des demandes adressées à l'Office de médiation en ce qui concerne les branches.

Avec 45,9% des cas, les requêtes dans le domaine des assurances de personnes ont continué à constituer la part la plus importante de l'activité de l'Office de médiation. Les chiffres de l'assurance bâtiment ont connu une hausse relativement forte, passant de 54 à 84 (+55,5%), ce qui est en partie directement imputable aux intempéries de l'été 2021. Le nombre de dossiers liés aux assurances indemnités journalières en cas de maladie est pour sa part passé de 443 à 388 (-12,5%), ce qui constitue une baisse significative.

Enfin, avec une hausse de 19,8% (387 cas en 2022, 323 en 2021), la branche de la protection juridique a connu une hausse marquée du nombre de cas. Le point litigieux portait souvent sur la durée de la validité de la couverture d'assurance. À ce niveau, nous avons dû traiter plusieurs requêtes liées au rachat par l'assureur de prestations de protection juridique. Conformément aux conditions contractuelles, les assureurs sont en droit de remplacer la prestation principale pour laquelle

l'assurance protection juridique a été conclue par un règlement financier du dossier. C'est par exemple le cas lorsqu'ils versent directement à la personne assurée le montant sur lequel porte le litige.

À ce jour, l'Office de médiation n'a eu que peu de dossiers à traiter dans le cadre de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) révisée, entrée en vigueur le 1er janvier 2022, notamment en lien avec le droit de résiliation en vertu de l'art. 35a, al.1 LCA. Cela s'explique sans doute par le fait que les cas concernés ne se concrétisent sous la forme d'une plainte soumise à l'Office de médiation qu'avec un certain décalage.

# Table de matières

## Aperçu de l'exercice 2022

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 succès 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	17
- Contrats de prêts hypothécaires	19
Le secteur LAA et l'assurance militaire	20
Secteur de la prévoyance professionnelle	23

## Les bureaux décentralisés

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

## Autres activités

31

## Les statistiques 2022

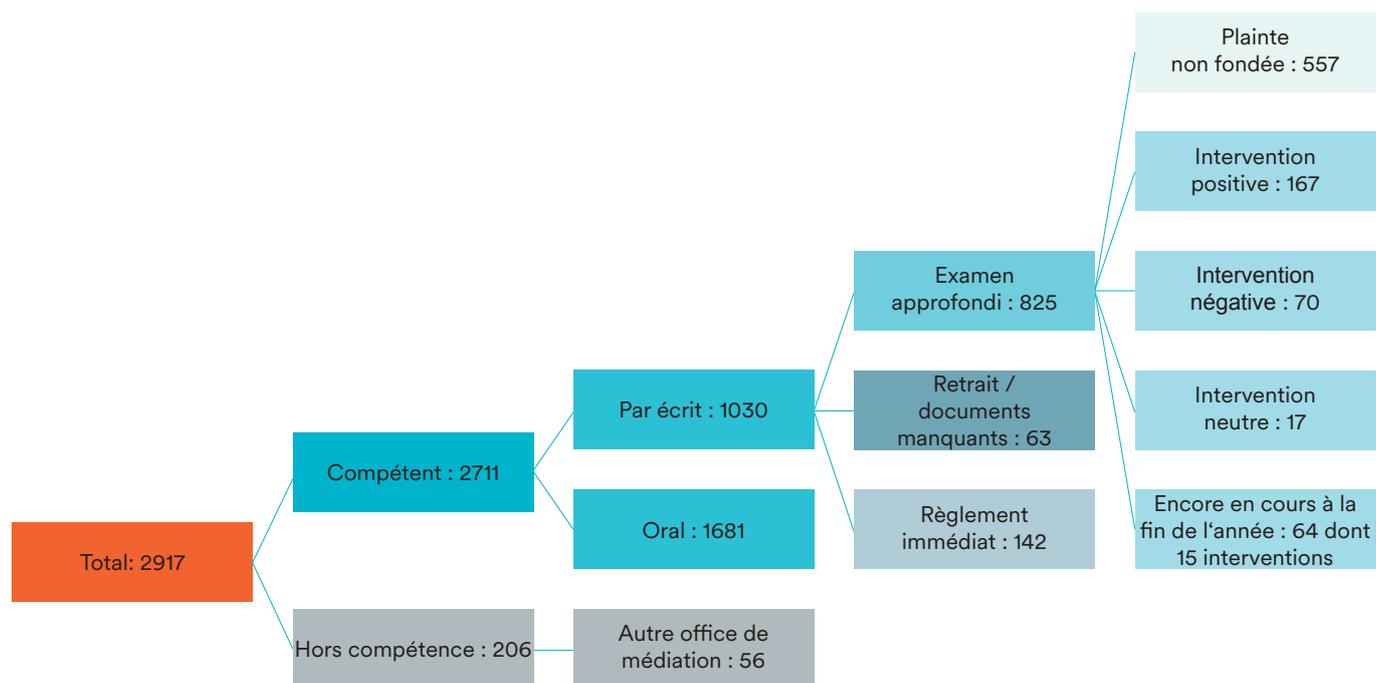
33

## Sociétés affiliées

34

# Aperçu de l'exercice 2022

## Aperçu global



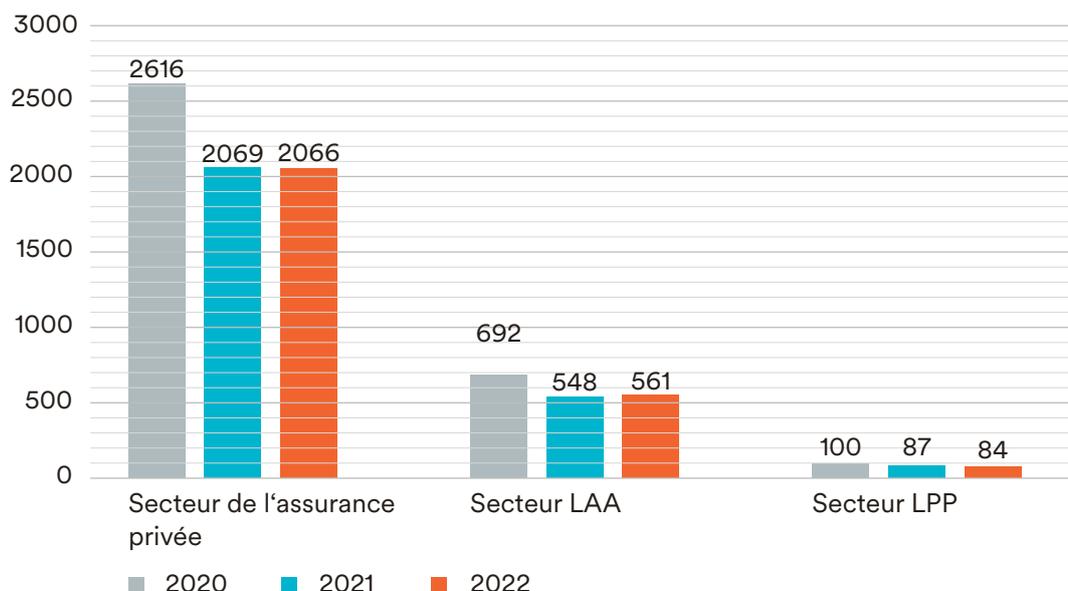
Au cours de l'exercice 2022, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'Office de médiation s'est monté à 2917 (2940 en 2021). Le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté de 0,25%, passant de 2704 à 2711.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'Office de médiation a reculé, passant de 236 à 206 (-12,7%). Comme les années précédentes, la plupart d'entre elles concernaient des problèmes liés à des caisses-maladie, dont le traitement relève de la

compétence de l'Ombudsman de l'assurance-maladie, à des assurances sociales, à des assurances cantonales et étrangères, mais également à des institutions LPP autonomes.

Par ailleurs, 11 demandes concernaient des activités de courtage et 21 autres étaient liées à des assureurs non affiliés à notre Fondation. L'activité de notre Office de médiation couvre environ 99% des affaires des assureurs privés (à l'exception des caisses-maladie) avec les clients privés.

## Évolution du nombre de cas

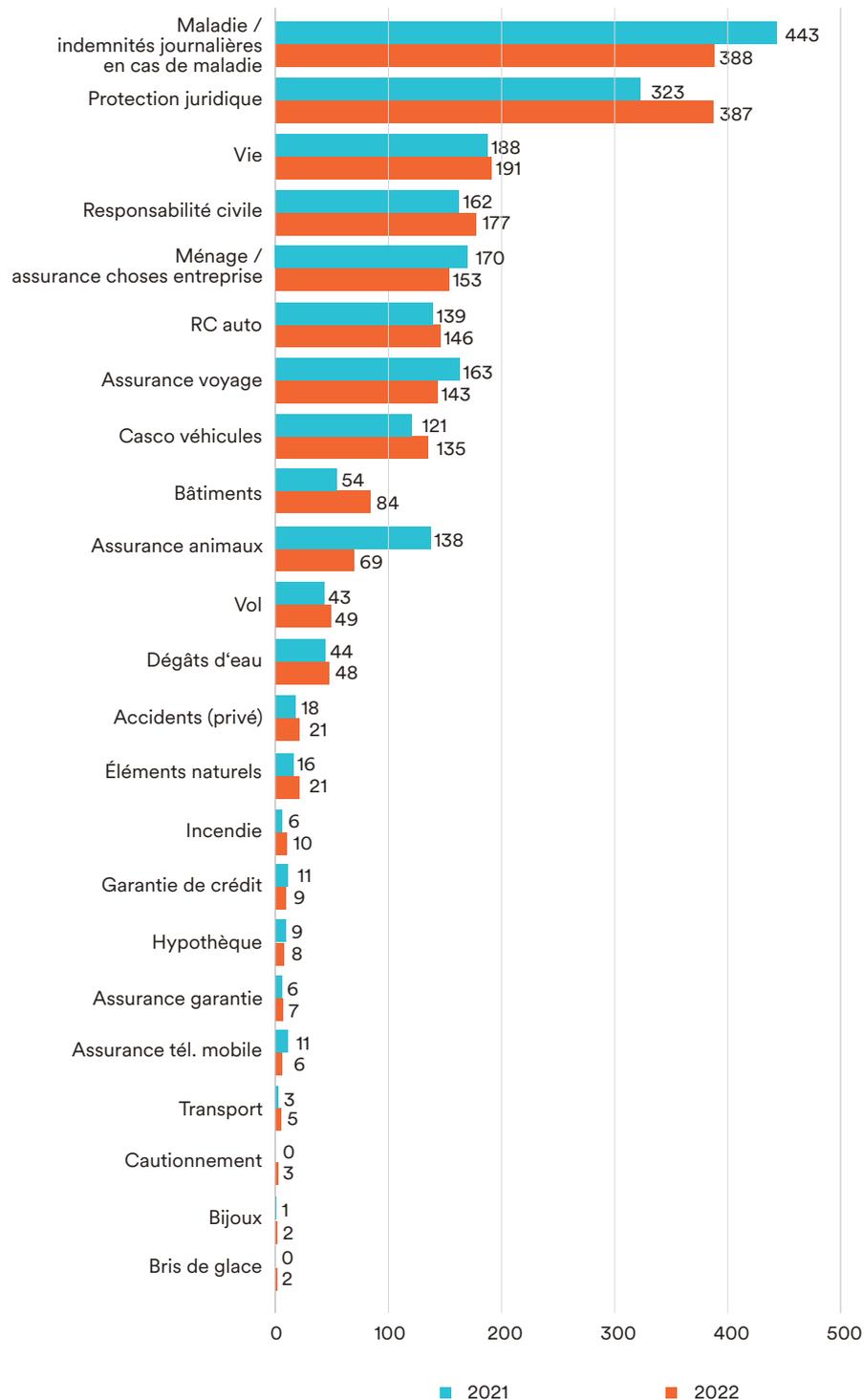


La hausse du nombre de cas n'a pas concerné la totalité des secteurs d'assurance du ressort de l'Office de médiation. Dans le domaine LAA, le nombre de cas a légèrement augmenté, tandis qu'il a légèrement baissé dans les domaines LCA et LPP.

Sur les 2711 cas relevant de la compétence de l'Office de médiation, 62% des requêtes ont été soumises par téléphone. Par rapport à l'exercice précédent, un transfert significatif vers des demandes de médiation sous forme écrite a été constaté. Le nombre de cas soumis par écrit a augmenté de 18,5%, alors que les demandes par oral, qui nécessitent moins de temps, ont reculé de 8,5%.

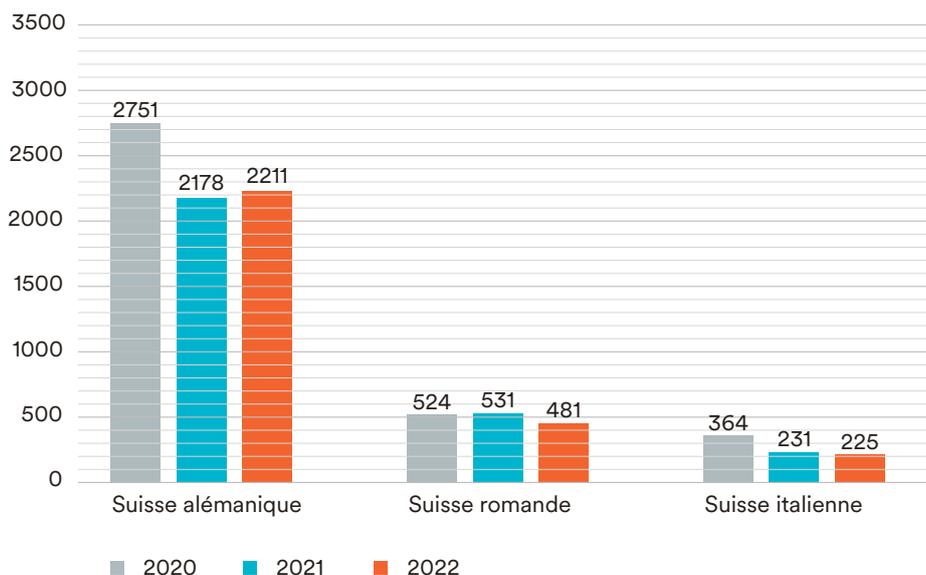
Les demandes et les requêtes en lien avec les conséquences de la pandémie de Covid-19 n'ont représenté que 43 cas au cours de l'année 2022 (98 pour l'exercice précédent). Elles s'étaient montées à 587 cas pendant la première année de la pandémie. À ce jour, l'Office de médiation n'a eu que peu de dossiers à traiter dans le cadre de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) révisée, entrée en vigueur le 1er janvier 2022, notamment en lien avec le droit de résiliation en vertu de l'art. 35a, al.1 LCA. Cela s'explique sans doute par le fait que les cas concernés ne se concrétisent sous la forme d'une plainte soumise à l'Office de médiation qu'avec un certain décalage.

