

23 / 51

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 1 janvier 2024)

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, ancienne conseillère nationale, Bâriswil
Baptiste Hurni, conseiller aux Etats, Neuchâtel
Barbara Ingold Boner, Suva, responsable traitement des cas, Lucerne
Fabio Regazzi, conseiller aux Etats, Gordola

Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation

Nathalie Garny, avocate, Ombudsman suppléante
Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique
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,

Au cours de l'exercice sous revue, les requêtes et les plaintes dans le secteur de l'assurance accidents ont fortement mobilisé l'Office de médiation, avec une hausse significative de 30,8% des dossiers LAA à la clé, qui sont passés de 561 à 734. Par ailleurs, nous n'avons pas pu traiter certaines demandes parce qu'elles concernaient un assureur accidents non affilié à l'Office de médiation.

Afin de répondre à ce besoin accru des assurés de s'adresser au médiateur, notre Fondation a demandé à l'Autorité fédérale de surveillance des fondations d'étendre nos objectifs. Cette démarche permettra à des assureurs accidents de droit public autres que la Suva de s'affilier à notre Fondation. Nous serons ainsi en mesure de pratiquer notre activité de médiation

pour encore plus de personnes assurées.

L'Autorité fédérale de surveillance des fondations a approuvé la modification de nos statuts en ce sens début janvier 2024.

Je tiens à remercier les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance qu'ils accordent à notre institution. J'en profite aussi pour remercier les collaboratrices et collaborateurs de l'Office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de régler les dossiers 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 2023

Au cours de l'exercice 2023, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'Office de médiation a augmenté de 4,2%, passant de 2711 à 2825.

Dans 2502 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant. Sur 1126 demandes écrites soumises à l'Office de médiation, 323 dossiers ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 28,7%. Le taux de succès des interventions s'est situé dans la moyenne de ces dernières années, avoisinant les 65%. Autrement dit, nous avons pu obtenir une amélioration de la situation des requérants dans les deux tiers de nos interventions.

Comme les années précédentes, les requêtes dans le domaine des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de notre activité, avec 51% des cas. Le secteur de l'assurance accidents obligatoire (LAA) a connu une forte hausse des plaintes et requêtes par rapport à l'exercice précédent, avec des chiffres qui sont passés de 561 à 734 (+30,8%). Les litiges touchaient souvent au lien de causalité entre un accident et les problèmes de santé invoqués, ce qui impose souvent d'étudier des dossiers très volumineux pour pouvoir traiter ce genre de cas.

Le secteur des indemnités journalières en cas de maladie reste pour sa part en tête des demandes nous ayant été soumises dans le domaine de l'assurance privée, avec une hausse de 5,4% des chiffres, passant de 388 à 409. Dans ce domaine, un cas qui s'est avéré difficile à comprendre concernait les pratiques d'un assureur : malgré la convention de libre passage en vigueur entre les assureurs indemnités journalières en cas de maladie, il avait exclu dans ses conditions contractuelles les prestations d'assurance en cas d'incapacité de travail due à des complications liées à la grossesse, si la grossesse avait débuté pendant la durée de l'assurance auprès de l'assureur précédent.

Table de matières

Aperçu de l'exercice 2023

Aperçu global	1
Evolution du nombre de cas	2
Demandes et plaintes ventilées par branche	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	10
- Secteur vie	18
- 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	27

Autres activités

30

Les statistiques 2023

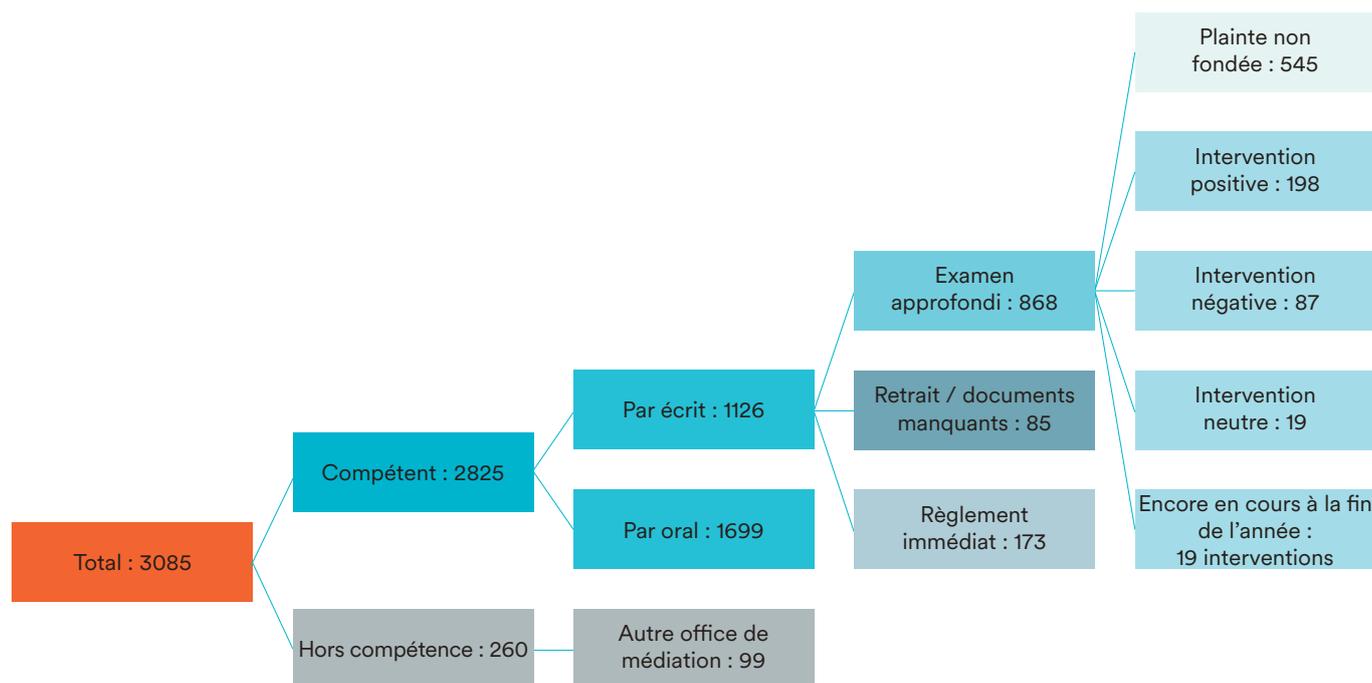
32

Sociétés affiliées

33

Aperçu de l'exercice 2023

Aperçu global



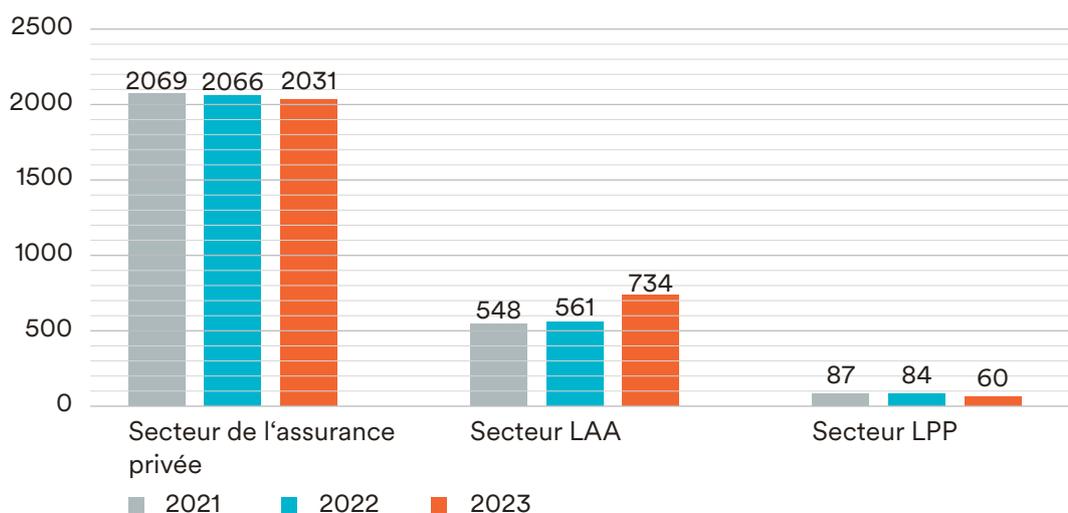
Au cours de l'exercice 2023, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'Office de médiation s'est monté à 3085 (2917 en 2022). Le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté de 4,2%, passant de 2711 à 2825.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'Office de médiation a augmenté, passant de 206 à 260 (+26,2%). 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'assu-

rance-maladie, à des assurances sociales, à des assurances cantonales et étrangères, mais également à des institutions LPP autonomes.

Par ailleurs, sept demandes concernaient des activités de courtage et treize 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.

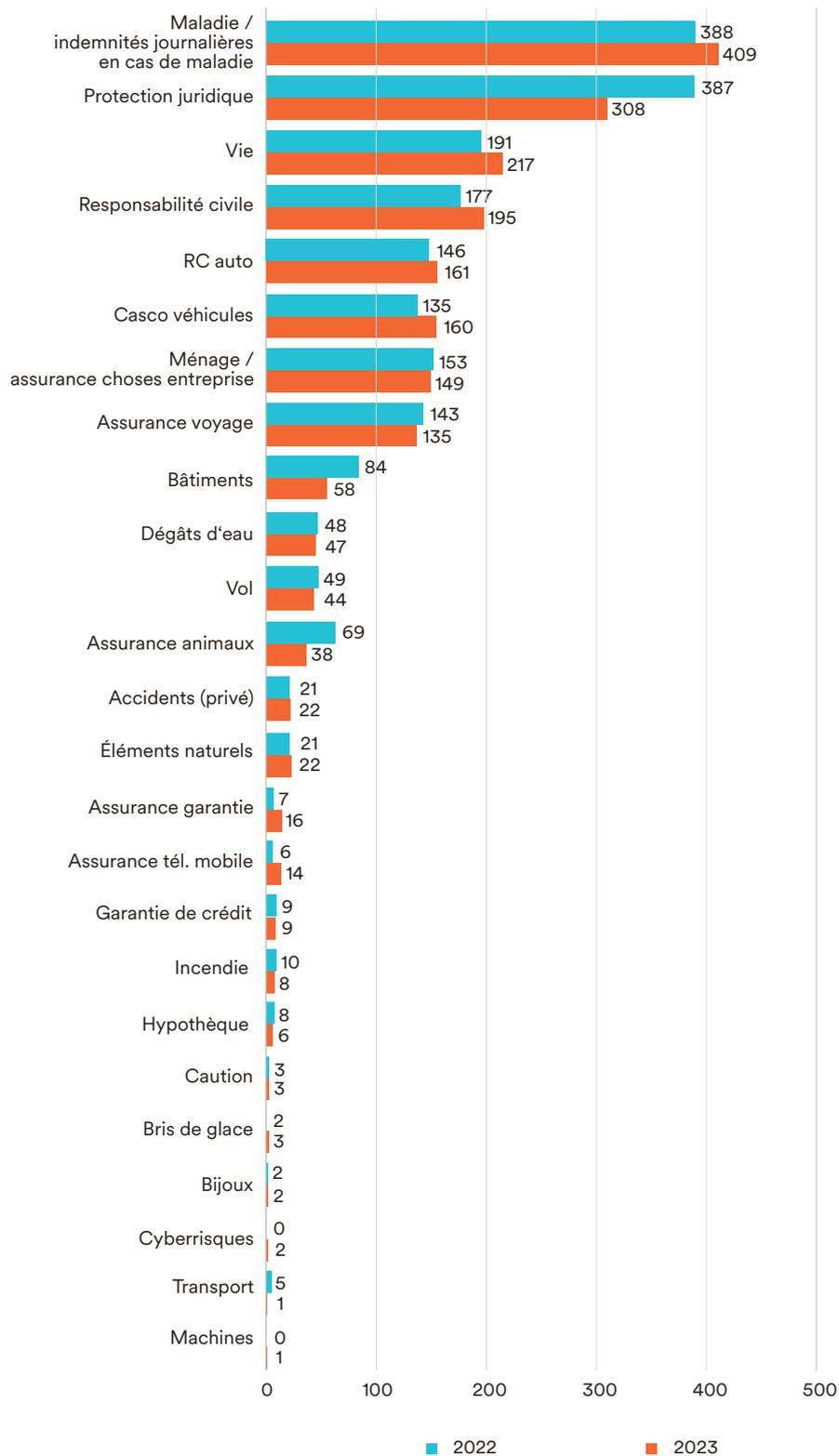
Évolution du nombre de cas



L'augmentation générale des chiffres est essentiellement imputable à la hausse des cas soumis dans le secteur LAA, mais les chiffres ont légèrement baissé dans les secteurs LCA et LPP.