## Demandes et plaintes ventilées par branche / domaine LCA

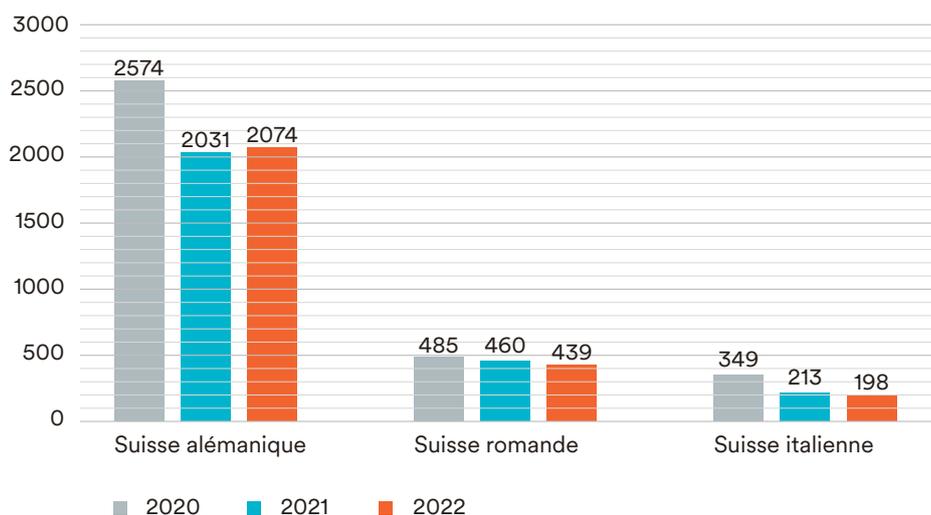


## Ventilation des demandes selon les régions linguistiques

### Total des demandes reçues



### Demandes dans le champ de compétences



L'augmentation du nombre de cas relevant de notre compétence par rapport à l'exercice précédent (+0,25%, de 2704 à 2711) découle uniquement d'une

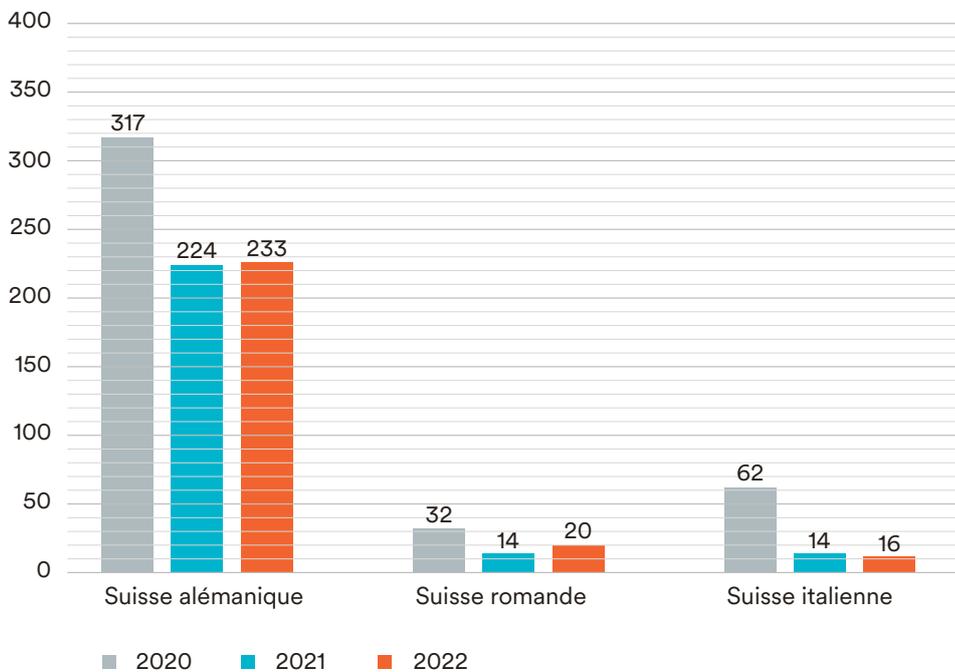
légère progression du nombre de cas au siège principal de Zurich (+2,1%). À Neuchâtel, le nombre de cas a baissé de 4,6%, et de 7% à Lugano.

## Interventions

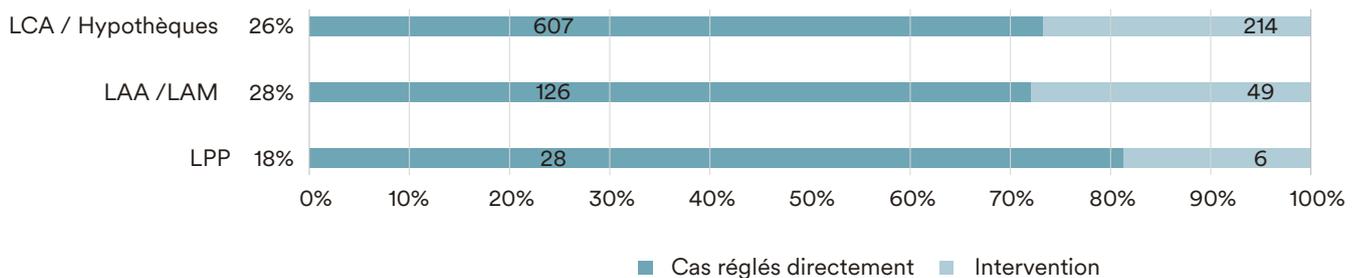
Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 252 à 269, avec une politique d'intervention identique.

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

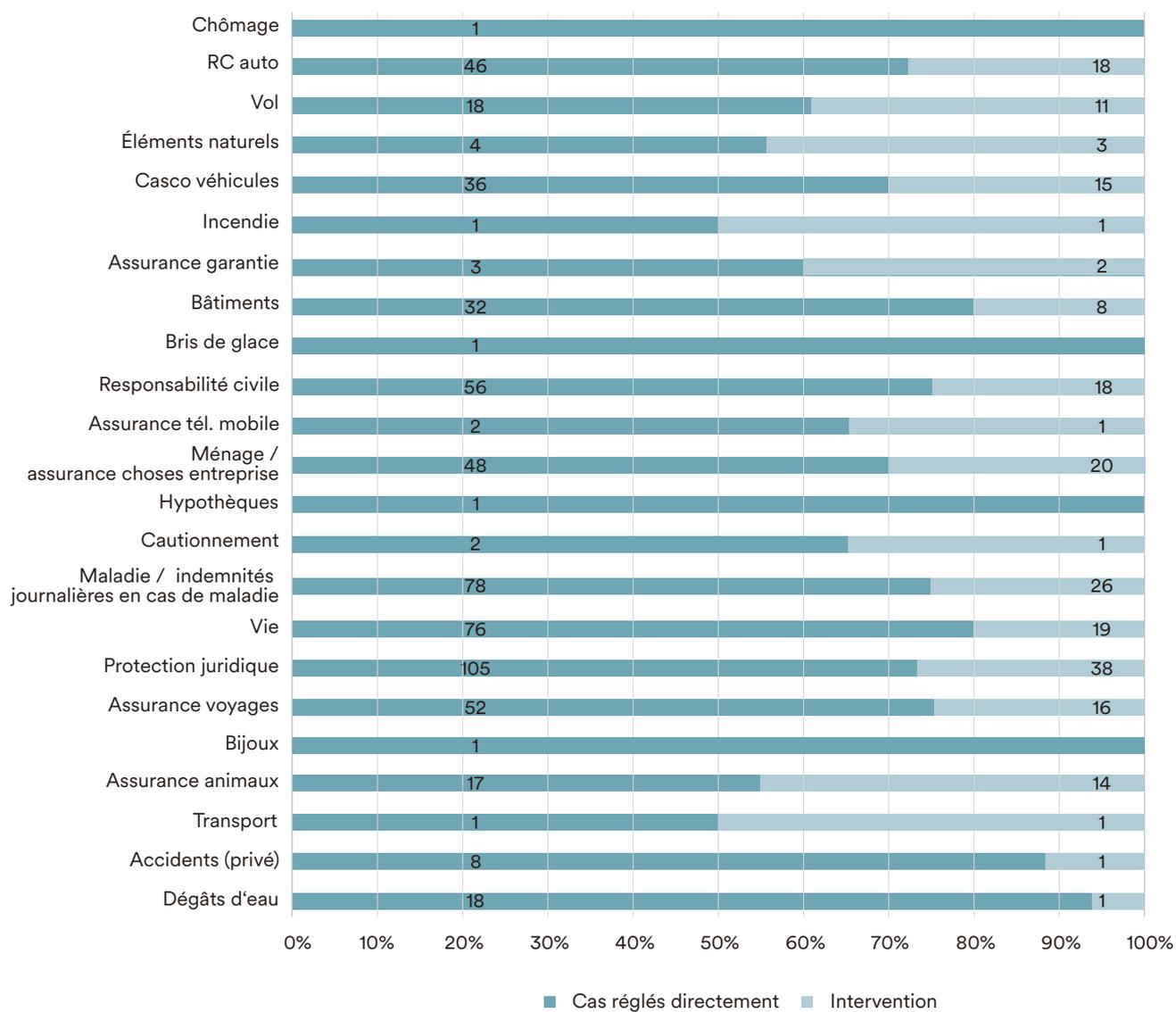
### Interventions chiffrées



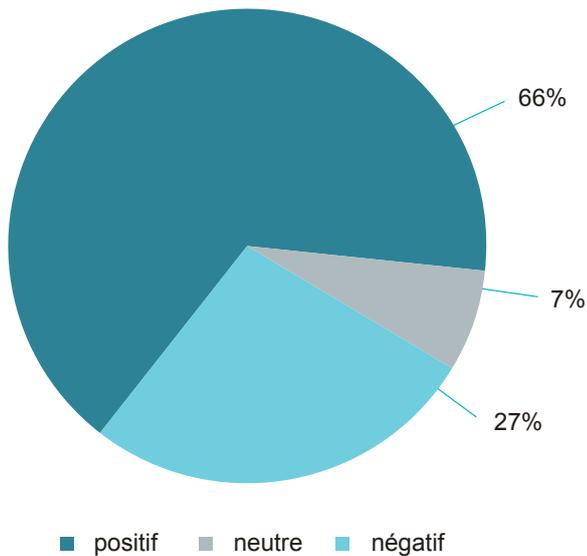
### Taux d'intervention (sans les requêtes réglées par téléphone)



## 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 254 (234) interventions clôturées à fin 2022 a été positif dans 167 cas (167) et négatif dans 70 cas (60). Dans 17 cas (7), le résultat a été enregistré comme neutre. Il faut ajouter à ces chiffres 15 cas ayant nécessité une intervention et qui n'étaient pas encore réglés fin 2022.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent environ 66% (71%), ce qui correspond à la moyenne à long terme.

Nous qualifions le résultat d'une intervention 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

Comme cela a été le cas jusqu'ici, la collaboration avec les compagnies d'assurances a le plus souvent bien, voire très bien fonctionné. Nos interventions ont été analysées avec le sérieux requis ; en outre, la qualité des comptes rendus de la part des assureurs était au rendez-vous, ces derniers nous ayant majoritairement transmis une prise de position probante et compréhensible.