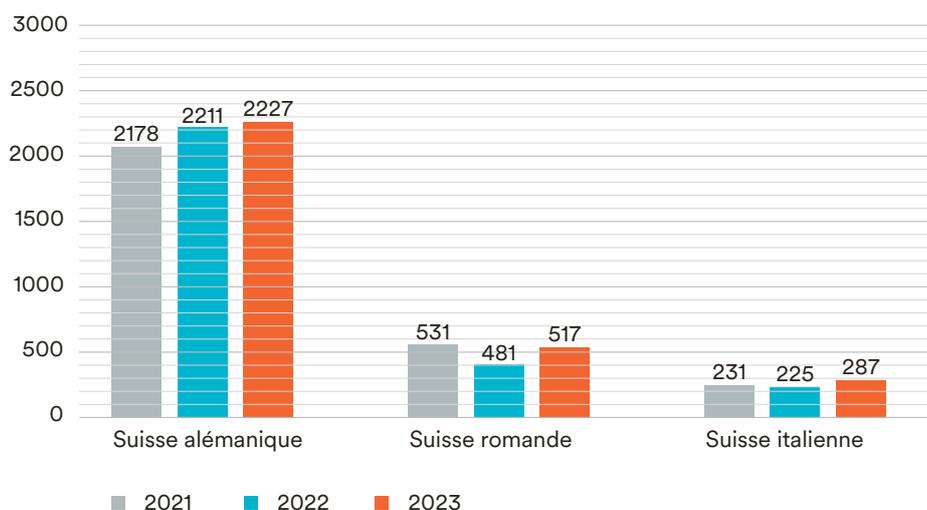
Parmi les dossiers soumis à l'Office de médiation et relevant de son domaine de compétence, 60% étaient des demandes orales. Quant aux demandes soumises par écrit, elles ont de nouveau augmenté par rapport à l'exercice précédent, passant de 1030 à 1126 (+9,3%).

Demandes et plaintes ventilées par branche / domaine LCA

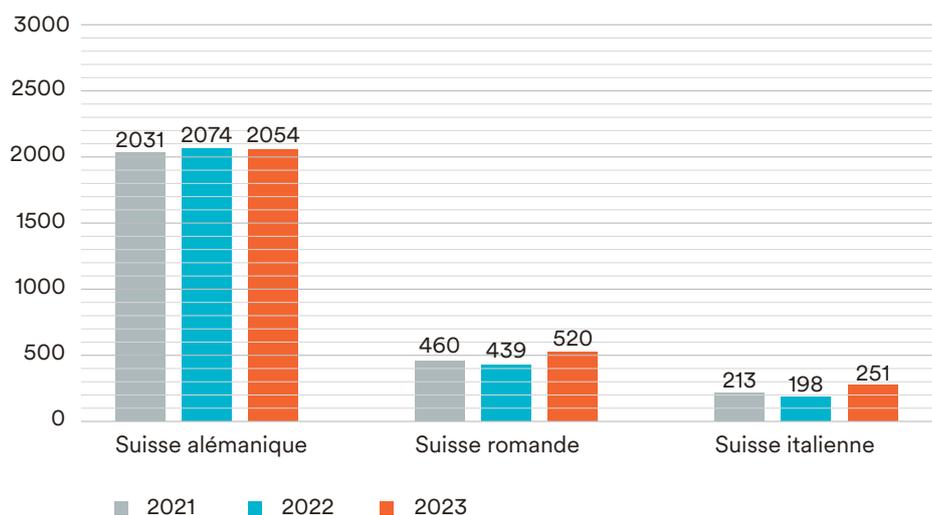


Ventilation des demandes selon les régions linguistiques

Total des demandes reçues



Demandes dans le champ de compétences



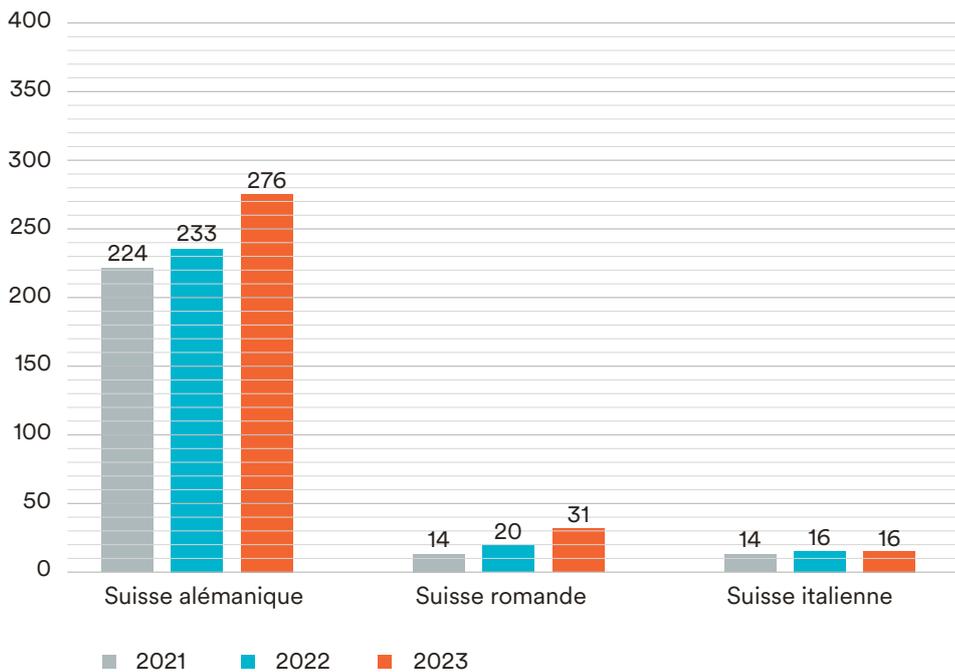
La hausse du nombre de cas relevant de notre compétence par rapport à l'exercice précédent (+4,2%, de 2711 à 2825) a essentiellement concerné les régions

francophones (+18,4%) et italophones (+26,7%) de la Suisse. Les dossiers soumis au siège principal de Zurich ont pour leur part légèrement diminué (-0,9%).

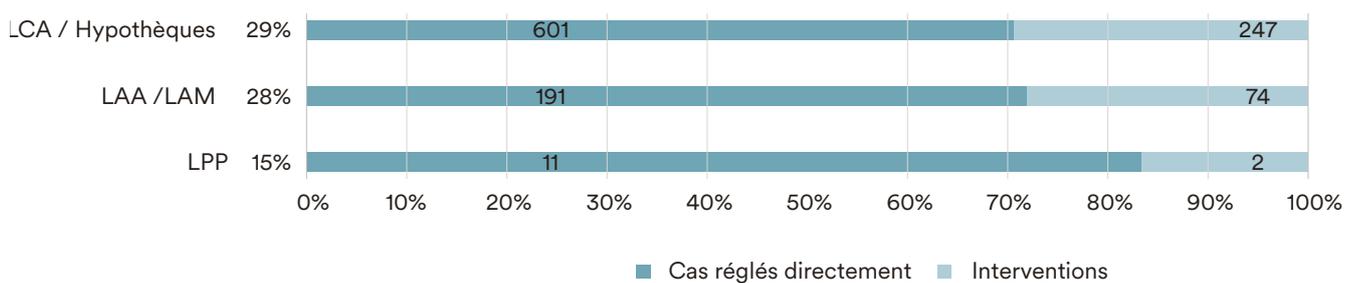
Interventions

Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 269 à 323, avec une politique d'intervention identique (+20%). 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.