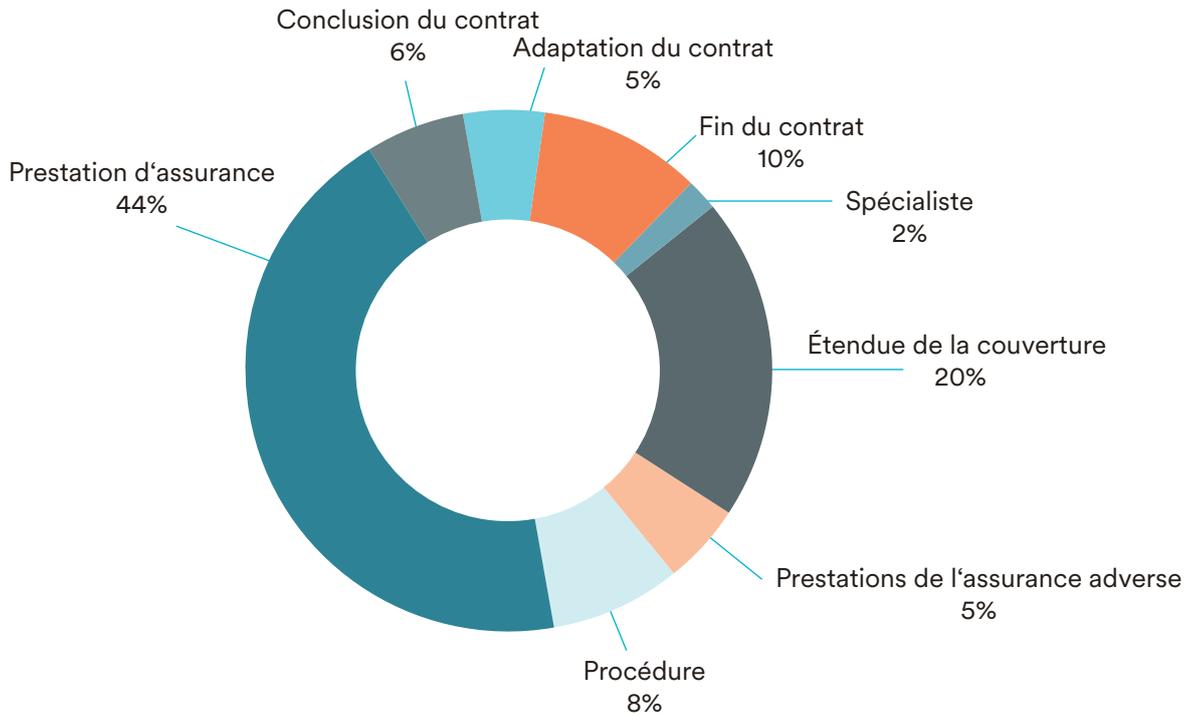
Nous tenons à en remercier les personnes de contact directes du médiateur auprès des compagnies d'assurances, qui sont en règle générale des membres de la direction. Au final, ces interlocuteurs directs évitent que les négociations entre l'Office de médiation et la compagnie d'assurances concernée se déroulent avec la même personne précédemment responsable du dossier en question. Le cas est donc réexaminé avec un regard « neuf », par une personne expérimentée disposant de la force de persuasion nécessaire en interne.

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.). Ce genre de situation est tout particulièrement insatisfaisant si c'est la durée excessive du traitement du dossier qui finit par déclencher une intervention. Aux yeux de l'Ombudsman, la rapidité de la gestion des requêtes par l'assureur est un élément primordial.

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

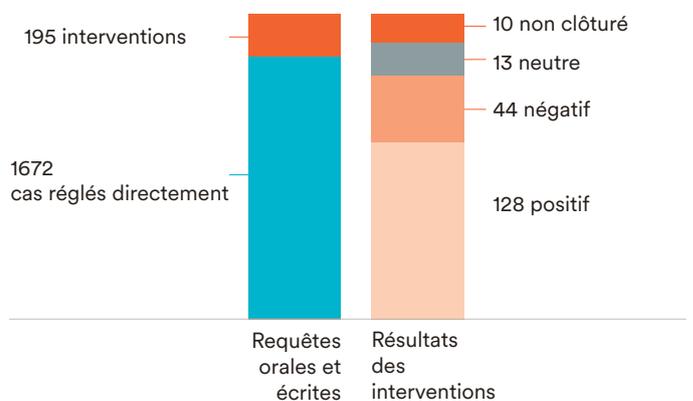
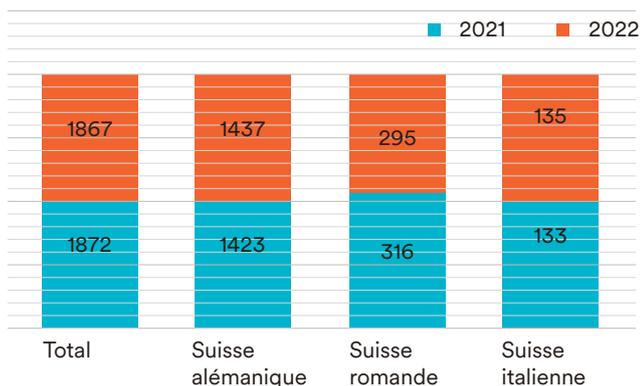
## Le secteur des assurances privées



La majorité des requêtes dans le secteur de l'assurance privée concernaient des problèmes liés aux prestations d'assurance requises, suivies par les demandes concernant l'étendue de la couverture et la fin du contrat, les plaintes des assurés liées à la procédure, ainsi que 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

Dans le secteur non-vie, le nombre de cas est resté quasi identique à celui de l'exercice précédent, avec un léger recul de 1872 à 1867 cas.



**Casco véhicules : la couverture d'assurance implique qu'un événement naturel frappe les personnes et les choses avec une puissance imprévisible, brusque et irrésistible.**

Certaines requêtes liées aux assurances casco véhicules à moteur concernaient les conditions propres à la couverture des dommages naturels de l'assurance casco partielle. L'un de ces cas a impliqué un assuré qui roulait dans le canton de Berne avec sa voiture le 17 août 2022, à la tombée de la nuit et sous une pluie battante. Il traversait un petit village, en suivant un autre véhicule à une distance d'environ 50 mètres, quand, soudain, le niveau de l'eau sur la route a grimpé d'environ 10 cm, avec plusieurs ruisseaux boueux qui se sont déversés sur la chaussée. Peu après, alors qu'il abordait une légère montée devant une ferme, un torrent de terre et de boue a surgi du côté droit, heurtant la voiture de l'assuré latéralement. Le véhicule s'est enlisé, tandis que celui du conducteur qui roulait devant l'assuré a juste pu échapper à la coulée et n'a pas subi de dommage.

En raison de la boue accumulée sur le véhicule, l'eau a aussi envahi le compartiment moteur. Après plusieurs tentatives visant à dégager sa voiture de la coulée de boue, l'assuré y est parvenu, réussissant à conduire jusqu'au prochain village et à s'y arrêter.

Il a ensuite annoncé à son assureur casco le dégât total qui avait été constaté sur le moteur de son véhicule. L'assureur a signifié son refus de verser des prestations au motif que l'assuré avait sciemment traversé la coulée de boue, provoquant ainsi le dommage en question ; en effet, pour qu'un dommage soit couvert, c'est l'événement naturel qui doit frapper le véhicule, et non l'inverse.

Ne l'entendant pas de cette oreille, l'assuré s'est adressé à l'Ombudsman, qui est intervenu auprès de l'assureur : certes, il y avait une dizaine de centimètres d'eau sur la route et de l'eau boueuse venue des ruisseaux s'écoulait depuis le côté, mais ce n'est pas ce qui

a endommagé le moteur. L'eau ne s'est accumulée dans le compartiment moteur que lorsque le véhicule a été frappé par la coulée de terre et de boue venue du côté droit et est resté bloqué. De l'avis de l'Office de médiation, ce cas de figure constitue bel et bien un dommage au véhicule directement causé par l'inondation au sens des conditions générales d'assurance (CGA).

L'assureur casco a alors pris position, admettant que le dommage au véhicule causé par la coulée boueuse pouvait bien être considéré comme un événement naturel au sens des CGA, mais soulignant qu'il fallait avant toute chose déterminer comment le dommage au moteur avait été provoqué. D'après l'assureur, le dommage était vraisemblablement dû au fait que l'assuré avait roulé jusqu'au village suivant, et non à la seule coulée de boue qui s'était produite devant la ferme. Cela étant, l'assureur a admis que la réaction du conducteur était compréhensible : il fallait quitter les lieux le plus vite possible pour se rendre dans la localité la plus proche. En raison de ces circonstances particulières, l'assureur s'est montré conciliant et a accordé la couverture d'assurance requise.

**Assurance dommages naturels : délimiter les compétences de l'assureur bâtiment et de l'assureur ménage dans le cas d'un parasol défectueux**

Certains dommages naturels ont aussi entraîné des divergences de vue avec les assureurs ménage, comme dans le cas d'un propriétaire dont le parasol placé sur un espace extérieur à son logement avait été endommagé par la grêle lors d'un orage violent en été. L'assurance bâtiment cantonale a opposé un refus à la prise en charge du dommage au motif qu'il s'agissait d'un objet appartenant à l'inventaire du ménage : il ne pouvait donc pas proposer de couverture. De son côté, l'assureur ménage a également refusé de couvrir le dommage en question au motif inverse : d'après lui, un parasol dont le socle est bétonné n'est pas un bien meuble.

L'Ombudsman est intervenu auprès de l'assureur ménage, lui faisant remarquer que, sur la base des photos à disposition dans le dossier, il se demandait s'il ne convenait pas de considérer uniquement le socle solidement ancré au sol (ou le pied de parasol) comme un bien meuble non couvert au sens des CGA, d'autant plus que le parasol pouvait être facilement démonté et que son propriétaire le rangeait pendant la saison hivernale.

Dans sa prise de position, l'assureur a qualifié cette question litigieuse de discutable : en effet, le parasol ne peut pas être utilisé sans son socle ; il forme donc un tout et doit être considéré comme une chose immobilière.

L'assureur ménage a néanmoins reconnu que le parasol pouvait être séparé de son support et que la partie endommagée pouvait être envisagée de manière isolée et, partant, qualifiée de bien meuble. Il s'est donc montré conciliant et a accepté de couvrir le parasol endommagé, sans que cela ne constitue un précédent.

### **Les frais liés au remplacement des clés et au changement des serrures suite à un vol sont-ils aussi couverts par l'assurance ménage pour les appartements en location ?**

Lors d'un vol, les clés font aussi souvent partie de l'objet de l'infraction. Un dossier qui nous a été soumis portait sur le cas d'une assurée qui, une nuit, a oublié de fermer à clé la porte de son appartement. Au petit matin, cette assurée a reçu la visite indésirable d'une voleuse qui, après s'être introduite dans l'appartement en location, a dérobé de l'argent liquide et des clés qui étaient déposés à l'entrée. Surprise en flagrant délit par l'assurée, la voleuse a malgré tout réussi à prendre la fuite avec son butin. Réveillé par le bruit, le colocataire de l'assurée a pu voir par la fenêtre la femme qui s'enfuyait.

La gérance chargée de l'appartement en question a ensuite fait remplacer les serrures de la porte d'entrée,

de la boîte à lettres et de la cave, et a adressé à la locataire la facture d'environ CHF 1300.-.

Lorsque l'assurée a annoncé le sinistre à son assureur ménage, ce dernier a refusé toute prestation d'assurance pour couvrir les frais de remplacement des clés et des serrures, au motif que ces clés ne lui appartenaient pas et que le vol avait été perpétré à l'encontre de la gérance de l'immeuble. La locataire a contesté ce refus, mais son assureur a affirmé qu'elle n'avait pas commis de faute à l'égard de sa gérance et que ce cas ne pouvait donc pas non plus être traité via son assurance responsabilité civile privée.

De son côté, la gérance de l'immeuble n'a pas voulu prendre en charge les frais de remplacement des serrures, sachant qu'il ne s'agissait pas d'un vol avec effraction, mais d'un vol simple.

L'assurée s'est donc adressée à l'Office de médiation. Dans son intervention, ce dernier a indiqué que, selon les conditions générales d'assurance (CGA) applicables, les objets loués et confiés font aussi partie de l'inventaire du ménage. En cas de vol simple, qui ne constitue ni un détournement ni une effraction, les dommages causés à l'inventaire du ménage ainsi que les frais découlant directement d'un dommage assuré (p. ex. les frais de remplacement des serrures, si ce remplacement est nécessaire, etc.) sont couverts à concurrence de CHF 1000.-. En même temps, l'Office de médiation a également soulevé la question concernant la question de la responsabilité civile : ne fallait-il pas aussi admettre l'existence d'une faute relevant de la RC ?

Toujours est-il que l'assureur a fait marche arrière, se déclarant disposé à prendre en charge les frais de remplacement des serrures à hauteur de CHF 1000.- maximum, après déduction de la franchise de CHF 200.-.

### **Responsabilité civile véhicules à moteur : il est recommandé de fournir à l'assureur des indications correctes concernant le conducteur habituel**

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est vu soumettre quelques dossiers où, au moment de la conclusion de leur assurance responsabilité civile du véhicule à moteur, les requérants avaient fourni des indications inexactes sur le conducteur habituel du véhicule à moteur à assurer. D'après l'expérience de l'Ombudsman en la matière, cela est souvent lié au fait que les conducteurs de véhicules présentant une sinistralité défavorable et les jeunes conducteurs doivent payer, en raison des risques, des primes d'assurance plus élevées que les conducteurs plus expérimentés avec une bonne sinistralité.

Il ne vaut toutefois pas la peine de répondre de manière inexacte aux questions de la proposition d'assurance portant sur les risques essentiels, et notamment en cas de réticence intentionnelle selon l'art. 6 LCA. C'est précisément ce que nous avons été obligés de signaler à la mère d'un conducteur. Elle avait conclu une police d'assurance RC véhicule à moteur en tant que détentrice d'un véhicule alors qu'elle n'était même pas en possession d'un permis de conduire.

L'assureur a découvert ce dernier élément après qu'elle a déclaré deux sinistres différents lors desquels la voiture était conduite par son fils la première fois, et par une autre personne la deuxième. En vertu de l'art. 6, al. 1 LCA, l'assureur a donc immédiatement résilié la police de l'assurée pour réticence lors de la conclusion du contrat et a opposé un refus à l'indemnisation des deux sinistres, conformément à l'art. 6, al. 3 LCA. En parallèle, l'assureur a procédé à une inscription dans le HIS, le Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses, pour réticence intentionnelle.

L'assurée a ensuite soumis une requête auprès de l'Office de médiation au motif que la réticence n'était

pas intentionnelle et relevait d'une négligence de sa part. Par ailleurs, elle a affirmé que le collaborateur de l'assureur à l'origine de la conclusion de l'assurance savait qu'elle s'était désignée comme conductrice habituelle afin de faire des économies de primes.

Cela étant, il incombait à la requérante d'apporter la preuve de ce qu'elle avançait ci-dessus, ce qu'elle n'a pas été en mesure de faire. De ce fait, l'Ombudsman était dans l'impossibilité d'intervenir auprès de l'assureur en vertu de l'art. 8 LCA au motif que l'assureur ne pouvait pas se prévaloir de la réticence parce qu'il était au courant d'une déclaration inexacte. Le médiateur a également indiqué à la requérante qu'il était dans l'impossibilité de critiquer la position de l'assureur selon laquelle cette réticence était intentionnelle, c'est-à-dire basée sur la conscience et la volonté. Une intervention de l'Office de médiation contre l'inscription dans le HIS n'avait donc guère de chance d'aboutir.

#### **Recommandation aux assurés**

Lors de la conclusion d'un contrat, répondez de manière correcte et complète aux questions énoncées dans la proposition d'assurance concernant les risques essentiels. Pour faire des économies de primes, mieux vaut comparer les offres d'assurance des différents assureurs de véhicules à moteur.

#### **Responsabilité civile automobile et déménagement à l'étranger : difficulté à obtenir une liste des sinistres nécessaire à la conclusion d'une nouvelle police à l'étranger**

Ces derniers temps, l'Office de médiation a été confronté à plusieurs reprises aux cas de personnes ayant déménagé à l'étranger, essentiellement en Allemagne ou en France, et qui avaient des difficultés à obtenir de leur assureur suisse antérieur une liste de leurs sinistres, alors que cette dernière était nécessaire pour conclure une nouvelle assurance véhicules sur leur nouveau lieu de domicile.

Afin de conclure une nouvelle assurance véhicules à moteur en France, l'un des individus concernés avait besoin d'une liste des sinistres couvrant les trois dernières années et mentionnant aussi les éventuelles fautes de l'assuré. L'assurance suisse lui a transmis ce relevé des sinistres, mais elle s'est refusée à tout commentaire sur les fautes de son ancien assuré au motif qu'elle ne disposait pas de système bonus-malus.

Dans son intervention auprès de l'assureur suisse, le médiateur a admis que cette liste des sinistres demandée par l'ancien assuré pouvait certes être compliquée à établir au vu de l'absence du système de bonus. Compte tenu du droit de consultation du requérant de la totalité des dossiers liés aux sinistres, le médiateur a toutefois proposé à l'assureur de fournir à son ancien assuré un récapitulatif des sinistres portant sur la période requise et, dans un esprit pragmatique, d'ajouter un commentaire sur les responsabilités pour les sinistres mentionnés.

L'ancien assureur suisse a suivi cette recommandation : il a ainsi établi un récapitulatif des sinistres qui mentionnait aussi les responsabilités des conducteurs dans les cas de collision.

#### **Recommandation aux assureurs**

Étant donné le droit des assurés à consulter leurs dossiers, le médiateur recommande aux assureurs d'établir, sur demande, des récapitulatifs de renseignements sur le rendement des sinistres, et ceci même à court terme, sans oublier de préciser si le preneur d'assurance souhaitant souscrire une nouvelle police était le conducteur responsable.

#### **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 443 à 388. Tout comme pour les exercices

précédents, le point litigieux portait dans la majorité des cas sur l'incapacité de travail et la durée des prestations d'assurance en lien avec des troubles psychiques.

#### **Indemnités journalières en cas de maladie et annonce tardive d'une maladie : les salariés doivent-ils être tenus responsables des violations d'obligations de leur employeur ?**

Les conditions générales d'assurance (CGA) des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie prévoient souvent un délai pour déclarer un cas de maladie (p. ex. jusqu'à l'expiration du délai d'attente convenu ou jusqu'à sept jours après ce délai). Si ce délai convenu n'est pas respecté, le délai d'attente ne commence qu'à partir du jour où le cas de maladie est effectivement annoncé.

Dans l'un des dossiers qui nous ont été soumis, un employé est tombé malade du Covid-19 début janvier 2022 et a donc d'abord continué de percevoir son salaire de la part de son employeur. Une fois la période de protection contractuelle écoulée, son employeur a résilié son contrat de travail pour fin mars 2022. En avril 2022, lorsque le salarié licencié a cessé de percevoir ses indemnités journalières maladie, il s'est directement adressé à l'assureur début mai 2022. L'assureur a déclaré à l'employé assuré que le délai d'attente de 90 jours selon les conditions générales d'assurance applicables ne commençait à courir qu'à partir du jour où la demande d'indemnités journalières maladie a été déposée, et ceci en raison du retard de l'employeur à annoncer le cas. Le droit aux indemnités journalières n'allait donc être effectif qu'en août 2022.

Dans l'incapacité de payer ses factures, et notamment celles de son loyer, l'employé licencié s'est donc adressé à l'Office de médiation. Le médiateur est intervenu auprès de l'assureur indemnités journalières maladie pour lui signaler en substance que, d'après ses constatations, l'employé n'avait pas violé ses obligations. D'après les conditions générales d'assurance

(CGA), c'est le preneur d'assurance, c'est-à-dire l'employeur, qui est tenu d'annoncer le cas à l'assureur. De ce fait, le requérant était en droit de raisonnablement compter là-dessus, d'autant plus que la majeure partie du délai d'attente se situait pendant qu'il était encore sous contrat avec son employeur et que la pratique connue en la matière veut que l'annonce soit effectuée par ce même employeur.

Deux jours après l'envoi de l'intervention, l'assureur a informé l'Office de médiation que le dossier avait été réexaminé avant même la réception de cette intervention suite à un e-mail envoyé par le requérant. L'assureur a donc décidé de renoncer à toute sanction, sans que cela ne constitue une reconnaissance d'une obligation légale ni un précédent. Après son licenciement qui a débuté à la fin du mois de mars 2022, le requérant a donc malgré tout perçu les indemnités journalières qu'il réclamait dès début avril 2022.

### **Assurances protection juridique**

Au cours de l'exercice sous revue, les dossiers concernant les assureurs de protection juridique ont fortement augmenté, passant de 323 à 387, soit une hausse de 19,8%.

### **Augmentation des plaintes liées au rachat de prestations de protection juridique par l'assureur protection juridique**

Au cours des dernières années, nous avons constaté une hausse des requêtes à l'encontre des assureurs protection juridique concernant le rachat de prestations de protection juridique. Souvent, les conditions générales d'assurance (CGA) des assurances de protection juridique stipulent que l'assureur est en droit de racheter son obligation de fournir une prestation au lieu de fournir la protection juridique requise. Les plaintes soumises à l'Office de médiation portent dans de nombreux cas sur le montant qui devrait être versé à la personne assurée par son assureur.

Il arrive aussi que le dossier porte sur le droit de la personne assurée à ce que le litige soit réglé et, si nécessaire, porté devant un tribunal avec le soutien de la protection juridique, en lieu et place de l'offre de rachat de la prestation d'assurance.

L'un de ces cas concernait une juge suppléante élue pour quelques années qui n'était pas satisfaite du décompte de salaire de présidence du tribunal qu'elle avait reçu pour sa première année d'activité. L'indemnisation versée pour plusieurs missions équivalait dans les faits à un salaire horaire d'environ CHF 34.-, rémunération que l'intéressée considérait comme insuffisante.

S'adressant à son assureur protection juridique, la juge a signalé que, d'après elle, la présidence du tribunal en question n'avait pas appliqué correctement l'ordonnance relative aux indemnités. Après plusieurs échanges de correspondance visant à déterminer s'il y avait bien litige, l'assureur protection juridique a mandaté un cabinet d'avocats pour examiner la situation sur le plan juridique. Le cabinet en question a considéré qu'une action à l'encontre de la décision de la présidence sur la rémunération d'un contrat de travail de droit public était vouée à l'échec. La juge a alors demandé leur avis à deux avocats spécialisés qui, eux, ont estimé qu'une action en justice contre cette rémunération contestée car jugée trop basse avait des chances d'aboutir.

Après d'autres échanges de correspondance et de nouvelles demandes de protection juridique, l'assureur protection juridique a indiqué à son assurée que, conformément aux conditions générales d'assurance (CGA), il pouvait se libérer de son obligation de prestation en s'acquittant de la valeur matérielle du litige. Il a ajouté qu'il était prêt à lui verser CHF 785.-, soit le montant litigieux correspondant à la première année de son engagement.

L'assurée a contesté cette proposition, soulignant que son contrat de travail était un contrat à exécution

successive, ce qui devrait être pris en compte lors d'un rachat. L'assureur protection juridique a opposé un refus au motif qu'il n'existait pas encore de litige portant sur les rémunérations futures ; seuls les litiges existants bénéficient sont couverts. L'assureur protection juridique a ensuite usé de son droit à résilier la police de son assurée en cas de sinistre. La juge s'est alors tournée vers l'Office de médiation.

Comprenant pleinement la plainte de la requérante, le médiateur a indiqué en substance à l'assureur protection juridique qu'il estimait lui aussi que le montant du rachat doit tenir compte de toute la période d'engagement en cas de contrat à exécution successive et ne devrait pas être uniquement calculé à titre rétrospectif. Le médiateur a ajouté qu'il considérait que, dans ce genre de cas, où il ne s'agit pas seulement d'une indemnisation financière portant sur un incident survenu par le passé, mais des conditions d'un rapport de travail durable, c'est la prestation principale du contrat d'assurance de protection juridique, à savoir la protection juridique assurée, qui devrait être accordée en priorité ; il ne faudrait donc recourir à la prestation de remplacement, à savoir le rachat, qu'avec une certaine retenue.

Suite à cette intervention, l'assureur a campé sur sa position initiale : il ne partageait pas le point de vue du médiateur, qu'il s'agisse du calcul du montant du rachat ou de la priorité à accorder la prestation principale assurée.

Après avoir réexaminé le dossier, le médiateur est de nouveau intervenu auprès de l'assurance de protection juridique. Il lui a indiqué que, selon un degré de vraisemblance prépondérante, en cas de plainte de l'assurée contre l'assureur visant à obtenir une garantie de frais pour faire valoir une indemnisation plus élevée en tant que juge suppléante, le tribunal compétent devrait conclure que l'intérêt de l'assurée à une clarification de la situation juridique prime sur l'intérêt de l'assureur à régler financièrement le cas.

Le médiateur a par ailleurs informé l'assureur qu'en raison de ses propres devoirs de diligence, il était dans l'obligation de recommander à la requérante de faire appel à un avocat si l'assureur continuait à camper sur sa position. Conformément aux consignes énoncées dans le règlement de l'Office de médiation, le médiateur a demandé une dernière fois à l'assureur protection juridique de reconsidérer sa position avant la clôture de l'intervention.

Cette démarche n'a pas suffi à convaincre l'assureur de changer d'avis. Le médiateur a donc été obligé d'informer la requérante que ses efforts avaient échoué et que, justifications à l'appui, il ne partageait pas la même vision juridique que l'assureur.

#### **Recommandation aux assureurs protection juridique**

Le médiateur recommande aux assureurs de protection juridique de toujours mettre en balance leurs propres intérêts à régler financièrement un sinistre et les intérêts de la personne assurée à clarifier un litige juridique. Les assureurs ne doivent pas oublier que c'est l'octroi de la protection juridique qui constitue en définitive la prestation principale assurée.

#### **Assurances animaux : baisse significative des demandes et des plaintes**

Dans le domaine des assurances pour animaux, les demandes ont connu une baisse importante après avoir fortement augmenté au cours de l'exercice précédent. Elles sont ainsi passées en 2022 de 138 à 69 (-50%).

Comme en 2021, les dossiers concernaient essentiellement des plaintes des assurés liées à la procédure en raison de la durée excessive du traitement d'un sinistre, suivis par les divergences concernant le montant des prestations d'assurance.

### **Système d'informations et de renseignements (HIS) des compagnies d'assurances suisses : 27 plaintes soumises à l'Office de médiation en 2022**

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation a constaté une hausse significative des plaintes soumises contre les inscriptions dans le HIS (Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses), qui sont passées de 6 à 27. Cette évolution pourrait s'expliquer par la date récente de la mise en service du HIS, à savoir en février 2021, et par le fait que les requêtes sont souvent adressées à l'Office de médiation avec un certain décalage. Par ailleurs, les assurances parties prenantes au système HIS sont passées de 7 à 9 à l'heure actuelle.

Nous avons traité 13 cas (et donc les plus fréquents) d'inscriptions dans le HIS en lien avec une résiliation de contrat et un refus de prestations concomitant pour prétention frauduleuse en vertu de l'art. 40 LCA.

La gestion des cas HIS demande toujours beaucoup de temps à l'Office de médiation, d'autant plus que les dossiers y afférents sont souvent complexes et volumineux. Dans la grande majorité des cas, nous n'avons pas pu contester juridiquement la position de l'assureur quant à l'inscription dans le HIS (p. ex. pour prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA, pour réticence intentionnelle selon l'art. 6 LCA, etc.).

Seuls deux cas ont donné lieu à une intervention de l'Office de médiation : l'assureur concerné a alors procédé à un réexamen du dossier, avant de suivre les recommandations du médiateur et d'abandonner les motifs ayant entraîné l'inscription dans le HIS.

#### **Motif d'inscription dans le HIS « pas de preuve de l'événement assuré dans le droit sur le contrat d'assurance (CC 8) » : autres conditions pour l'inscription**

L'un de ces deux cas concernait, pour résumer, un bénéficiaire d'une assurance vol dont l'appartement

avait été cambriolé pendant qu'il séjournait en clinique. Il avait notamment déclaré le vol de CHF 8000.- en argent liquide, d'une bague en or blanc, d'un ordinateur portable, d'un coffre-fort ainsi que d'une montre d'une valeur de CHF 1250.-. Malgré des demandes répétées, l'assuré n'a toutefois pas fourni à son assureur de justificatifs (p. ex. quittances d'achat) prouvant la propriété et la valeur des objets déclarés volés (y c. objets de valeur), alors qu'il était tenu de le faire. Concernant le montant d'argent liquide, l'assuré a expliqué qu'il avait retiré cette somme importante de son compte bancaire environ deux mois avant le cambriolage, puis qu'il l'avait gardée chez lui dans un coffre-fort placé dans une armoire : ses explications et sa version des faits soulevaient aussi des questions pour différentes raisons.