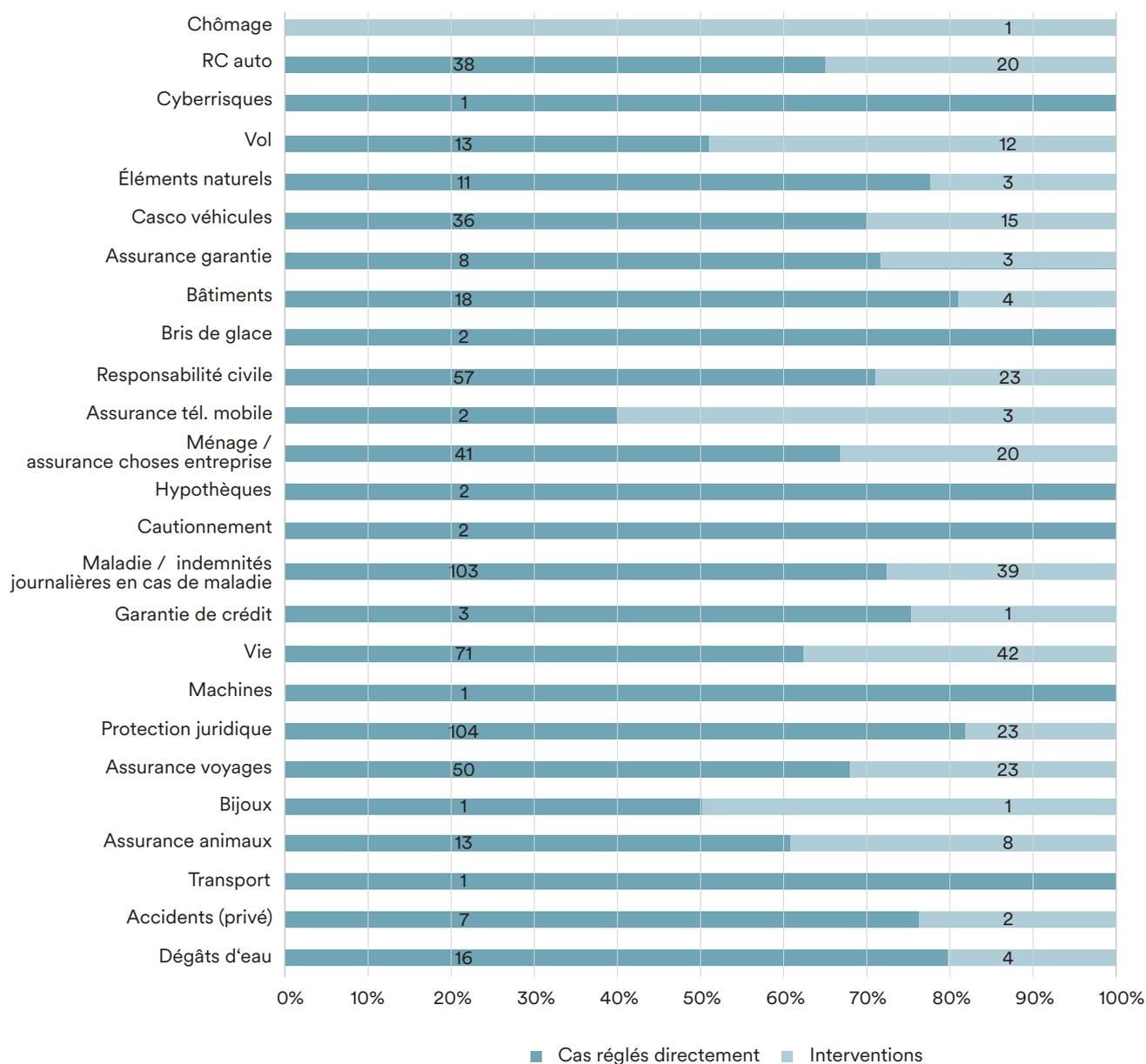
Interventions chiffrées



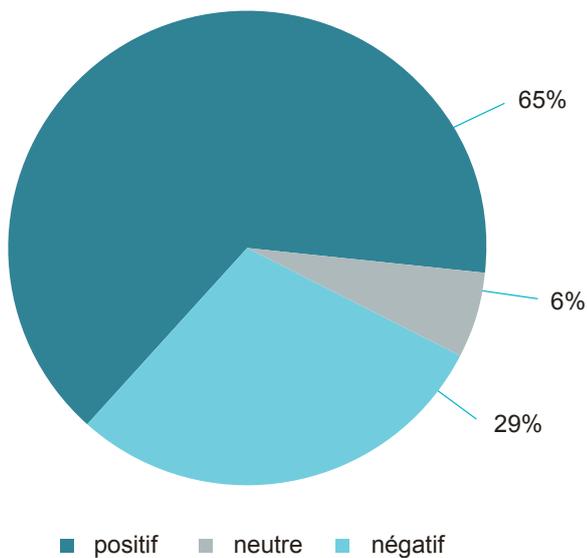
Taux d'intervention (sans les requêtes réglées par téléphone)



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 304 (254) interventions clôturées à fin 2023 a été positif dans 198 cas (167) et négatif dans 87 cas (70). Dans 19 cas (17), le résultat a été enregistré comme neutre. Il faut ajouter à ces chiffres 19 cas ayant nécessité une intervention et qui n'étaient pas encore réglés fin 2023.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent environ 65% (66%).

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 plupart des cas, la collaboration avec les compagnies d'assurances a le plus souvent bien, voire très bien fonctionné.

La collaboration dépend essentiellement du travail des interlocuteurs du médiateur auprès des assureurs. Dans la plupart des compagnies d'assurances, le médiateur dispose d'un interlocuteur direct attitré et membre de la direction. Ce principe a fait ses preuves depuis des décennies, avec l'avantage que, du côté de l'assureur, c'est un décideur doté des compétences nécessaires qui traite le cas que nous lui soumettons. Cela vise aussi à garantir que l'affaire sera réexaminée au sein de la compagnie d'assurances par une personne qui n'aura pas encore été impliquée dans le traitement du cas, c'est-à-dire avec un regard neuf, neutre et aussi impartial que possible.

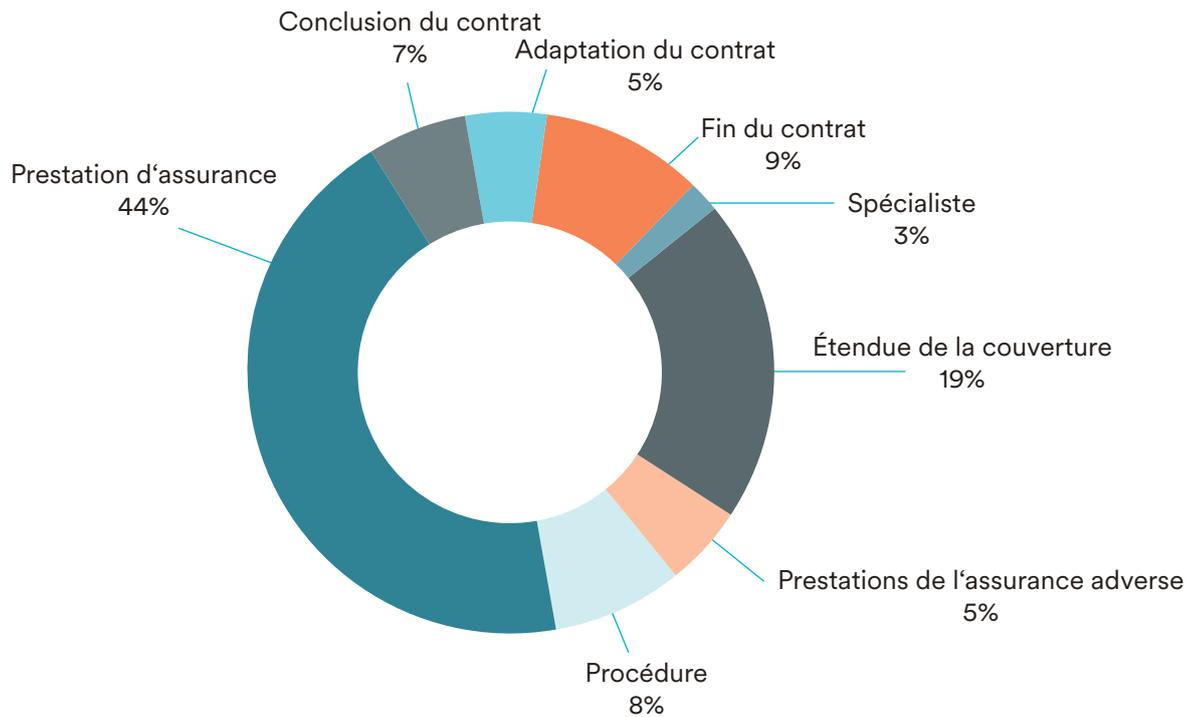
Dans la majorité des cas, la qualité des prises de position était probante et cohérente. La collaboration avec les assureurs ne s'est révélée insatisfaisante que dans quelques cas isolés, par exemple lorsque les prises de position ont été émises de façon trop schématique ou sans se référer suffisamment au dossier en question.

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.). Le médiateur espère continuer à voir cette situation s'améliorer, notamment lorsque les assurés se plaignent de la durée excessive du traitement d'un sinistre. Dans ce genre de cas, il est primordial que l'assureur réponde dans les meilleurs délais s'il souhaite rétablir la confiance de sa clientèle, déjà mise à l'épreuve.

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

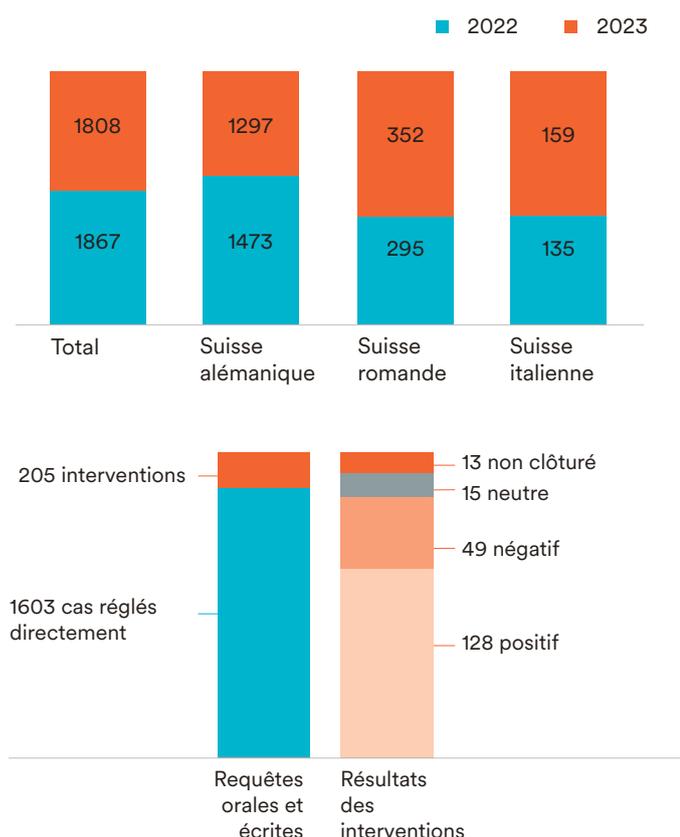
Le secteur des assurances privées



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 et le terme du contrat, les plaintes liées à la procédure et l'adaptation du contrat d'assurance.

À noter que si le requérant est représenté par un spécialiste, cela signifie qu'il bénéficie déjà d'un « accès au droit » ; le cas échéant, l'Ombudsman n'est pas en mesure de (continuer à) traiter le dossier faute de compétence.

Secteur non-vie



Bien que le nombre de plaintes et requêtes soumises à l'Office de médiation ait augmenté dans certains domaines du secteur non-vie, les chiffres ont baissé de 3,1% par rapport à l'exercice précédent, passant de 1867 à 1808.

Casco véhicules : les sinistres liés à des mesures prises par précaution ne relèvent pas de la couverture d'assurance générale de l'assurance dommages naturels.

Un dossier, plutôt atypique, nous a été soumis concernant un assuré qui séjournait en Croatie pour ses

vacances. Au début du mois d'août 2023, suite à une alerte météo régionale (niveau rouge), il a voulu protéger sa voiture de la grêle annoncée en la recouvrant de couvertures en laine. Malheureusement, vu qu'il avait coincé les couvertures dans les portières de son véhicule, de l'eau s'est infiltrée dans l'habitacle. Le lendemain, le système électronique de la voiture affichait différents dysfonctionnements, ce qui a incité son représentant automobile local à lui déconseiller de rentrer en Suisse avec le véhicule en question. L'assuré a fait donc rapatrier sa voiture en Suisse, avant de déclarer le sinistre à son assurance véhicules à moteur. Cette dernière a refusé de prendre en charge le sinistre au motif qu'il ne s'agissait pas d'un événement assuré.

Après avoir examiné le dossier, le médiateur a été obligé d'informer l'assuré que, conformément aux conditions générales d'assurance (CGA), seules les conséquences directes d'un phénomène naturel sont couvertes, ce qui inclut les tempêtes avec des vents dépassant les 75 km/h, la grêle, les crues et les inondations.

L'assuré n'était pas en mesure de fournir d'éléments prouvant les chutes de grêle cette nuit-là, mais même si cela avait été le cas, il n'aurait pas pu prouver à son assureur que le dégât d'eau causé au véhicule était une conséquence directe du phénomène naturel, sachant qu'il ne s'était pas produit directement, sans intervention intermédiaire, mais en raison des couvertures coincées dans les portières.

Comme le dégât d'eau dans l'habitacle constituait une conséquence indirecte des intempéries, le médiateur n'a pas pu intervenir auprès de l'assureur en raison de la neutralité de sa fonction. Cela dit, l'évolution de ce dossier était insatisfaisante pour l'Office de médiation aussi au vu des mesures visant à prévenir les dommages prises par l'assuré, mais qui avaient fini par provoquer un sinistre. L'assuré étant dans l'incapacité de prouver les chutes de grêle de la nuit en question, force était

de constater qu'il n'y avait aucune marge de manœuvre pour le médiateur, qui aurait alors pu faire valoir que les mesures prises par l'assuré avaient empêché les dégâts de la grêle, couverts par la police d'assurance. Cet élément aurait alors justifié une participation de l'assureur au dégât d'eau par souci d'équité.

Assurance responsabilité civile véhicules à moteur pour véhicules agricoles : l'utilisation d'un véhicule alors que les plaques de contrôle ont été déposées peut poser problème.

Au cours de l'exercice sous revue, le médiateur a traité un dossier montrant que certains agriculteurs ignorent où ils peuvent utiliser leur véhicule agricole après dépôt des plaques. Dans ce cas concret, il s'agissait d'un agriculteur basé en montagne, qui avait déposé les plaques de son véhicule agricole auprès du service des automobiles pour les mois d'hiver 2022/2023. Un jour où il s'apprêtait à sortir de sa grange avec sa fourgonnette, il a écrasé le chien d'une connaissance, qui a dû être emmené chez le vétérinaire pour une fracture de sa patte. L'assureur responsabilité civile véhicules à moteur du requérant a refusé de participer aux frais de vétérinaire d'environ CHF 4000.- parce que, d'après la déclaration de sinistre, l'accident avait eu lieu devant la grange, sur la voie publique.

L'assuré s'est donc adressé à l'Office de médiation, précisant dans sa requête que, compte tenu des conditions d'enneigement dans cette région montagneuse, bon nombre d'exploitations agricoles déposaient les plaques de contrôle des véhicules professionnels pendant l'hiver. C'est précisément ce qu'il avait fait, lui aussi, non sans s'être préalablement informé à ce sujet auprès de la police routière. Il a en outre ajouté que son assureur ne l'avait jamais informé que les sinistres survenant sur son propre terrain n'étaient couverts ni par l'assurance véhicules, ni par l'assurance entreprise.

En examinant le dossier, l'Office de médiation a remarqué que, dans sa déclaration de sinistre, l'assu-

ré avait omis de préciser le lieu concret où l'accident s'était produit, se contentant d'indiquer qu'il avait eu lieu sur son terrain.

Le médiateur est intervenu auprès de l'assureur, arguant que ce dernier devait accorder la couverture d'assurance si l'accident s'était déroulé dans la grange, puisque l'assuré n'avait pas emprunté la voie publique, le cas échéant.

Dans son intervention, le médiateur a également souligné que de nombreux agriculteurs semblent ne pas connaître le sens concret des voies et des zones « publiques » dans le cadre de l'utilisation de leurs véhicules agricoles sur leur terrain. Ils ignorent également les conséquences d'un dommage causé à un tiers avec un véhicule agricole non immatriculé et se produisant sur le terrain de la ferme ou sur des tronçons situés dans une propriété privée. Conformément à l'art. 1, al. 2 OCR, les routes qui ne servent pas exclusivement à l'usage privé sont considérées comme publiques. Ce qui laisse supposer que de nombreux assurés ignorent aussi qu'il est interdit d'utiliser un véhicule agricole avec plaques déposées sur ce type de route privée, ne serait-ce que sur quelques mètres, pour rejoindre, par exemple, un champ et y effectuer des travaux. Par conséquent, le médiateur a proposé à l'assureur de répondre favorablement à la prise en charge des frais de traitement du chien blessé, mais aussi de compléter les informations fournies en vertu de l'art. 3 LCA avant la signature du contrat et d'informer donc les preneurs d'assurance des conséquences liées au dépôt des plaques pendant l'hiver.

Après avoir réexaminé le cas, l'assureur a présenté ses excuses pour avoir mal interprété les faits. Il a indiqué au médiateur qu'il allait contacter le détenteur de l'animal afin de déterminer la quote-part de responsabilité. Il a par ailleurs annoncé qu'il envisageait une éventuelle adaptation des informations précontractuelles à fournir.

Recommandation aux agriculteurs titulaires d'une assurance véhicules à moteur

Avant d'éventuellement déposer les plaques de vos véhicules agricoles pendant l'hiver, vérifiez si vous devez circuler sur des tronçons de route ou des surfaces qui ne servent pas exclusivement à l'usage privé pour le bon fonctionnement de votre exploitation.

Recommandation aux assureurs de véhicules agricoles à moteur

Vous pouvez envisager d'élargir les informations pré-contractuelles à fournir aux preneurs d'assurance en vertu de l'art. 3 LCA et de mentionner les conséquences liées au dépôt saisonnier des plaques des véhicules agricoles.

Assurance responsabilité civile privée : droit d'action directe en vertu de l'art. 60, al. 1bis LCA

Nous avons traité quelques dossiers en lien avec la révision partielle de la LCA entrée en vigueur au 1er janvier 2022, et plus particulièrement avec le droit d'action directe en vertu de l'art. 60, al. 1bis LCA.

L'un de ces cas nous a été soumis par un couple. Alors qu'une construction était en cours sur la parcelle voisine, un conducteur de l'entreprise de construction a embouti la clôture adjacente du terrain du couple, provoquant un dommage conséquent. L'assureur responsabilité civile d'entreprise de l'entreprise de construction s'est déclaré disposé à prendre en charge le dommage, moyennant la déduction de la franchise de CHF 1000.-. Quant à la question de la franchise, l'assureur a renvoyé le couple à l'entreprise de construction.

En désaccord, les deux personnes lésées ont vainement tenté de trouver un terrain d'entente avec l'assureur adverse, avant de s'adresser à l'Office de

médiation. Dans leur plainte, elles ont affirmé que le droit d'action directe existant depuis la dernière modification de la loi devrait aussi s'appliquer à la franchise, comme pour la réglementation des cas de RC véhicules à moteur, en ajoutant que les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance responsabilité civile d'entreprise concernée n'étaient pas suffisamment claires à cet égard.

Après avoir examiné le dossier, le médiateur a été obligé de répondre aux deux requérants qu'il partageait le point de vue de l'assureur, conforme à la réglementation légale en vigueur de l'art. 60, al. 1bis LCA : « Le tiers lésé ou son ayant cause possède un droit d'action directe envers l'entreprise d'assurance, dans le cadre d'une couverture d'assurance existante et sous réserve des objections et exceptions que l'entreprise d'assurance peut lui opposer en vertu de la loi ou du contrat. » Le médiateur a également informé les requérants que l'assureur pouvait faire valoir les bases contractuelles des CGA en vertu desquelles il peut verser la franchise aux personnes lésées, mais n'y est pas obligé.

Il a précisé, pour finir, que le droit d'action directe selon l'art. 65 LCR (loi sur la circulation routière) est soumis à des règles différentes dans la mesure où l'assureur RC véhicules à moteur n'est pas autorisé à opposer des exceptions ni des objections fondées sur le contrat d'assurance ou la LCA.

Conclusion : l'introduction du droit d'action directe dans la LCA ne signifie pas que l'assureur doit verser à la personne lésée une indemnité plus élevée que celle qu'il devrait verser à ses propres assurés si ces derniers réclamaient une indemnisation pour un dommage causé par eux-mêmes.

Assurance ménage : un dégât d'eau sur une moquette concerne-t-il l'inventaire du ménage ou une partie intégrante du bâtiment ?

Au cours de l'exercice sous revue, que ce soit pour les assurances de personnes ou pour les assurances choses, nous avons traité plusieurs dossiers impliquant deux assureurs différents qui désignaient chacun l'autre assureur comme tenu de verser les prestations.

L'un de ces dossiers concernait le propriétaire d'une maison individuelle. Aux toilettes du rez-de-chaussée, un boulon du réservoir de la chasse d'eau s'est fendu en deux, provoquant une fuite d'eau qui a débordé du réservoir, avant de gagner l'entrée de la maison, la cuisine, le salon, l'escalier de la cave et la cave.

Le propriétaire était assuré auprès d'un assureur immobilier cantonal pour les dégâts d'eau du bâtiment et d'un assureur privé pour les dommages causés à l'inventaire du ménage. Ces assureurs étaient en désaccord pour déterminer lequel des deux devait prendre en charge les frais des dommages causés à la moquette par l'événement assuré. L'assurance immobilière cantonale désignait l'assureur inventaire du ménage parce que la moquette en question était posée sans être fixée au sol. De son côté, l'assureur inventaire du ménage estimait que la moquette faisait partie du bâtiment et n'était donc pas incluse dans l'inventaire du ménage.

En désaccord avec cette vision des choses, le propriétaire de la maison s'est donc adressé à l'Office de médiation. Après examen de la situation, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur inventaire du ménage en lui indiquant que, du point de vue des droits réels, une moquette posée au sol, mais non fixée, n'était pas un élément constitutif du bâtiment, ni même un objet faisant partie de l'équipement de base du bâtiment, comme c'est par exemple le cas de la porte d'une chambre, qui peut facilement être sortie de ses gonds. À plus forte raison dans un cas comme celui-ci, où la

moquette a été simplement posée sur le parquet, sans être collée au sol.

Le médiateur a également mis en doute l'appartenance fonctionnelle de la moquette au bâtiment puisque, d'après les déclarations de l'assuré, elle était posée au sol, mais seulement jusqu'à la paroi murale, et ne passait pas sous ce meuble pour arriver jusqu'au mur. C'est notamment pour cette raison que la moquette ne faisait pas partie du bâtiment au niveau fonctionnel et qu'il s'agissait plutôt d'un bien meuble. Ce cas de figure peut être comparé à celui d'un petit meuble de rangement de salle de bain, conçu de manière à se glisser facilement sous le lavabo et qui, en cas de déménagement, peut être déplacé dans le nouveau logement.

Le médiateur a par ailleurs souligné que cette moquette non fixée au sol faisait partie de l'inventaire du ménage selon la définition de cette notion énoncée dans les CGA : « L'inventaire du ménage comprend tous les biens mobiliers à usage privé, notamment ceux qui sont affectés à l'habitation. » Cela dit, le cas présent pouvait tout à fait être considéré comme un cas limite. Dans son intervention, le médiateur a néanmoins demandé si, pour les raisons susmentionnées, l'assureur inventaire du ménage ne pouvait pas faire des concessions ou, du moins, se concerter avec l'assureur immobilier cantonal et trouver une solution commune pour éviter à l'assuré de se retrouver en fâcheuse posture.

Après avoir réexaminé le cas, l'assureur inventaire du ménage a concédé qu'il s'agissait bel et bien d'un cas limite, qui ne devait pas être tranché en défaveur de son preneur d'assurance. Le sinistre survenu serait donc réglé dans ce sens.

Assurance voyages : les certificats médicaux trop imprécis et visant à annuler un voyage posent régulièrement problème si la personne souffrait déjà d'ennuis de santé au moment de la réservation.

Souvent, les problèmes rencontrés avec l'assurance voyages découlent du manque de précision des certificats médicaux attestant l'incapacité de voyager d'une personne assurée. L'un des dossiers nous ayant été soumis concernait une assurée qui, en décembre 2022, avait réservé un voyage au Kenya prévu en mai 2023 pour elle-même, son époux et ses beaux-parents. Deux jours avant le départ, elle a été obligée d'annuler ce voyage, le reportant au mois de septembre 2023, avec, à la clé, des frais d'environ CHF 11 900.-.