Environ trois mois après avoir de nouveau signalé à l'assuré qu'il manquait toujours la preuve du sinistre survenu, mais que le cas serait réexaminé en détail si des preuves vérifiables et plausibles étaient fournies, l'assureur a fini par informer l'assuré qu'il allait procéder à une inscription dans le HIS en raison de l'absence de preuve de l'événement assuré selon l'art. 8 CC. L'assuré a ensuite réagi en contestant à la fois la déclaration concernant l'absence de preuve suffisante et l'inscription dans le HIS. Dans sa réponse, l'assureur a maintenu sa position et a aussi informé son assuré qu'il avait la possibilité de s'adresser à l'Office de médiation ou d'engager une procédure civile.

Une fois contacté, le médiateur a demandé à l'assureur de pouvoir consulter le dossier en question. Après examen du dossier, le médiateur s'est rangé au point de vue de l'assureur : l'assuré n'avait pas apporté de preuve juridiquement suffisante du sinistre et ses déclarations n'étaient pas plausibles. Toutefois, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur parce que ce dernier n'avait pas indiqué à son assuré les raisons pour lesquelles l'exposé des faits n'était pas plausible ou pas crédible, ni pourquoi une inscription dans le HIS était justifiée.

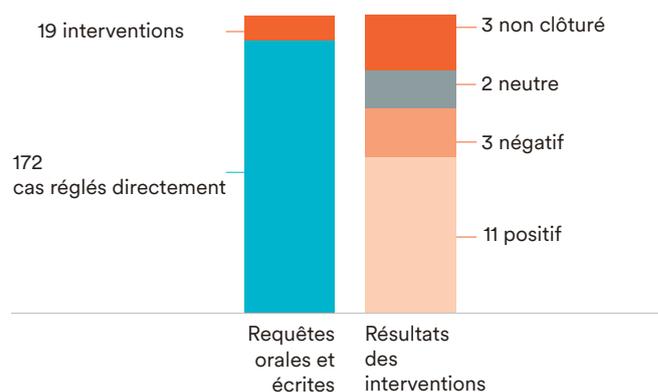
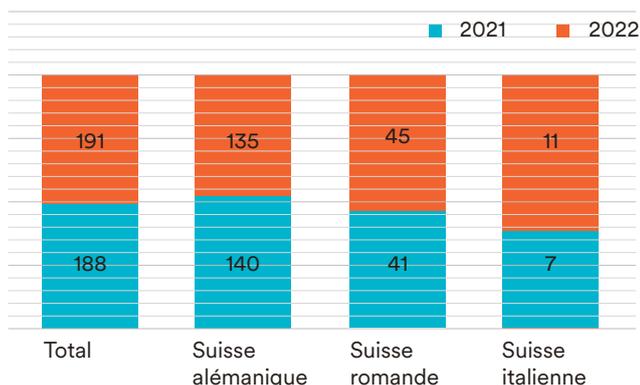
De l'avis du médiateur, la finalité du HIS est que l'exposé des faits doit manquer de crédibilité et/ou de plausibilité dans une mesure telle qu'il en résulte des soupçons accrus de tentative de fraude à l'assurance, ce qui justifie alors l'inscription dans le HIS. L'assureur devrait donc expliquer et justifier à son assuré les raisons pour lesquelles il estime que les conditions requises à une inscription dans le HIS sont remplies.

Le médiateur a conclu son intervention en soulignant que l'assureur avait omis d'indiquer à l'assuré comment rendre l'exposé des faits plus plausible. Pour donner un exemple, dans le cas de la montre déclarée volée, le médiateur a proposé de demander à l'assuré la boîte de la montre et son mode d'emploi (qui, d'après ses investigations, sont toujours fournis à l'achat de la montre en question).

L'assureur a alors procédé à un réexamen approfondi du dossier qui, d'un commun accord entre les parties, a débouché sur une large prise en charge du sinistre et sur la suppression de l'inscription dans le HIS.

## Secteur vie

Au cours de l'exercice 2022, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a augmenté (de 188 à 191).



Seuls 19 dossiers (16) ont donné lieu à une intervention, avec une issue positive ou une amélioration globale de la situation du requérant dans 69% des cas.

Les demandes qui nous ont été soumises concernaient les catégories suivantes de dossiers :

1. Les erreurs de conseil invoquées par le requérant en lien avec la conclusion du contrat.
2. Les demandes sur les valeurs de rachat des polices d'assurance vie avec composante d'épargne et des plans de versement.

### Erreur du conseil fourni par une intermédiaire d'assurance non liée (courtier) lors de la conclusion du contrat

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation a dû s'atteler à un cas particulièrement problématique en matière d'erreur de conseil. Peu au fait des questions financières, une sage-femme indépendante a conclu dans les années 2016 à 2019 six polices d'assurance vie par le biais d'une société d'intermédiaires d'assurance. Le volume annuel de primes atteignait presque CHF 71 000.-, alors que son revenu moyen s'élevait à environ CHF 100 000.- par an et sa fortune, prestations de libre passage comprises, à environ CHF 90 000.-.

Les primes annuelles de ses quatre polices 3a atteignaient à peu près CHF 34 000.- ; or, des cotisations

aussi élevées n'auraient été autorisées pour une personne dans son cas, sans caisse de pension, que si elle avait perçu un revenu net d'environ CHF 170 000.-.

Rapidement, l'autorité fiscale a demandé chaque année à la preneuse d'assurance de réclamer à l'assureur vie le remboursement d'une partie des cotisations au pilier 3a. Elle ne s'est toutefois pas adressée à l'assureur, mais à son intermédiaire d'assurance. Cette dernière l'a informée qu'elle avait procédé à un décompte avec l'assureur vie concernant les cotisations versées en trop sur le pilier 3a, ce que la preneuse d'assurance n'a pas cru bon de vérifier.

Ce n'est que lorsque son nouveau compagnon lui a fait des remarques à ce propos qu'elle a réalisé ensuite que quelque chose n'allait pas et que les primes étaient bien trop élevées pour elle. Avec son compagnon, elle a pris contact à ce moment-là avec l'intermédiaire d'assurance, puis avec l'assureur vie. La preneuse d'assurance avait ainsi l'intention d'annuler le pilier 3b conclu en 2019 avec une prime de CHF 36 000.- et d'adapter la situation relative au pilier 3a. Ses deux interlocuteurs ne se montrant pas disposés à faire un geste en sa faveur, elle s'est alors adressée à l'Office de médiation.

Le médiateur est donc intervenu auprès de l'assureur vie, présumant que la société de courtage impliquée était un intermédiaire lié et que, en vertu de l'art. 34 LCA, la compagnie d'assurances devait répondre des actes de son intermédiaire. En effet, l'Office de médiation estimait que l'assureur vie aurait dû constater, d'après les formulaires de proposition contenant des indications sur l'activité professionnelle de son assurée, qu'un revenu net de CHF 170 000.- n'était guère réaliste pour une sage-femme indépendante. L'assureur aurait donc dû procéder lui-même à des clarifications approfondies avant d'établir des polices basées sur le volume de primes susmentionné. La preneuse d'assurance n'ayant pas d'enfants, elle n'avait pas besoin de protéger qui que ce soit en cas de décès. Du point de vue de l'Office de

médiation, le capital décès assuré d'une valeur totale d'environ CHF 1 250 000.- n'avait donc aucun intérêt.

Le médiateur a ainsi suggéré à l'assureur d'accéder à la demande de l'assurée en résiliant rétroactivement la dernière police 3b assortie d'un volume de primes de CHF 36 000.- et de proposer une solution pour les polices 3a qui soit la moins pénalisante possible pour la preneuse d'assurance et qui tienne compte de sa situation financière ainsi que de son revenu moyen de ces dernières années.

L'assureur vie a répondu au médiateur que la personne à laquelle la preneuse d'assurance avait eu affaire n'était pas une intermédiaire liée, mais qu'il était néanmoins prêt à trouver une solution satisfaisante pour son assurée en impliquant aussi la courtière. Après de longues démarches et des discussions entre l'assureur vie et l'Office de médiation ou la preneuse d'assurance, les différentes parties sont parvenues à un accord portant sur les différents produits d'assurance au bout de quelques mois. Cette solution était au final très avantageuse pour la requérante.

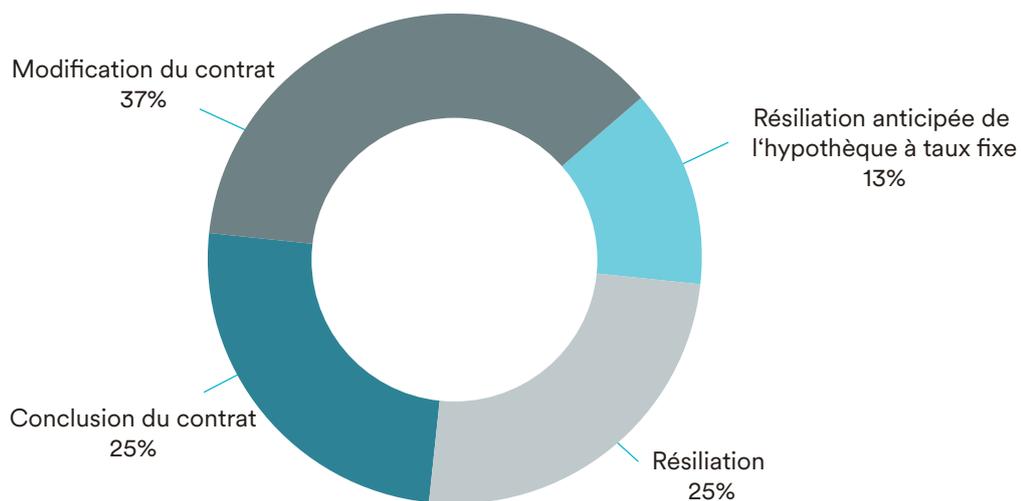
#### **Remarques de l'Ombudsman**

Dans le cas présent, en raison des circonstances particulières, l'Office de médiation de l'assurance privée et de la Suva a réussi à aider une preneuse d'assurance à se sortir d'une situation particulièrement difficile, alors que la responsabilité civile principale des erreurs de conseil répétées incombait à une intermédiaire d'assurance non liée. Il n'existe pas encore d'office de médiation qui traite les cas de divergences avec les intermédiaires d'assurance non liés. Le médiateur espère néanmoins qu'un office de médiation propre aux intermédiaires non liés verra bientôt le jour, comme cela a été évoqué par la Swiss Insurance Brokers Association (SIBA) en décembre 2021.

## Contrats de prêts hypothécaires

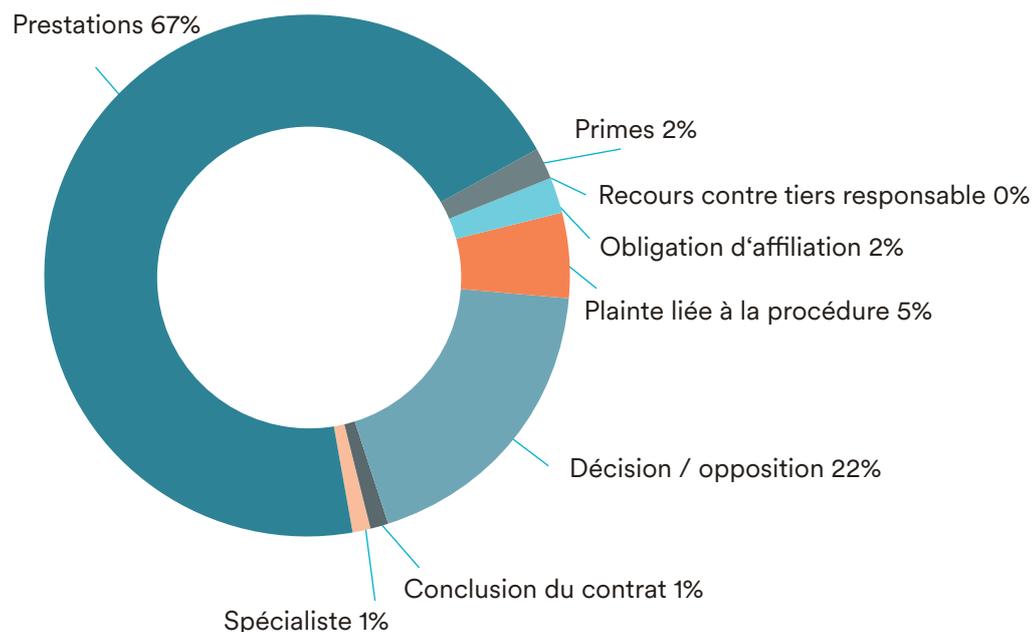
### Demandes dans le secteur des hypothèques

Au cours de l'exercice sous revue, nous n'avons reçu que 8 (9) requêtes concernant des contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurances. Tous ces dossiers ont pu être traités directement ou sans prise de contact avec l'assureur.