Son assurance voyages a refusé la prise en charge de ces frais d'annulation, arguant que l'assurée avait déjà des problèmes de santé au moment de la réservation. Le couple assuré n'était pas d'accord avec ce point de vue. Pour se justifier, l'assureur a invoqué ses CGA, qui stipulent que l'assurance voyages ne couvre pas les événements déjà en cours ou manifestes lors de la conclusion de l'assurance ou au moment de la réservation du voyage. Demeurent réservées les dispositions relatives à une aggravation aiguë et inattendue d'une maladie chronique. Les arguments de l'assureur portaient en premier lieu sur la maladie de l'épouse, mais sans tenir compte du fait que ses légers problèmes de santé au moment de la réservation n'étaient pas à l'origine de l'annulation du voyage. L'assureur s'appuyait sur une communication non datée d'un médecin qui n'indiquait pas clairement à quelle maladie se rapportaient les troubles de l'épouse assurée au moment de la réservation du voyage, ce qui explique vraisemblablement son erreur.

Après s'être adressée à l'Office de médiation, l'assurée a précisé qu'elle avait procédé à cette annulation en raison d'une autre maladie, sans compter que son époux avait lui aussi dû être hospitalisé peu avant le voyage prévu.

Suite aux recommandations du médiateur, elle a fourni d'autres certificats médicaux indiquant que les légers troubles de la santé (maladie thyroïdienne en phase de régression) de l'assurée lors de la réservation n'étaient pas liés à la maladie qui avait entraîné l'annulation du voyage à la mi-mai ; d'autre part, ces certificats attestaient aussi que l'assurée ne pouvait pas avoir de signes ni de soupçons concernant une tumeur surrenale au moment où elle a réservé son voyage, cette tumeur n'ayant été diagnostiquée qu'au printemps 2023. Les autres certificats médicaux ont également permis à l'assurée de prouver que, certes, son époux souffrait d'une maladie pulmonaire depuis sa naissance, mais que son état de santé était stable depuis des années et dénué de toute invalidité. L'infection aiguë apparue en mai 2023 qui avait nécessité une hospitalisation n'était donc pas prévisible.

Après avoir réexaminé le dossier, l'assureur voyage a fini par se montrer conciliant ; il a ainsi indemnisé les frais d'annulation invoqués pour l'assurée et son époux. Quant aux beaux-parents, ils ne bénéficiaient pas d'une couverture via la police de l'assurée puisqu'ils ne vivaient pas sous le même toit qu'elle.

Recommandation aux assurés

1. Les personnes touchées par une maladie chronique devraient consulter leur médecin traitant avant de réserver un voyage pour déterminer si elles sont aptes à voyager. Le cas échéant, elles ne doivent pas hésiter à demander un certificat attestant de leur capacité à voyager au moment de la réservation.
2. Enfin, si une personne se voit dans l'obligation d'annuler un voyage pour des raisons médicales, elle devrait aussi faire établir un certificat indiquant le diagnostic émis par le médecin.

Assurances vol : les personnes détenant un vélo onéreux ou un vélo électrique ont tout intérêt à vérifier leur situation en matière d'assurance.

Ces dernières années, il arrive de plus en plus souvent que les détenteurs de vélos se plaignent des assureurs inventaire du ménage lorsque ces derniers n'acceptent qu'une indemnisation partielle en cas de vol de vélo.

Dans l'un de ces cas, un assuré s'est adressé à l'Office de médiation après que son vélo lui a été dérobé dans le local à vélos commun d'un lotissement de maisons mitoyennes. Dans sa plainte, il a expliqué que son assureur inventaire du ménage ne lui accordait qu'une indemnisation de CHF 2000.- alors que son vélo électrique avait une valeur de CHF 4000.-. L'assuré considérait qu'il avait subi un vol au domicile puisque le local à vélos était situé à seulement sept mètres de sa porte d'entrée et qu'il faisait partie intégrante de la maison, conformément au registre foncier.

Lors de l'examen du dossier en question, le médiateur a constaté qu'il s'agissait d'un local qui ne fermait pas à clé et qui permettait aussi d'accéder à l'abri antiaérien. Comme l'assuré l'a confirmé, cet abri est accessible au public et il n'y avait par conséquent pas de traces d'effraction. D'après les conditions générales d'assurance (CGA), on parle de vol simple lorsqu'il n'y a ni vol avec effraction, ni détournement. Pour qu'il y ait vol avec effraction, il aurait fallu que l'on retrouve des traces d'effraction et que l'auteur du vol s'introduise par la force dans le bâtiment ou dans le local.

Le médiateur a donc été obligé d'informer la personne concernée que sa police d'assurance prévoyait une couverture maximale de CHF 2000.- pour le vol simple hors du domicile. Car il s'agissait bien d'un vol simple hors du domicile, même si le local à vélos se trouvait sur le terrain des villas mitoyennes où l'assuré occupe lui-même une des maisons. En effet, ce lo-

cal constituait non seulement un espace libre d'accès, mais il n'était en outre pas situé au numéro de maison indiqué sur la police d'assurance et couvert par celle-ci. L'Office de médiation n'était donc pas en mesure de contester la position de l'assureur sur le plan juridique.

Recommandation aux détenteurs de vélos onéreux (vélos électriques compris)

Avec l'aide de votre conseiller en assurance, assurez-vous que la couverture liée au vol est suffisante et adaptée à la valeur à neuf du vélo. Vérifiez aussi que le garage souterrain commun ou éventuellement le local à vélos commun fait bien partie du lieu de risque assuré.

Assurances animaux : conflit d'interprétation concernant l'application de la réglementation de la franchise

Au cours de l'exercice sous revue, le nombre de requêtes concernant les assureurs animaux ont de nouveau fortement baissé, passant de 69 à 38. Plusieurs dossiers ont porté sur l'application de la réglementation contractuelle de la franchise par l'assureur. L'un de ces cas avait trait aux prestations d'assurance liées aux mesures de prévention et de dépistage.

La requérante a contacté l'Office de médiation en expliquant avoir effectué trois consultations de prévention et de dépistage en 2022 pour son chien, pour un montant total de CHF 995.65. Dans le cadre du règlement du sinistre, son assureur avait appliqué les conditions d'assurance conformément à son interprétation, c'est-à-dire en déduisant d'abord la franchise de CHF 200.- de sa prestation maximale de CHF 300.-, puis en versant une indemnisation de 90%. Dans le cas de cette assurée, l'indemnisation s'élevait ainsi à seulement CHF 90.-.

En désaccord avec cette interprétation, la requérante comprenait les conditions d'assurance autrement :

après déduction de la franchise de CHF 200.- sur ces frais de CHF 995.65, l'assureur devrait verser 90% du montant restant, dans la limite de la prestation maximale de CHF 300.-.

Le médiateur comprenait pleinement la plainte de l'assurée. Selon sa police, la franchise annuelle se montait à CHF 200.- pour son chien assuré, et la prise en charge assurée à 90%. Les conditions complémentaires (CC) de la police prévoyaient en outre que les frais de prévention et de dépistage (vaccins, castration, stérilisation, traitements vermifuges, etc.) ou les compléments alimentaires prescrits par le vétérinaire étaient couverts, déduction faite de la franchise choisie, jusqu'à un montant maximal de CHF 300.- par année d'assurance.

Après une intervention auprès de l'assureur, suivie d'un échange à propos du dossier en question, l'assureur s'est montré conciliant et a remboursé à l'assurée la différence entre l'indemnisation préalablement versée et le montant maximal de CHF 300.-.

Secteur des indemnités journalières en cas de maladie

Après avoir reculé au cours des exercices précédents, les chiffres ont de nouveau augmenté dans le secteur des indemnités journalières en cas de maladie, passant de 388 à 409. Comme à l'accoutumée, 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. En général, la gestion des dossiers est compliquée en raison des avis médicaux divergents concernant l'incapacité de travail ou le taux invoqué de l'incapacité de travail. L'Office de médiation ne disposant pas de personnel médical en son sein, nous sommes souvent dans l'obligation de demander aux assurés de contacter leur médecin spécialiste afin de faire établir un nouveau certificat motivé concernant l'incapacité de travail ; le médecin doit aussi se pronon-

cer sur les conclusions émises par le service du médecin-conseil de l'assureur.

L'un des dossiers nous ayant été soumis était moins complexe que d'autres, mais tout aussi important. Il concernait un assuré qui est tombé malade (maladie psychique) en juin 2022, alors qu'il était salarié auprès d'un commerçant de détail. L'assureur indemnités journalières maladie a commencé par verser les prestations contractuelles, avant d'informer l'assuré en février 2023 que le médecin-conseil de la compagnie d'assurances n'avait pas constaté d'indication justifiant un traitement par un médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ou toute autre forme de thérapie. Pour des raisons de sécurité, il n'était toutefois pas question que l'assuré retourne à son poste de travail initial de chauffeur poids lourds. Toujours d'après le médecin-conseil, depuis le moment où il l'avait examiné (fin janvier 2023), l'assuré avait recouvré sa pleine capacité de travail pour effectuer des tâches peu exigeantes en matière de compétences cognitives (par exemple une activité dans les entrepôts). Comme il devait cesser son activité de chauffeur de machines lourdes et se réorienter professionnellement, l'assureur allait continuer à lui verser des indemnités journalières au plus tard jusqu'à la mi-mai.

En désaccord avec ce point de vue, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation mi-avril 2023, précisant notamment qu'il suivait un traitement hospitalier stationnaire en psychiatrie depuis la mi-février 2023.

Après avoir étudié le dossier soumis par le requérant, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur indemnités journalières maladie. Il l'a informé concernant le traitement hospitalier stationnaire et lui a transmis un nouveau rapport des médecins traitants attestant que l'assuré avait toujours des idées suicidaires et qu'il se conformait désormais à la médication qui lui était prescrite, ce qui n'était pas le cas auparavant. En outre, l'assuré s'était vu poser un nouveau diagnostic concernant un trouble de la personnalité (trouble de dépendance

et de paranoïa), qui allait compliquer les pronostics en matière de prestations.

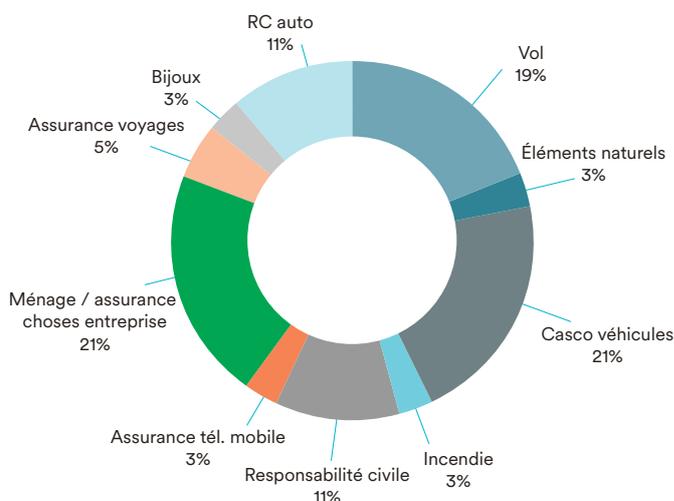
Le médiateur a donc demandé à l'assureur de déterminer si, compte tenu du rapport médical en sa possession, il ne pouvait pas continuer à verser les indemnités journalières de maladie au moins pendant la durée du séjour en clinique, d'autant plus qu'un nouveau diagnostic avait été émis et que l'assuré ne pouvait pas reprendre une nouvelle activité professionnelle durant son hospitalisation.

Après avoir réexaminé le dossier, l'assureur a reconnu son obligation de continuer à verser des prestations à partir de mi-mai 2023, pendant toute la durée du séjour stationnaire en clinique psychiatrique, précisant qu'il versait ces indemnités journalières en vertu des certificats médicaux établis par la clinique. À sa sortie de la clinique, l'assuré devait ensuite immédiatement en informer son assureur. Si, contre toute attente, l'assuré se trouvait en incapacité de travail à sa sortie de la clinique psychiatrique, il devrait alors fournir spontanément à l'assureur un rapport médical détaillé, établi par un spécialiste et justifiant cette incapacité de travail.

Secteur de la protection juridique

Après une forte hausse en 2022, les plaintes et requêtes ont de nouveau connu un recul significatif au cours de l'exercice 2023, passant de 387 à 308.

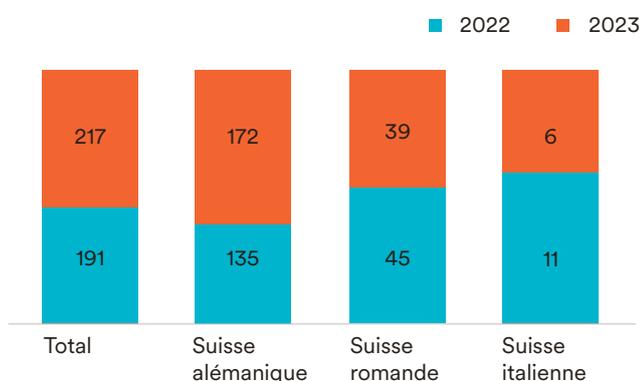
Système d'informations et de renseignements (HIS) des compagnies d'assurances suisses / Vue d'ensemble par secteurs



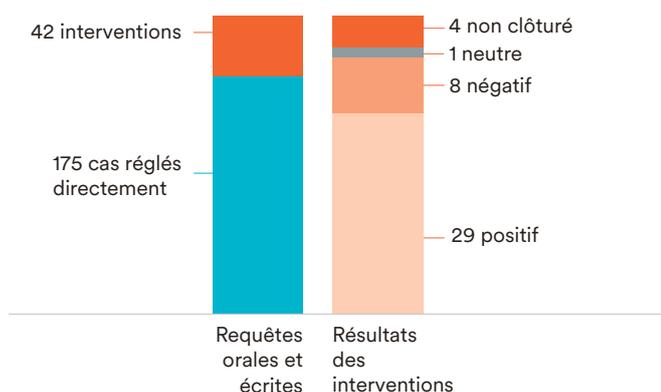
Au cours de l'exercice sous revue, les plaintes adressées à l'Office de médiation à propos des inscriptions dans le HIS ont augmenté, passant de 27 à 37, avec sept demandes soumises par oral et trente par écrit. Dans la majorité des cas, nous n'avons pas pu contester juridiquement la position de l'assureur 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). L'un des dossiers soumis à ce sujet figure dans le chapitre consacré au bureau décentralisé de Suisse italienne.

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2023, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a augmenté (de 191 à 217).



Seuls 42 cas (19) ont donné lieu à une intervention, avec un taux de succès de 76%.



Comme lors de l'exercice précédent, 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.

3. Les divergences quant au montant et à la durée des prestations en cas d'incapacité de gain.

Informations lacunaires lors de la conclusion du contrat : afin que le preneur d'assurance puisse évaluer les risques, il est fondamental de lui fournir des exemples de calcul, exigés dans la circulaire de la FINMA 2016/6, Cm 154-157, indiquant aussi les valeurs de rachat et l'évolution future possible de la valeur des parts (pour les assurances vie liées à des participations).

L'une des requêtes faisant état d'un conseil lacunaire lors de la conclusion du contrat concernait un jeune homme qui s'est plaint que son assureur vie avait appliqué des frais dont il n'avait jamais entendu parler auparavant. Il a ensuite tenté de demander des explications sur ces frais à son assureur, mais en vain. Dans un premier temps, le médiateur a demandé au requérant de lui transmettre une copie de tous les documents liés à la conclusion du contrat, notamment de la proposition d'assurance de dix pages signée lors de la conclusion du contrat et dont seule une version tronquée avait été remise au médiateur, ainsi qu'une copie des documents relatifs à l'offre incluant les exemples de calcul sur les valeurs de rachat prévisionnelles. Après avoir demandé les copies susmentionnées à son assureur, le requérant ne les a pas reçues et a été obligé d'en informer l'Office de médiation.

Le médiateur est donc intervenu auprès de l'assureur afin de pouvoir consulter les documents relatifs à la conclusion du contrat, en particulier les exemples de calcul, et d'obtenir une explication détaillée sur les frais. L'assureur a ensuite transmis une vue d'ensemble de ces frais, mais a précisé, entre autres, ne pas disposer d'exemples de calcul, sachant que l'offre n'avait pas été jointe au moment de la conclusion du contrat et que le conseiller en assurances de l'époque ne l'avait pas enregistrée. Cela étant, le service compétent de l'assureur avait vérifié ces frais et confirmait qu'ils

étaient corrects et prélevés conformément aux tarifs en vigueur.

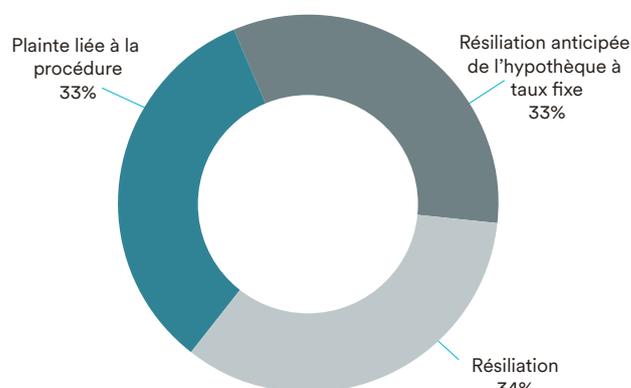
Le médiateur est de nouveau intervenu auprès de l'assureur, lui indiquant que, dès lors, il ne considérait pas comme prouvé que les exemples de calcul d'une possible évolution de la valeur du placement aient bien été montrés au preneur d'assurance lors de la conclusion du contrat. Conformément à la circulaire de la FINMA 2016/6, Cm 154-157, l'assureur aurait dû le faire. Or, si elles avaient été fournies lors de la conclusion du contrat, ces informations auraient été capitales : en effet, le preneur d'assurance aurait mieux évalué les risques grâce aux exemples de calcul et constaté que la valeur de rachat allait être nulle ou faible pendant les premières années d'assurance. Il aurait aussi pu obtenir des renseignements ciblés quant à l'ordre de grandeur des frais de conclusion du contrat afin d'éviter toute mauvaise surprise en la matière. En l'absence de toute information sur la possible évolution des valeurs au cours des premières années, l'assuré ne disposait pas du moindre élément lui permettant de remettre en question les valeurs de rachat. Le médiateur était donc d'avis que, dans ce cas concret, le contrat n'avait pas été conclu selon le standard en vigueur et les informations fournies au preneur d'assurance étaient lacunaires. Il a donc posé la question suivante : pour les raisons susmentionnées, sachant que le conseil fourni lors de la conclusion du contrat était lacunaire par rapport à certains points essentiels, l'assureur n'avait-il pas le devoir de faire un geste significatif envers l'assuré concernant les frais de conclusion en cas de rachat ?

Dans sa réponse, l'assureur a souligné que son conseiller à la clientèle lui avait de nouveau confirmé avoir bien remis l'offre (exemples de calcul compris) au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. Le requérant ayant entre-temps déposé une demande de rachat, l'assureur s'est toutefois déclaré prêt à verser le montant de CHF 4000.- en plus de la valeur de rachat (valeur de rachat actuelle d'environ CHF 19 500.-)

afin de clore définitivement le dossier, sans que cela ne constitue une reconnaissance d'une obligation légale ni un précédent. Cette démarche constituerait ainsi un geste substantiel par rapport aux frais de conclusion et aux conseils potentiellement inexacts. Le requérant a accepté cet arrangement, ce qui a permis de régler le cas à l'amiable.

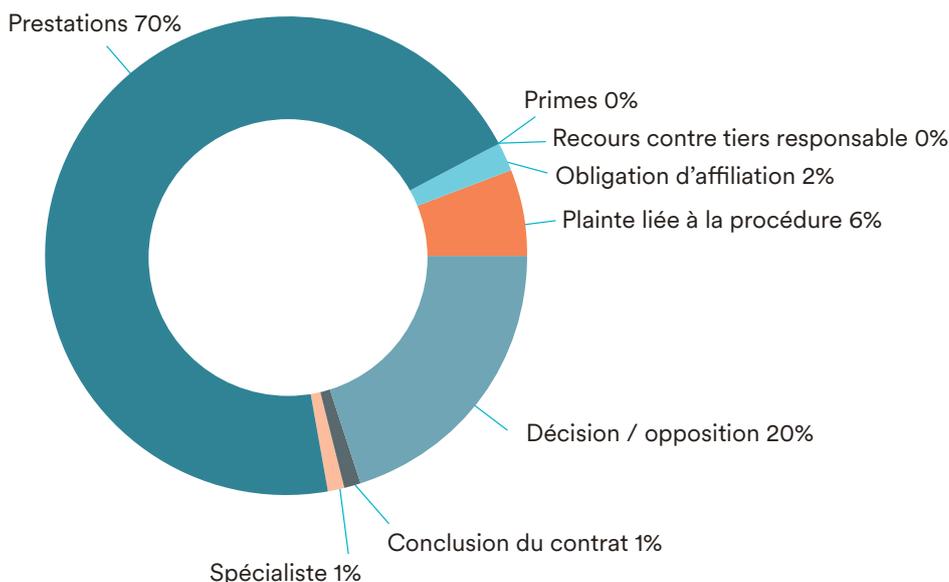
Contrats de prêts hypothécaires

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation n'a reçu que six (huit en 2022) requêtes concernant des contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurances. Tous ces dossiers ont pu être traités directement ou sans intervention auprès de l'assureur.



Le secteur LAA et l'assurance militaire

Demandes dans le secteur LAA et l'assurance militaire

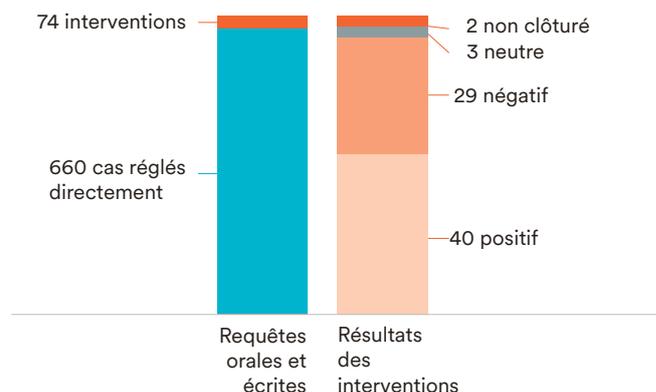
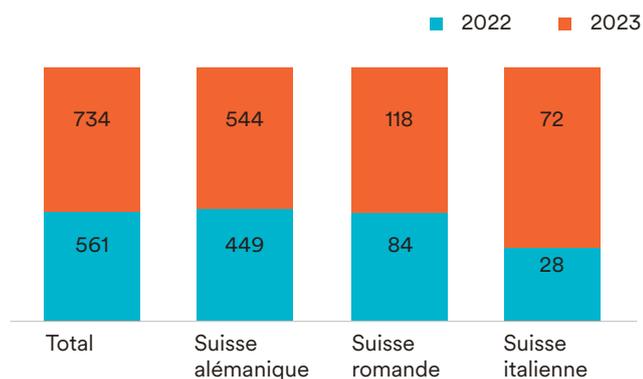


Au cours de l'exercice sous revue, 734 requêtes et plaintes ont été adressées à l'Office de médiation, soit une hausse de 30,8% par rapport à 2022 (561). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement au nombre de 544 (449), 118 (84) et 72 (28). En 2023 également, les cas provenaient en majorité de Suisse alémanique (74%). Les demandes de Suisse latine ont représenté une proportion de 26%.