## Le secteur LAA et l'assurance militaire

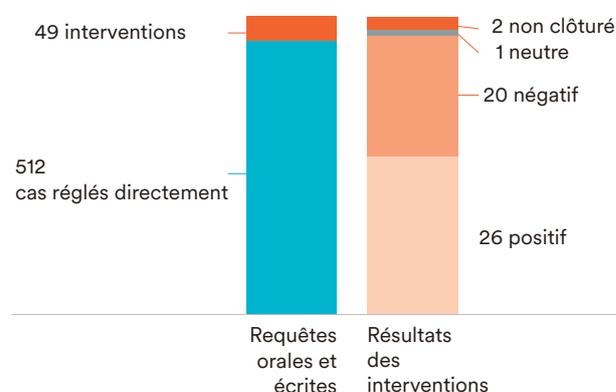
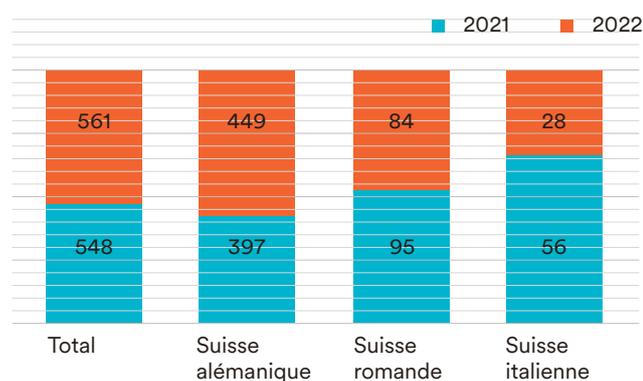
### Demandes dans le secteur LAA et l'assurance militaire



Au cours de l'exercice sous revue, 561 demandes ont été adressées à l'Office de médiation, soit environ 2,3% de plus qu'en 2021 (548).

Dans la plupart des cas, le litige portait sur la causalité entre un accident et les problèmes de santé invo-

qués, suivie par les questions sur le traitement, la notion d'accident, les indemnités journalières, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et la rente d'invalidité.



### **Problématiques récurrentes : « notion d'accident » et « lésions corporelles assimilées à un accident »**

Une fois de plus, l'Office de médiation s'est vu adresser en 2022 quelques dossiers où le point litigieux portait sur un accident au sens juridique du terme ou une lésion corporelle assimilée à un accident. L'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) désigne par accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort.

Selon l'art. 6, al. 2, let. a à h LAA, les lésions corporelles assimilées à un accident sont les suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan.

### **Blessure lors d'une séance de simulateur de chute libre : litige portant sur l'obligation de prestation de l'assureur LAA**

Un dossier soumis à l'Office de médiation concernait un assuré LAA qui, lors d'un événement d'entreprise, a eu l'occasion de tester un simulateur de chute libre. Malgré la présence d'un instructeur qui le dirigeait, le corrigeait et contrôlait son vol, l'assuré avait apparemment perdu l'équilibre à deux reprises et son corps avait percuté le sol en filet de la soufflerie. Dès la fin du vol, il avait remarqué que quelque chose n'était plus comme avant au niveau de son corps. Il a ensuite consulté un médecin suite à l'apparition de différents troubles et symptômes.

Les médecins qui l'ont examiné ont déclaré que les données de l'anamnèse de l'assuré ainsi que l'évolution rapide des symptômes plaident plutôt en faveur

d'une étiologie (cause) mécanique de ces troubles (p. ex. étirement excessif lors d'une activité sportive). Toutefois, les médecins ont recommandé à l'assuré de procéder à un autre diagnostic par imagerie, car ils ne pouvaient pas exclure l'éventualité d'une étiologie centrale (et donc d'une maladie à l'origine des troubles en question). Les résultats de ces examens (IRM du cerveau, de la calotte crânienne et des vertèbres cervicales) ont été négatifs, ce qui a permis d'exclure toute cause d'origine pathologique.

L'assureur accidents a toutefois signifié son refus de verser des prestations, au motif qu'il n'y avait pas de lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6, al. 2 LAA et que les caractéristiques propres à la notion d'accident selon l'art. 4 LPGA n'étaient pas toutes réunies, notamment concernant la cause extérieure extraordinaire. En raison des examens médicaux conséquents auxquels il a dû se plier, l'assuré a déboursé des sommes importantes que sa caisse-maladie n'a pas prises en charge en raison d'une franchise élevée. Il s'est donc adressé à l'Office de médiation pour que ce dernier examine sa situation.

Conformément à l'arrêt U 322/02 du Tribunal fédéral des assurances, lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure n'est remplie que lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur, entraînant un mouvement non programmé. Lors d'un tel mouvement non coordonné, le facteur extérieur inhabituel doit être admis ; en effet, ce facteur extérieur, qui consiste en un changement entre le corps et le monde extérieur, constitue aussi un facteur inhabituel en raison de son caractère non programmé mentionné plus haut.

Certes, et l'Office de médiation était d'accord avec l'assureur sur ce point, un impact sur le filet conçu à cet effet, causé par un déséquilibre que l'instructeur a tout de suite corrigé, n'a rien d'inhabituel si l'on pra-

tique le vol dans un simulateur de chute libre. C'est du ressort du quotidien, de l'ordinaire.

Toutefois, à la lumière de la jurisprudence, même s'il n'a rien d'extraordinaire et que de telles collisions se produisent lors de ces séances, un impact sur le filet dû à un déséquilibre ne constituait-il pas, à titre exceptionnel, un facteur inhabituel lorsqu'il aboutit à un mouvement non coordonné et involontaire (étirement excessif) qui entraîne des troubles de santé ? C'est la question que le médiateur a soulevée à l'intention de la compagnie d'assurances.

Cette dernière s'en est tenue à son premier avis : lorsqu'une personne subit un accident en pratiquant un sport et qu'il s'agit d'un risque lié à l'exercice du sport en question qui vient à se réaliser, la notion d'événement accidentel ne peut qu'être écartée. En d'autres termes, il faut exclure le caractère inhabituel du facteur extérieur si un problème de santé survient lors de la pratique d'une activité sportive en l'absence de tout événement particulier. On ne pouvait par conséquent pas conclure à un accident alors qu'il n'y avait pas de facteur extérieur inhabituel.

La compagnie d'assurances a déclaré que, de son point de vue, un possible déséquilibre entraînant un impact sur le filet ne sort pas du cadre du quotidien et de l'habituel lorsqu'une personne utilise le simulateur de chute libre. Ce sont plutôt les positions corporelles inhabituelles et les éventuels faux-mouvements qui constituent une conséquence directe du vent généré artificiellement, qui permet à la personne de voler. Le but principal de ce genre de vol consiste justement à trouver un équilibre à l'intérieur de la soufflerie. Dans ce cas, on ne pouvait par conséquent pas conclure à un accident alors qu'il n'y avait pas de facteur extérieur inhabituel.

L'Office de médiation a estimé que le raisonnement suivi par la compagnie d'assurances était

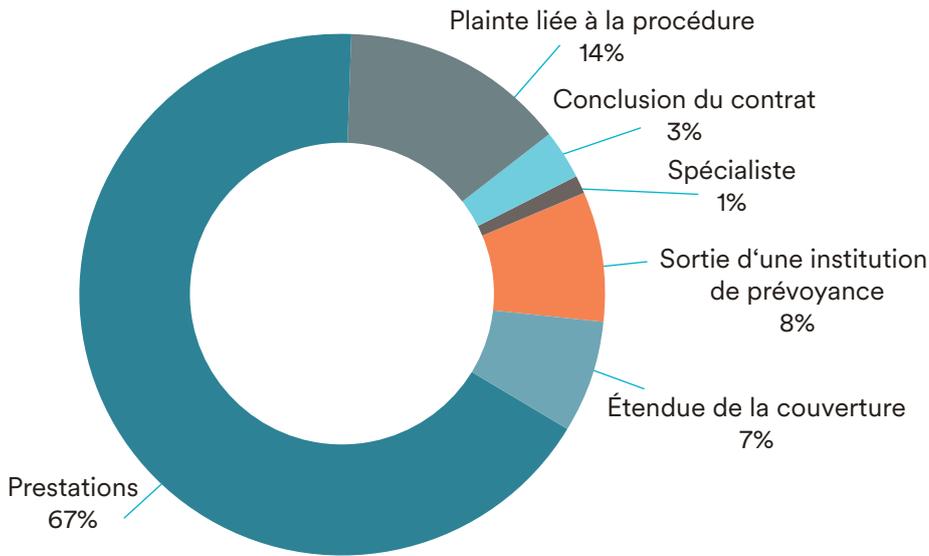
cohérent et compréhensible. Il a donc été obligé de clore le dossier et d'en informer le requérant.

#### **Recommandation aux personnes assurées qui pratiquent souvent un sport**

À l'avenir, lorsqu'il s'agira de sélectionner la franchise de votre caisse-maladie, tenez compte du fait que, dans la pratique, les problèmes de santé survenant lors d'une activité sportive ne constituent souvent ni un accident au regard de la loi, ni une lésion corporelle assimilée à un accident. Dans ce genre de cas, la caisse-maladie ne prend en charge les prestations qu'une fois le montant de la franchise dépassé.

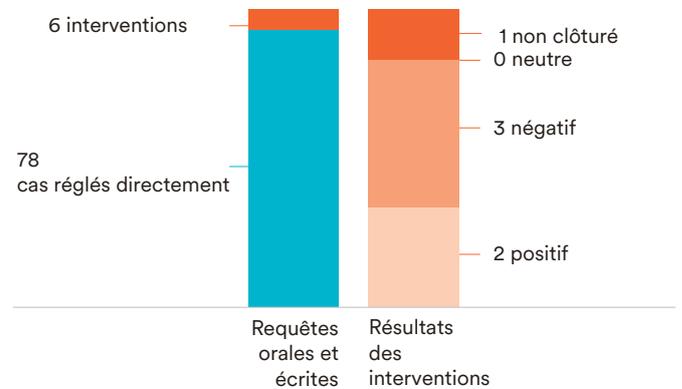
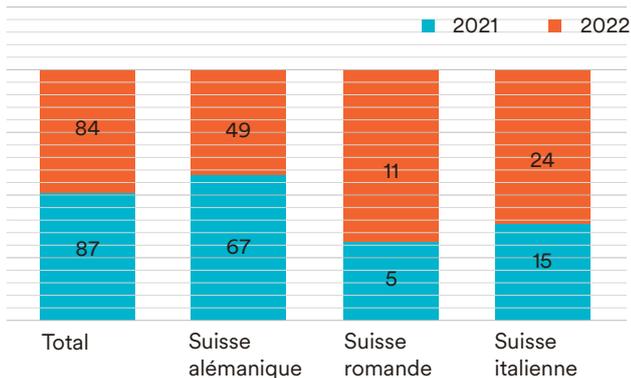
## Secteur de la prévoyance professionnelle

### Demandes dans le secteur de la prévoyance professionnelle



Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a diminué de 3,4% par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 84 (87) personnes se sont adressées à l'Office de médiation ; leurs demandes portaient sur une fondation collective LPP d'un assureur vie suisse. Il faut y ajouter 26 (20) 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.



### **Rentes LPP : pas d'adaptation automatique de la rente de vieillesse LPP au renchérissement**

Dans le contexte de l'inflation en hausse au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est vu soumettre le dossier du bénéficiaire d'une rente de vieillesse LPP, qu'il percevait depuis 2015. N'ayant jamais obtenu d'adaptation de sa rente LPP au renchérissement, il s'est adressé à son assureur LPP pour lui demander de procéder à cette adaptation. L'assureur a opposé un refus à cette demande, au motif que sa rente de vieillesse avait été calculée en 2015 sur la base de l'avoir de vieillesse disponible et des taux de conversion valables à l'époque. Ce montant était ainsi garanti et serait versé au bénéficiaire jusqu'à la fin de ses jours. Le calcul de la rente de vieillesse devant être basé sur des taux de conversion trop élevés en raison des dispositions légales en la matière, l'assureur LPP a ajouté que l'assuré ne devait pas s'attendre à des excédents dans un avenir proche sur les rentes en cours, compte tenu de la hausse de l'espérance de vie et de la persistance des faibles taux d'intérêt.

Le médiateur a informé le requérant que, en vertu de l'art. 36, al. 2 LPP (loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité), tout comme les rentes de survivants et les rentes d'invalidité, les rentes de vieillesse sont adaptées à l'évolution des prix dans les limites des possibilités financières des institutions de prévoyance. L'organe paritaire ou l'organe suprême de l'institution de prévoyance décide chaque année si et dans quelle mesure les rentes doivent être adaptées. Selon l'art. 36, al. 3 LPP, l'institution de prévoyance commente dans ses comptes annuels ou dans son rapport annuel les décisions prises en vertu de l'al. 2.

Le médiateur a confirmé au requérant que les dispositions énoncées dans son règlement de prévoyance étaient conformes aux dispositions légales.

Il n'y avait pas d'indices permettant à l'Office de médiation de déduire que les justifications invoquées par l'assureur LPP pour refuser d'augmenter les rentes étaient inexactes (à savoir pas d'excédents attendus sur les rentes en cours dans un avenir proche en raison de l'augmentation de l'espérance de vie).

Le médiateur n'a toutefois pas pu se prononcer définitivement sur la demande du requérant : en effet, contrairement à l'autorité de surveillance, il n'a pas accès aux livres de comptes des institutions de prévoyance LPP ou de la fondation collective LPP compétente ; il ignore par conséquent la situation financière de la fondation collective LPP du bénéficiaire de rente. En outre, l'Office de médiation n'a pas non plus la compétence requise pour vérifier les décisions prises par les organes des institutions de prévoyance LPP.

Le médiateur en a donc informé le requérant et l'a orienté vers l'autorité de surveillance LPP compétente pour un examen de sa requête complet et définitif.

# Les bureaux décentralisés

## Bureau décentralisé de Suisse italienne

### Évolution des cas

En 2022, le bureau décentralisé de Lugano s'est vu adresser 225 requêtes au total (231 en 2021), dont 198 (213) qui relevaient de sa compétence. Aucune n'avait de lien avec la pandémie de Covid-19. Ce dernier détail explique au moins en partie le recul du nombre de cas. Les demandes qui ont pu être réglées par téléphone s'élevaient au nombre de 155.