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

invoqués, suivi 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.

Sur les 265 demandes soumises par écrit, 191 dossiers ont pu être réglés directement. L'Office de médiation est intervenu dans 74 cas. Sur les 72 interventions réglées, le taux de succès se monte à 55,5%, soit 40 dossiers. Par ailleurs, 29 dossiers (40,3%) ont obtenu un résultat négatif et trois autres dossiers (4,2%) ont été classés comme « neutres ».



La proportion de dossiers pour lesquels une décision avait déjà été rendue avant la première prise de contact avec l'Office de médiation reste toujours très élevée.

La proportion des dossiers pour lesquels une décision formelle avait été rendue avant la soumission d'une requête auprès de l'Office de médiation s'est élevée à 20% (22% en 2022) ; elle reste ainsi très élevée.

Dès qu'ils prennent contact avec nous, nous recommandons certes à tous les requérants, à titre de mesure immédiate, d'informer leur assureur LAA ou militaire par écrit du recours à l'Office de médiation et de lui demander d'attendre avant de rendre une éventuelle décision afin que nous puissions accomplir notre travail. Ce genre de recommandation ne sera toutefois pas d'une grande utilité si une décision formelle a déjà été rendue lorsqu'un assuré LAA contacte le médiateur.

Au cours de l'exercice sous revue, plusieurs assurés nous ont malheureusement déclaré que le premier refus de leur assureur LAA leur avait déjà été signifié sous la forme d'une décision. Dans ce cas, les assurés n'ont plus la possibilité de soumettre leur demande à l'Office de médiation. Dès qu'une décision a été rendue dans un dossier, ce dernier ne relève plus de notre compétence.

Recommandation aux assureurs LAA

Si une décision négative est prévue, nous recommandons de transmettre le refus aux assurés sous la forme d'une décision informelle, dans la mesure du possible. Le cas échéant, cette démarche leur laissera la possibilité de faire vérifier leur cas auprès de l'Office de médiation.

Piqûres d'insectes : quelles conditions sont requises pour parler de notion d'accident ?

Dans le secteur LAA, nous avons dû traiter la problématique récurrente visant à déterminer les conditions à réunir pour qu'une piqûre d'insecte et l'infection qui en résulte constituent un accident.

Dans l'un de ces cas, la requérante a expliqué s'être fait piquer pendant son sommeil, la nuit. Son pied ayant enflé, elle a consulté son médecin de famille le lendemain. Ce dernier a indiqué dans son rapport que la zone de la piqûre s'était infectée ; au cours de son examen, il y avait trouvé un corps étranger qu'il avait retiré et qui pouvait être attribué à une piqûre d'insecte.

L'assureur accidents a refusé de prendre en charge les frais de traitement ; en effet, d'après lui, le déroulement de l'accident ne pouvait pas être prouvé puisqu'on ignorait de quel insecte il s'agissait.

Conformément à la recommandation de la Commission ad hoc Sinistres LAA, les piqûres ou morsures d'insectes tels que guêpes, abeilles, frelons, araignées ou tiques sont considérées comme des événements accidentels au regard de l'assurance accidents obligatoire, étant donné qu'elles constituent un événement à facteur extérieur extraordinaire et qu'elles peuvent entraîner des intoxications ou des infections. Par contre, les piqûres de moustiques ne remplissent pas le critère nécessaire à la notion d'accident, puisque les moustiques se rencontrent fréquemment et que nous sommes censés tenir compte en général de leurs piqûres où que nous soyons. Le critère de « facteur extérieur extraordinaire » faisant partie de la notion d'accident fait donc défaut. Il convient de considérer de la même manière les piqûres de punaises, de puces ou de poux. Il est possible d'évaluer les piqûres d'insectes d'une autre manière en cas de voyages professionnels à l'étranger (par exemple dans les zones où sévit la malaria). Il convient alors d'examiner si l'on n'est pas en présence d'un cas de maladie professionnelle.

Dans son intervention, le médiateur a fait remarquer que les moustiques, les punaises, les puces et les poux sont des insectes hématophages et qu'ils ne perdaient donc pas leur dard en piquant leur victime. Par conséquent, il fallait partir du principe que la requérante s'était fait piquer par un insecte issu de la première catégorie (p. ex. abeilles, etc.) mentionnée dans la recommandation ad hoc. Même si le corps étranger n'était pas un dard, il constituait à proprement parler un facteur extérieur extraordinaire qui, très vraisemblablement, a provoqué l'infection de la plaie. Le médiateur a souligné qu'il ne disposait d'aucune autre indication laissant supposer une autre cause à cette infection et il s'est également référé à l'arrêt ATF 122 V 230 du Tribunal fédéral.

Après avoir analysé l'intervention du médiateur, l'assureur accidents a décidé de revoir son jugement et de fournir les prestations légales.

Présentation des faits pertinente : il faut bien clarifier les faits pour pouvoir bénéficier d'une bonne décision en matière de prestations.

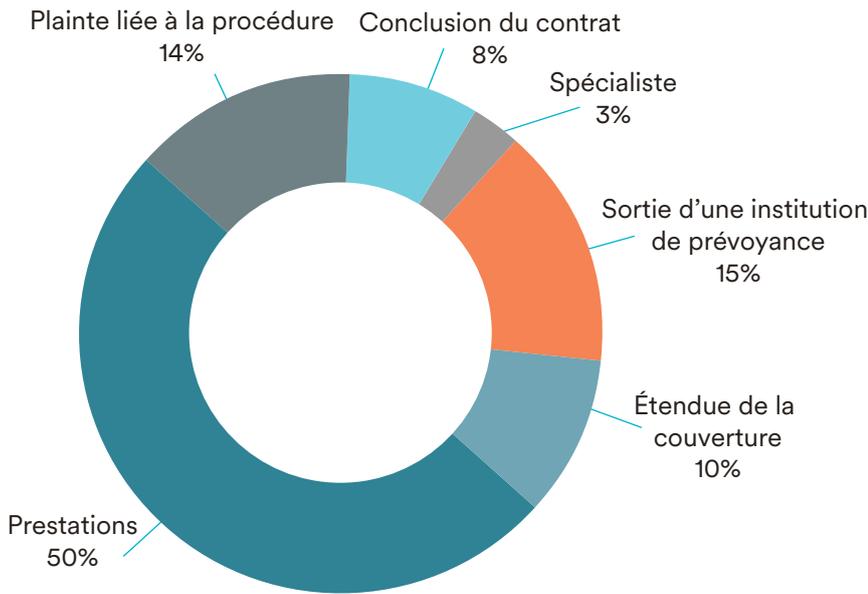
Concernant les cas LAA, il faut vérifier avec une attention particulière que les conclusions de l'assureur accidents reposent bien sur une documentation complète et que les faits (juridiquement pertinents) qui sous-tendent la décision sont suffisamment clairs et ont été correctement transmis. Il est ainsi déjà arrivé que la décision de l'assureur accidents se réfère à la mauvaise partie du corps (p. ex. pied gauche au lieu du pied droit) en raison d'une erreur dans un rapport médical, reprise par mégarde par la suite dans les rapports des médecins traitants suivants. Ce genre d'erreur peut tout à fait semer la confusion et engendrer une mauvaise évaluation de la situation ou des contradictions. Il peut aussi arriver que l'assureur accidents omette de demander un rapport au physiothérapeute de l'assuré, alors que cela aurait été utile pour évaluer la causalité de l'accident compte tenu de l'évolution des troubles et des limitations physiques de la personne.

Un cas nous ayant été soumis concernait une requérante qui, en tombant de vélo, avait heurté le bord d'un trottoir avec son tibia gauche, ce qui avait provoqué une lésion cutanée. Une sensation de douleur et d'engourdissement était apparue ensuite, avant de diminuer avec le temps. Deux ans plus tard, la requérante a de nouveau ressenti des douleurs. Après consultation d'une neurologue, il s'est avéré qu'un névrome s'était formé dans un petit nerf cutané du fascia, au niveau de la lésion cutanée initiale. Grâce aux piqûres et aux infiltrations effectuées par le médecin, les douleurs ont ensuite presque complètement disparu. L'assureur accidents compétent, auquel la requérante avait remis une déclaration de rechute, lui a répondu que son dossier médical ne faisait pas état d'un lien de causalité certain ou probable entre l'accident et les douleurs à la jambe gauche. D'après le médecin-conseil, alors que deux ans et demi s'étaient écoulés depuis l'événement, il était certes possible qu'il y ait un lien entre l'hyposensibilité au niveau du tibia et l'accident, mais il ne s'agissait pas d'une vraisemblance prépondérante.

En examinant les documents fournis par la requérante, l'Office de médiation a constaté que, dans le cadre de ses investigations, l'assureur accidents avait omis de demander expressément à son assurée si elle avait consulté un médecin après sa chute et qu'il n'avait donc pas respecté le principe de l'instruction. Le médiateur a ensuite téléphoné à la requérante pour lui poser la question : elle avait consulté son médecin de famille un mois à peine après l'accident. Nous avons donc recommandé à la requérante de récupérer son dossier médical (ou un extrait du dossier avec les données relatives à cette consultation) auprès de son médecin et de nous le transmettre. Grâce aux informations contenues dans le dossier de la patiente, le médiateur a réussi à convaincre l'assureur accidents que les douleurs actuelles de la requérante étaient dues à l'accident avec une vraisemblance prépondérante.

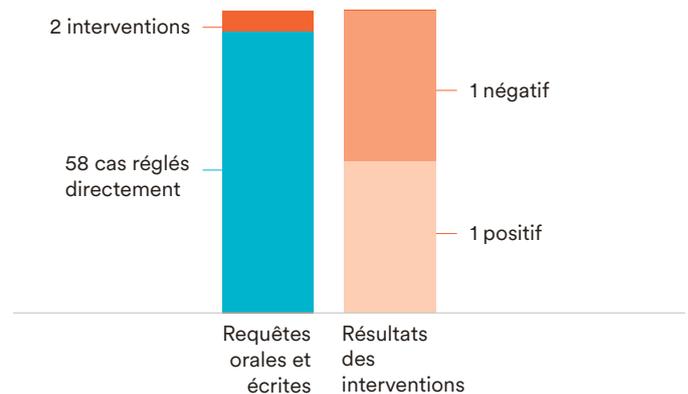
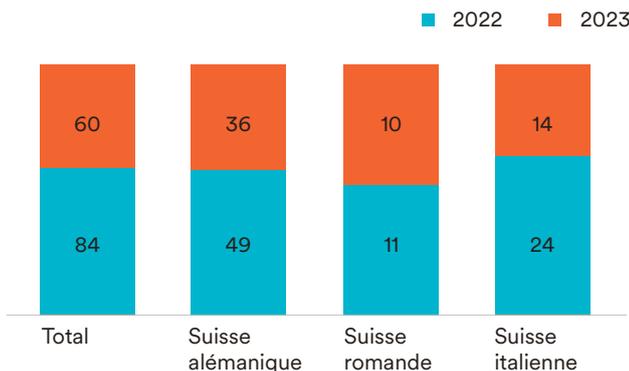
Secteur de la prévoyance professionnelle

Demandes dans le secteur de la prévoyance professionnelle



Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a diminué de 28,5% par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 60 (84) 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 41 (26) cas concernant des caisses de pension autonomes qui n'ont pas pu être traités faute de compétence. Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement au nombre de 36 (49), 10 (11) et 14 (24).