Sur les 70 dossiers adressés par écrits en Suisse italienne, 16 (14) ont entraîné une intervention auprès de l'assureur concerné ; 12 d'entre eux ont connu une issue positive, un dossier a eu un résultat négatif, tandis que trois dossiers n'avaient pas encore été bouclés en fin d'année.

La plupart des cas (146) concernaient la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Le nombre de dossiers en lien avec la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA) a reculé par rapport à l'exercice précédent, passant de 56 à 28.

Tout comme en 2021, seule une petite part des requêtes concernaient la prévoyance professionnelle (LPP), avec un total de 24 (19) cas.

La Suisse italienne n'a pas enregistré de demande en lien avec les hypothèques.

Comme les années précédentes, l'exercice 2022 a été ponctué par quelques dossiers qui ne relevaient pas de la compétence du bureau décentralisé de Suisse italienne. Ces 27 cas concernaient notamment le secteur des caisses-maladie ainsi que des thématiques sans aucun lien avec le droit des assurances.

Sur la totalité des 225 requêtes, le bureau décentralisé a pu en clôturer 155 directement par téléphone, sans autre forme d'intervention. En effet, souvent, il ne s'agit que de clarifier certains points liés aux formula-

tions des conditions générales d'assurance (CGA), qui ne sont pas toujours évidentes pour des personnes peu informées en matière de droit des assurances.

### **Assurance responsabilité civile privée : les dommages causés sur un appartement dans le cadre d'un droit d'habitation (payé) sont-ils couverts au même titre que les dommages responsabilité civile causés par les locataires ?**

Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé s'est vu adresser plusieurs requêtes visant à clarifier des questions d'interprétation dans le cadre de la couverture responsabilité civile privée.

L'un de ces dossiers concernait un assuré qui avait vendu l'appartement dans lequel il vivait à sa fille et à son gendre depuis plus de dix ans. La vente de l'appartement lui accordait toutefois un droit d'habitation à vie, pris en compte dans le prix de vente et donc payé par son bénéficiaire. En 2022, cette personne a causé un dommage responsabilité civile dans l'appartement en question. Son assureur a refusé de couvrir le sinistre au motif que l'assuré n'était pas locataire, mais qu'il détenait seulement un droit d'habitation. En l'absence d'un bail, le droit d'habitation n'équivaut pas à un contrat de location. L'assureur a ainsi souligné que le droit d'habitation permet uniquement d'habiter dans l'appartement (gratuitement, en principe), mais non de le louer ou d'en obtenir la location ; le propriétaire, de son côté, n'est responsable que de l'entretien courant du logement.

L'assuré s'est ensuite adressé au bureau décentralisé de Lugano, le priant de vérifier ce refus de l'assureur. L'Office de médiation a estimé que ce refus de couverture était injustifié et est intervenu. Il a indiqué à l'assureur que les sinistres survenant dans le cadre de la responsabilité civile privée des locataires de maisons, d'appartements ou d'autres locaux étaient couverts en vertu des conditions générales d'assurance (CGA), contrairement au droit d'habitation, qui n'était pas mentionné dans les CGA.

Quoi qu'il en soit, l'Office de médiation était d'avis que, dans ce cas concret, le droit d'habitation (payant) était très similaire à un contrat de bail. Le médiateur a donc soulevé la question suivante : ne devrait-on pas accorder la couverture du sinistre sur la base des dispositions de l'art. 33 LCA, et ceci d'autant plus que la couverture d'assurance protège le requérant en tant que personne privée et qu'il n'y a pas d'exclusion de couverture pour les dommages causés à la chose qui fait l'objet du droit d'habitation (payé) ?

Par ailleurs, l'Office de médiation a aussi souligné qu'en matière de droit d'habitation, seuls les frais ordinaires d'entretien (art. 765 CC) relèvent de la responsabilité du propriétaire. Or, dans le cas présent, il s'agissait d'un dommage par négligence causé par l'assuré. Applicable par analogie au droit d'habitation, l'art. 752, al. 1 CC prévoit par ailleurs que « l'usufruitier répond de la perte et de la dépréciation de la chose, s'il ne prouve pas que le dommage est survenu sans sa faute ».

Suite à cette intervention, l'assureur a bien voulu se montrer conciliant : il s'est déclaré prêt à considérer le droit d'habitation à vie payé par le requérant comme un contrat de location contre rémunération, sans que cela ne constitue une reconnaissance d'une obligation légale ni un précédent.

**Résolution équitable des conflits grâce à l'Office de médiation : un cas lié au nouveau droit de résiliation selon l'art. 35a, al. 1 LCA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022**

L'Office de médiation a dû traiter quelques questions juridiques liées à la LCA révisée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

L'un de ces cas concernait une assurée ayant souscrit une police d'assurance ménage au 1<sup>er</sup> novembre 2018, qui prévoyait une échéance principale annuelle de prime au 1<sup>er</sup> décembre et d'une durée minimale couvrant jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2023.

À la mi-juillet 2022, la preneuse d'assurance a résilié la police au 1<sup>er</sup> décembre 2022, par courrier recommandé, en raison du nouveau droit de résiliation valable dès la fin de la troisième année dans la LCA. Environ six semaines plus tard, l'assureur s'est opposé à cette résiliation, au motif que, selon le nouvel art. 35a LCA, la prochaine possibilité de résiliation n'était fixée qu'au 1<sup>er</sup> novembre 2023.

En désaccord avec cette réponse, l'assurée s'est adressée au bureau décentralisé du Tessin. Dans son intervention auprès de l'assureur, le médiateur a commencé par relever que sa position était strictement conforme à l'art. 35a, al. 1 LCA, qui est énoncé comme suit : « Le contrat peut être résilié par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte pour la fin de la troisième année ou de chacune des années suivantes, même s'il a été conclu pour une durée plus longue, moyennant un préavis de trois mois. »

Le médiateur a en outre confirmé que, dans le cas de la requérante, la fin de la quatrième année depuis l'entrée en vigueur de la police était fixée au 31 octobre 2022 ou au 1<sup>er</sup> novembre 2022, et non au 1<sup>er</sup> décembre 2022, sachant que son contrat d'assurance avait débuté le 1<sup>er</sup> novembre 2018 selon la police conclue. D'un point de vue strictement juridique, l'Office de médiation ne pouvait pas critiquer la position de l'assureur, qui établissait une distinction rigoureuse entre le délai de résiliation contractuel et celui de la nouvelle loi, et qui affirmait qu'il n'y avait pas de résiliation possible au 1<sup>er</sup> décembre 2022. En effet, le premier délai contractuel de résiliation avait été fixé au 1<sup>er</sup> décembre 2023.

Le médiateur se demandait toutefois si la notification de la résiliation ne devait pas malgré tout être acceptée, au vu des circonstances concrètes de ce cas particulier et notamment pour des raisons de fair-play. Une question soulevée par le médiateur pour les raisons suivantes : dans sa lettre de résiliation de la

mi-juillet 2022, la preneuse d'assurance n'indiquait pas explicitement qu'elle souhaitait résilier sa police avant l'échéance de la durée contractuelle minimale en raison de l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 de l'art. 35a LCA, mais cela ressortait clairement des éléments du dossier. Le médiateur supposait donc que la requérante avait fixé sa résiliation au 1<sup>er</sup> décembre 2022 au lieu du 1<sup>er</sup> novembre 2022 uniquement par mégarde. Si l'assureur lui avait répondu immédiatement après avoir reçu son courrier ou du moins dans un délai d'une semaine que, en vertu de l'art. 35a, al. 1 LCA, le prochain délai de résiliation légal était fixé au 1<sup>er</sup> novembre 2022, et non au 1<sup>er</sup> décembre 2022, la requérante aurait pu corriger ou clarifier au mois de juillet (en respectant le délai de résiliation de trois mois) la date de résiliation qu'elle avait indiquée et la fixer au 31 octobre 2022 ou au 1<sup>er</sup> novembre 2022. L'assureur ne l'a toutefois pas fait, mais a au contraire attendu la fin du mois d'août 2022 pour l'informer que le prochain délai légal de résiliation était (désormais) fixé au 1<sup>er</sup> novembre 2023 seulement. Quelles que soient les raisons qui avaient provoqué ce refus tardif de la résiliation, nous estimons, en toute objectivité, que si l'assureur persistait dans sa position de refus, son attitude manquerait d'équité et de fair-play vis-à-vis de l'assurée. Nous avons donc recommandé à l'assureur de tout de même accepter la résiliation demandée au 1<sup>er</sup> décembre 2022, ce qu'il a précisément fait après avoir reconsidéré sa position initiale.

### **Constatation récurrente du responsable du bureau décentralisé de Lugano : les assurés ne connaissent pas bien le contenu de leur couverture d'assurance**

Comme au cours des exercices précédents, plusieurs assurés qui ne connaissaient pas suffisamment l'étendue et les limites de la couverture d'assurance de leur propre police se sont adressés au bureau décentralisé. Afin d'éviter dans une large mesure les déceptions et les surprises en cas de sinistre, l'Office de médiation se doit de rappeler ses recommandations de l'exercice précédent et souligne combien il est important de se familiariser avec le contenu essentiel du contrat et l'étendue de la couverture d'assurance avant même de conclure le contrat.

## Bureau décentralisé de Suisse romande

### Évolution des cas

Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu 481 (531) requêtes et plaintes, ce qui équivaut à une baisse des cas soumis de moins de 10%. Par rapport aux exercices 2018 et 2019, une hausse de 50 cas a en revanche été enregistrée, ce qui donne à penser que les chiffres se stabilisent après la crise du Covid-19.

Parmi ces cas soumis, 266 dossiers ont été traités par téléphone et 215 par écrit. Après avoir atteint un pic lors de l'exercice précédent, les demandes téléphoniques ont reculé de 27% en 2022, ce qui traduit un retour à la normale. En revanche, les requêtes écrites ont sensiblement augmenté (+30%).

Le nombre d'interventions quant à lui a légèrement augmenté, passant à 20 cas. Avec 14 résultats positifs et 3 dossiers classés comme « neutres », le taux de succès s'élève à 70%. De manière encore plus marquée que par le passé, la très grande majorité des interventions a concerné le secteur de l'assurance privée (19 interventions).

Le nombre de requêtes sortant de notre compétence a de nouveau sensiblement diminué (-40%), avec plus de la moitié de ces 42 cas qui concernaient les caisses-maladie. Nous recommandons à ces personnes de contacter l'Ombudsman de l'assurance-maladie. Nous ne pourrions vraisemblablement pas éviter ce genre de confusion même à l'avenir, sachant que, pour les non-spécialistes, il n'est pas toujours évident de comprendre la distinction entre l'assurance de base au sens de la LAMal et l'assurance complémentaire au sens de la LCA.

### Secteur des assurances privées

Au cours de l'exercice 2022, la majorité des requêtes ont concerné les secteurs suivants : l'assurance indemnités journalières en cas de maladie arrive en tête, avec

85 cas sur un total de 340. Les secteurs de la protection juridique (52 cas) et vie (45 cas) ont aussi fait l'objet de nombreuses plaintes de la part des personnes assurées, suivies par la responsabilité civile (29 cas) et l'assurance voyages (22 cas). Les plaintes soumises dans le domaine de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie concernaient essentiellement la durée des prestations et l'étendue de la couverture (70 dossiers sur 85).

### Secteur de la protection juridique

Avec 52 cas sur un total de 340 requêtes touchant à l'assurance privée, le secteur de la protection juridique est sorti du lot au bureau décentralisé romand également. Parmi ces cas, 5 plaintes ont entraîné une intervention, ce qui correspond à un quart de l'ensemble des interventions en Suisse romande. Ces chiffres sont notables parce que la marge de manœuvre en la matière de l'Office de médiation est limitée en raison de la procédure arbitrale prévue dans l'art. 169 OS. Le médiateur ne dispose pas de compétence décisionnelle et ne peut pas assumer de fonction d'ordre arbitral (dans les litiges basiques, le plus souvent sans rapport avec les assurances de toute façon, comme le droit du travail, le droit du bail, etc.). La moitié des dossiers du secteur de la protection juridique concernaient l'étendue de la couverture. Sur 52 dossiers, 18 étaient liés aux prestations, tandis que, dans 7 autres cas, le litige portait sur le terme du contrat. Ces requêtes sont vraisemblablement attribuables à la révision de la loi sur le contrat d'assurance, et notamment au nouvel art. 35a LCA, dont l'entrée en vigueur a suscité quelques problèmes d'interprétation.

### **L'assureur protection juridique est tenu de prendre en charge les frais occasionnés lorsqu'un assuré obtient, dans le cadre d'un procès, un meilleur résultat que celui qui était escompté par l'assureur selon sa déclaration concernant l'absence de chances de succès**

En Suisse romande, une intervention liée à un dossier que l'on peut qualifier de particulier a concerné un assuré à qui l'assureur avait d'abord refusé en 2018 une

demande de protection juridique concernant la circulation routière pour une affaire survenue en France. La compagnie d'assurances avait invoqué l'art. 169 de l'Ordonnance sur la surveillance (OS) pour déclarer le cas comme dépourvu de chances de succès.

À l'époque, le requérant avait renoncé à une procédure arbitrale et engagé un procès à ses frais, avec le soutien d'un avocat. Il s'agissait concrètement d'un jugement pour un excès de vitesse de 40 à 50 km/h, qui avait entraîné une suspension du permis de conduire en France pendant trois mois assortie d'une amende de 500 euros. La cour d'appel a par la suite confirmé l'amende, mais elle a levé la mesure administrative (interdiction de circuler en France). L'assuré s'est alors adressé à son assurance protection juridique pour se faire rembourser ses frais d'avocats, sachant que le jugement initial avait été en partie annulé. L'assurance a refusé les prestations demandées par l'assuré au motif que l'interdiction de circuler n'avait été levée que parce que le requérant n'avait pas commis d'autres infractions au code de la route par le passé, et non parce que l'accusation d'excès de vitesse avait été abandonnée.

Dans son intervention auprès de l'assureur protection juridique, l'Office de médiation a objecté que la raison pour laquelle la mesure administrative avait été levée n'avait pas d'importance. Le critère déterminant, c'était que le requérant avait réussi à obtenir un jugement plus avantageux pour lui-même que celui qui avait été rendu au moment où l'assureur avait déclaré le cas dépourvu de chances de succès. L'assureur n'a certes pas partagé notre point de vue, mais, suite à notre intervention, il a soumis une proposition afin de clore le dossier au requérant, et ce dernier l'a acceptée.

### **Secteur de l'assurance vie**

Dans le secteur de l'assurance vie, le nombre de demandes est resté relativement stable (45 cas, +10%). Ce genre de divergences risque bien de continuer de mobiliser l'Office de médiation à l'avenir ; il s'agit en ef-

fet là de contrats de longue durée, dont les bases de calcul peuvent varier entre la conclusion du contrat et son terme.

Une situation que de nombreuses personnes assurées ont du mal à accepter. De ce fait, la plupart des plaintes concernaient l'étendue des prestations au terme du contrat (13 cas) ou pendant sa durée (19 cas). Quelques dossiers portaient sur des cas de réticence lors de la conclusion du contrat. Par ailleurs, l'Office de médiation s'est vu soumettre plusieurs demandes liées à la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain où le litige portait sur l'étendue de la couverture. Notre recommandation aux assurés émise lors de l'exercice précédent reste ainsi toujours d'actualité. Les requêtes adressées au bureau décentralisé romand montrent bien à quel point il est important que les personnes assurées investissent suffisamment de temps avant de signer un contrat pour comprendre le produit pour lequel elles optent. De leur côté, les intermédiaires d'assurances doivent faire preuve de transparence dans leurs conseils concernant les prestations garanties et les risques supportés par les assurés.

### **Contacts avec les médias**

Me Johnny Dousse, responsable du bureau décentralisé de Suisse romande, a fait ses premières apparitions dans les médias au cours de l'exercice sous revue. Au début de l'année 2022, il a participé à l'émission télévisée « À bon entendeur », enregistrée en automne 2021. L'émission portait sur l'assurance indemnités journalières en cas de maladie pour les personnes exerçant une activité indépendante. L'occasion pour Me Dousse de rappeler au public à quelles conditions les personnes concernées peuvent faire appel à l'Office de médiation.

Peu après, l'émission radio de la RTS « On en parle » a invité le responsable du bureau décentralisé afin de déterminer si la société « Advisor Swiss Insurance » était une compagnie d'assurances. Il a suffi à Me Dousse de brièvement consulter le site Internet de

la FINMA pour constater qu'il s'agissait d'une entreprise de courtage, c'est-à-dire d'un intermédiaire d'assurances non lié.

### **Secteur LAA**

Le bureau décentralisé s'est vu soumettre 84 dossiers dans le secteur LAA au cours de l'exercice sous

revue, ce qui constitue une baisse par rapport à 2021 (95). Une seule requête a entraîné une intervention, avec une issue qualifiée de neutre. La plupart des cas (63) concernaient comme à l'accoutumée des questions liées aux prestations.

## Autres activités

Pendant le premier trimestre 2022, notre Fondation a suivi avec beaucoup d'intérêt la procédure d'élimination des divergences dans le cadre de la révision de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Le Parlement devait notamment se prononcer par rapport à la proposition du Conseil fédéral de réglementer la médiation dans le domaine de l'assurance privée. Le Parlement a finalement rejeté cette proposition, ce que notre Fondation considère comme une forme de reconnaissance de notre activité de médiation neutre, exercée avec succès et gratuitement accessible aux assurés.

Le 2 juin 2022, notre Fondation a célébré ses 50 ans d'existence en tant qu'Office de médiation de l'assurance privée et ses 20 ans en qualité d'Office de médiation de la Suva. Ce double anniversaire s'est déroulé au siège principal de la Suva, à Lucerne. Placée sous la houlette du président du Conseil de Fondation, cette cérémonie a accueilli des membres actifs et d'anciens membres du Conseil de Fondation de la Fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva », des collaboratrices et collaborateurs de l'Office de médiation, l'ancienne médiatrice en poste pendant de nombreuses années, ainsi que des représentants de l'Association Suisse d'Assurances (ASA) et de la Suva. Parmi les invités se trouvaient par ailleurs de nombreux représentants des assureurs privés affiliés, ainsi que des représentants de la Swiss Insurance Brokers Association (SIBA), de la protection des consommateurs, de l'Ombudsman de l'assurance-maladie et de l'Ombudsman des banques suisses. Cette célébration a été ponctuée par l'intervention de Monsieur Günter Hirsch, ancien président de la Cour fédérale de justice et ancien médiateur des assurances en Allemagne. Vous trouverez de plus amples informations concernant cet événement sur le lien suivant du site Internet de l'ASA : <https://www.svv.ch/fr/secteur/reglementation-et-surveillance/loffice-de-mediation-reflet-de-la-culture-helvetique-de>

Au cours de l'exercice sous revue, le médiateur a de nouveau dispensé un module de cours d'une demi-journée à la Haute École de Lucerne, à l'intention d'étudiants majoritairement dans la filière du travail social et sur le point d'obtenir leur Bachelor. Ce cours vise à montrer aux étudiants à quelles occasions ils peuvent bénéficier du soutien de l'Office de médiation dans leur futur quotidien professionnel, dans le contexte des assurances accidents et indemnités journalières en cas de maladie ; le médiateur leur a aussi expliqué ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes dans ce genre de situation et les points sur lesquels ils doivent se montrer attentifs.

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

Après un ralentissement sensible des contacts internationaux pendant la pandémie, l'Office de médiation a pu reprendre ses activités à ce niveau de manière plus intensive. Enfin, les différents contacts entre les médias et l'Ombudsman ou les responsables des bureaux décentralisés ont été maintenus comme à l'accoutumée.

# Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le président

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a horizontal line and a small upward stroke at the end.

Matthias Michel

L'Ombudsman

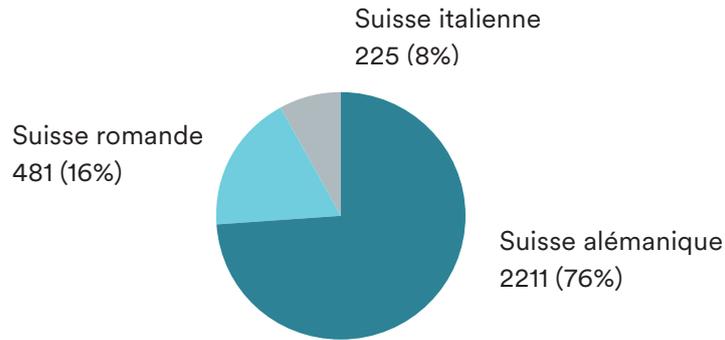
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Lorenzon' in a cursive style.

Martin Lorenzon

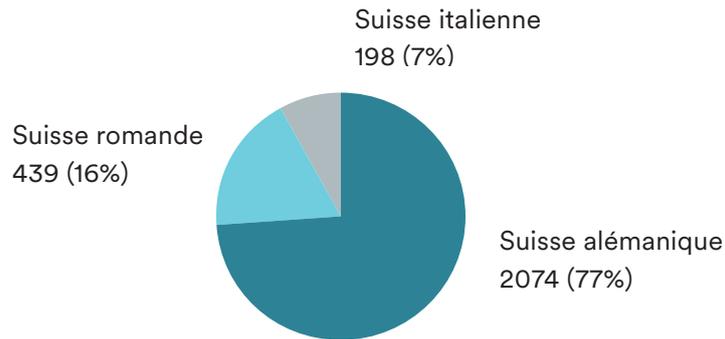
Zurich, Mars 2023

# Les statistiques 2022

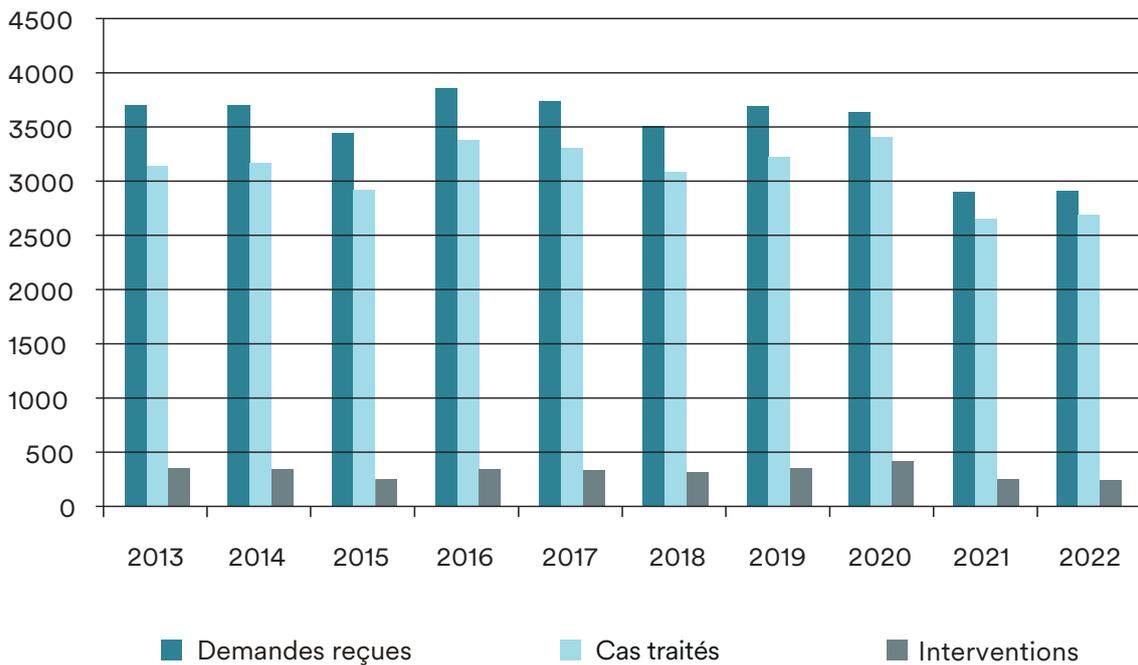
## Statistique par régions : demandes reçues



## Statistique par régions : cas traités



## Activité de 2013 à 2022



# Sociétés affiliées de A à Z

[état au mars 2023]

ACE Assurances (maintenant Chubb Assurances (Suisse) SA)	Hotela (accident seulement: LAA obligatoire, complémentaires LAA facultatives, LCA individuelle, assurance indemnités journ. maladie LCA)
Agrisano Assurances SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)	Império
AIG Europe	Innova (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Alba (act. Helvetia)	K-Tipp Rechtsschutz AG
Allianz Travel (anc. Allianz Global Assistance)	Liberty Specialty Markets
Allianz Suisse	Lloyd's, London, ZN Zurich
Allianz Suisse Vie	La Mobilière
Animalia (=Vaudoise)	La Mobilière Vie
Appenzeller Versicherungen	Mannheimer
Aspecta (act. Youplus Assurance SA)	Nationale Suisse (act. Helvetia)
Assista Protection juridique SA	Nationale Suisse Vie (act. Helvetia Assurance vie)
Assurances des Médecins suisses	Orion
Assurance des Métiers Suisse	Palladio Assurances SA
Assurance Militaire	Pax
AXA ARAG	Phenix (act. Helvetia)
AXA	Protekta
AXA Vie	Rentes Genevoises
Bâloise Compagnie d'Assurances	Retraites Populaires
Bâloise Vie	Sanitas assurance privée SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
CAP Protection juridique	Simpego
Cardif	Skandia Vie SA (act. Youplus Assurance SA)
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire	smile.direct assurances (anc. Coop)
Chubb Assurances (Suisse) SA	Suisse Grêle
Cigna	Suva
Coop Protection juridique	SWICA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
CSS Assurance SA (excepté assurances LAMal, complémentaires et indemnités journalières)	Swiss Life
DAS (act. CAP Protection juridique)	Sympany (excepté assurance LAMal et complémentaires)
Dextra	TAS Assurances SA (anc. TCS Assurances SA)
elipsLife	TCS Assurances SA (act. TAS Assurances SA)
Elvia (= Allianz Suisse)	TSM
Emmental Assurance	UBS Life SA (act. Youplus Assurance SA)
Epona	UNIQA
Européenne Assurances Voyages SA	USS Assurances
Fortuna Protection juridique	Vaudoise Générale
Generali	Vaudoise Vie
Generali Assurance de personnes	Visana Assurance SA (excepté assurances LAMal, complémentaires et indemnités journalières)
Great Lakes Insurance SE, Swiss branch	VZ Pool d'Assurance SA
Groupe Mutuel Assurances GMA SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)	XL Assurance Suisse SA
Groupe Mutuel Vie GMV SA	Youplus Assurance SA (anc. Aspecta)
GVB Assurances privées SA	Zenith Vie (act. Palladio)
Hansemerkur International (Vaduz)	Zurich
HDI Global SE	Zurich Vie
Helsana Accidents SA	
Helsana Protection juridique	
Helvetia (incl. Ex-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)	
Helvetia Vie	

# 22/50

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

Tél: 076 651 41 65

Ombudsman  
der Privatversicherung und der Suva  
Postfach 1063  
8024 Zürich

Tél: 044 211 30 90

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

Tél: 091 967 17 83

[www.ombudsman-assurance.ch](http://www.ombudsman-assurance.ch)

[www.versicherungsombudsman.ch](http://www.versicherungsombudsman.ch)

[www.ombudsman-assicurazione.ch](http://www.ombudsman-assicurazione.ch)

[www.insuranceombudsman.ch](http://www.insuranceombudsman.ch)