Les dossiers soumis à l'Office de médiation concernaient essentiellement des questions liées aux prestations de libre passage, aux rentes de partenaire et au calcul correct des cotisations LPP. Seuls deux cas ont donné lieu à une intervention, avec une intervention positive pour la personne assurée et un résultat négatif.



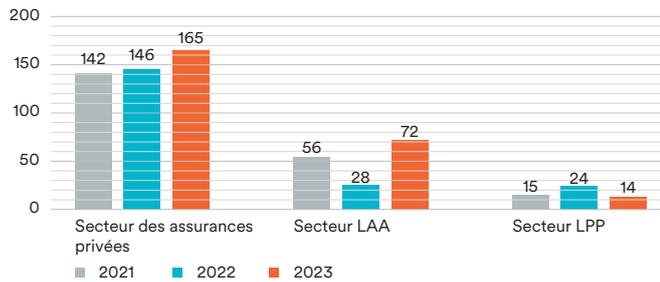
Réserves pour raisons de santé dans la prévoyance professionnelle surobligatoire

Plusieurs assurés LPP qui avaient démarré une nouvelle activité professionnelle se sont plaints que leur nouvelle caisse de pension leur demande de remplir un questionnaire de santé. Nous avons été obligés de les informer que les réserves pour raisons de santé ne sont exclues que pour la prévoyance professionnelle obligatoire. Selon la législation en vigueur, les assureurs LPP sont autorisés, dans le domaine surobligatoire, à émettre des réserves pour raisons de santé portant sur les risques de décès et d'invalidité si le règlement LPP applicable le prévoit. Ces réserves ne peuvent être émises que sur les risques de décès et d'invalidité, et pour une durée de cinq ans. La couverture de prévoyance acquise via les prestations de libre passage apportées ne peut toutefois pas être réduite par le biais d'une nouvelle réserve pour raisons de santé.

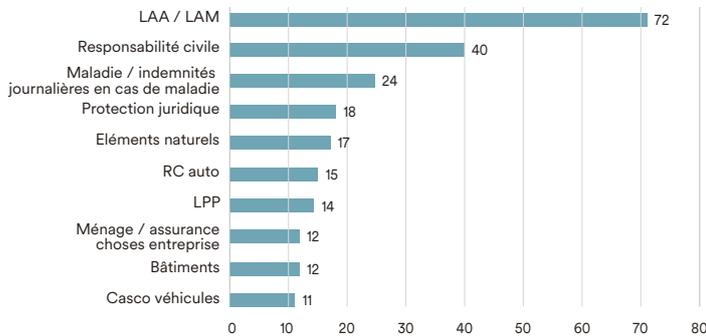
Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Évolution du nombre de cas



Classement / Top 10



Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse italienne a reçu 251 plaintes et requêtes relevant de sa compétence, soit une hausse de 26,7% qui concerne aussi bien le secteur de l'assurance privée (+13%) que celui de la LAA (+157%). Les chiffres ont en revanche reculé dans le secteur LPP (-41,6%). C'est le secteur de l'assurance accidents qui a enregistré le plus de demandes, suivi par les dossiers concernant l'assurance responsabilité civile et l'assurance indemnités journalières en cas de maladie dans le domaine de l'assurance privée.

Une inscription dans le HIS doit être précédée d'une clarification approfondie du motif de l'inscription (p. ex. en cas de prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA).

L'un des dossiers adressés au bureau décentralisé de Lugano et lié au HIS (Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses) concernait un assuré qui, en été 2022, avait déclaré à son assureur un sinistre causé par les éléments naturels. Après avoir examiné son dossier, l'assureur avait invoqué une prétention frauduleuse en vertu de l'art. 40 LCA et signalé l'assuré en question dans le HIS.

Il a justifié cette décision par le fait que, d'après les données à sa disposition, l'assuré avait requis l'indemnisation de différents objets, alors que ces derniers avaient déjà été indemnisés dans le cadre d'un sinistre antérieur, couvert par une autre compagnie d'assurances.

En consultant le dossier, le bureau décentralisé du médiateur a relevé l'absence de preuves certaines indiquant que l'assuré avait fait valoir en partie les mêmes dommages que ceux de son sinistre précédent auprès de l'autre assureur. Selon les renseignements fournis par ce dernier à l'assureur actuel, l'assuré avait certes subi trois sinistres pendant la durée de sa première assurance, ce qui soulevait d'ailleurs la question de savoir pourquoi il n'avait pas mentionné ces faits lors de son entretien avec l'assureur actuel, en octobre 2022. Cela dit, le procès-verbal de l'entretien était assez approximatif et, notamment, n'indiquait pas quelles questions avaient effectivement été posées à l'assuré sur le moment.

Le médiateur s'est donc adressé à l'assureur, l'informant que, d'après ses constatations, les documents en sa possession ne permettaient pas de conclure que l'assuré ait eu l'intention de réclamer une prestation

d'assurance plus élevée que celle qui lui revenait. Après avoir réexaminé le dossier, l'assureur a déclaré au médiateur qu'il partageait ce point de vue ; il a donc abandonné son accusation concernant la prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA et allait supprimer l'inscription de l'assuré dans le HIS.

Secteur de la responsabilité civile véhicules à moteur : la question souvent litigieuse de déterminer à qui incombe la faute en cas de collision

Les dossiers concernant la RC véhicules à moteur soumis au bureau décentralisé soulevaient souvent la question de savoir à qui incombait la faute lors d'une collision entre véhicules.

Dans l'un de ces cas, le requérant a expliqué qu'il conduisait sur une voie réservée à la circulation normale, avec un couloir destiné aux bus sur sa droite. Alors que son véhicule était à l'arrêt à un feu rouge, il a redémarré, tout comme les véhicules qui le précédaient, lorsque le feu est passé au vert.

À cet instant, il s'est engagé sur la voie de droite réservée aux bus vu qu'il voulait tourner à droite pour se garer un peu plus loin, toujours sur sa droite. Alors qu'il se trouvait déjà sur la voie des bus, un autre véhicule qui était précédemment arrêté devant lui au feu rouge s'est aussi engagé sur la voie du bus, à droite, ce qui a entraîné une collision entre les deux véhicules. La voiture du requérant a ainsi subi un dommage à l'avant gauche, tandis que l'autre voiture a été endommagée à l'avant droit.

Arrivés sur les lieux, les policiers ont conseillé aux parties impliquées de remplir un constat européen d'accident à l'amiable, sans passer par le rapport de police.

Le requérant a ensuite annoncé le sinistre à l'assureur RC véhicules à moteur adverse. Ce dernier a estimé que le requérant était responsable de la collision : en effet, il

aurait enfreint l'art. 8, al. 3 OCR vu qu'il a contourné un véhicule par la droite pour le dépasser, tandis que la conductrice du véhicule assuré auprès de cet assureur avait signalé en bonne et due forme son intention de tourner à droite en enclenchant son clignotant.

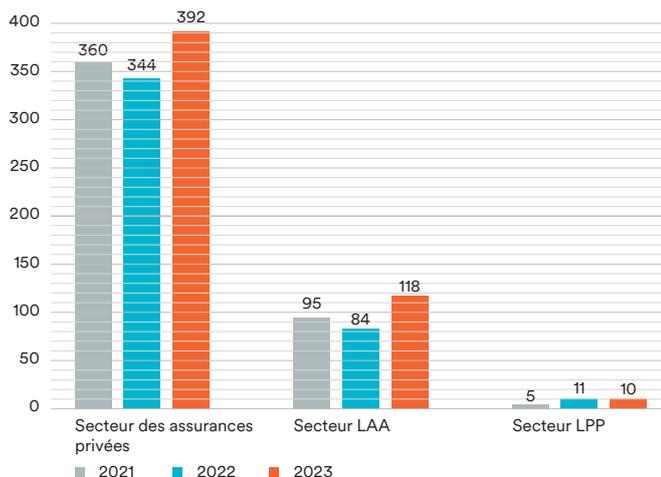
Après avoir examiné le dossier, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur RC véhicules à moteur adverse, faisant observer que les déclarations du requérant, selon lesquelles il se trouvait déjà sur la voie du bus au moment de la collision, concordaient avec le constat d'accident signé par les deux parties impliquées.

Même si la conductrice du véhicule assuré auprès de cet assureur avait bel et bien enclenché son clignotant à droite et en dépit du fait que la circulation n'est pas autorisée sur la voie réservée aux bus, cette conductrice avait enfreint l'art. 34, al. 3 LCR (loi sur la circulation routière). En effet, cet article stipule que le conducteur qui veut modifier sa direction de marche, par exemple pour obliquer, dépasser, se mettre en ordre de présélection ou passer d'une voie à l'autre, est tenu d'avoir égard aux usagers de la route qui viennent en sens inverse ainsi qu'aux véhicules qui le suivent. En outre, le constat à l'amiable ne mentionnait pas que le requérant aurait effectué une manœuvre de contournement en vue d'un dépassement interdite par l'art. 8, al. 3 OCR.

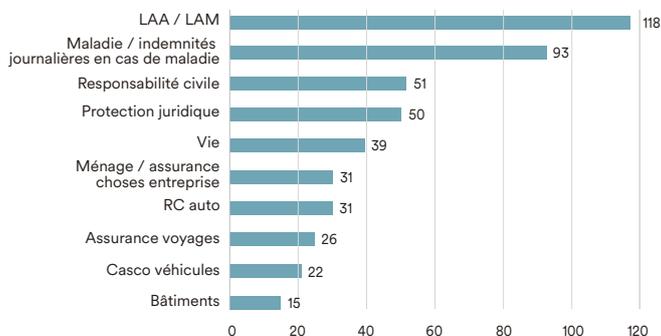
L'assureur RC véhicules à moteur adverse a réexaminé le dossier et reconnu la responsabilité partielle de son assurée. Il a donc accepté de participer aux frais de sinistre du requérant à hauteur de 50%.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Évolution du nombre de cas



Classement / Top 10



Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu 520 requêtes et plaintes relevant de sa compétence, ce qui constitue une nette augmentation des chiffres par rapport à l'année précédente (+18,4%). Cette forte hausse a tout particulièrement touché le secteur de l'assurance privée (+13,9%) et celui de l'assurance accidents (+40,4%). C'est le secteur de l'assurance accidents qui a enregistré le plus de demandes, suivi par les dossiers concernant l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et l'assurance responsabilité civile dans le domaine de l'assurance privée.

Les cas que nous avons sélectionnés ci-après offrent un aperçu du travail de médiation effectué par le bureau décentralisé romand.

Indemnités journalières en cas de maladie : absence de couverture d'une incapacité de travail lors de complications liées à la grossesse, malgré un changement d'employeur et d'assureur sans interruption pendant la grossesse

L'une de nos interventions a concerné une assurée qui s'est retrouvée en incapacité de travail suite à des complications liées à sa grossesse et qui a vu sa demande d'indemnités journalières refusée par deux assureurs. Salariée dans une entreprise jusqu'au 31 janvier 2023, cette requérante a changé d'employeur le 1er février 2023. En dépit de sa couverture d'assurance ininterrompue grâce à l'assurance collective de ses deux employeurs successifs, cette assurée a joué de malchance. En effet, l'assurance du premier employeur a opposé un refus de prestations au motif (pertinent) que l'incapacité de travail était survenue le 12 juin 2023 et que cette femme ne faisait plus partie du cercle de personnes assurées à ce moment-là. En parallèle, l'assurance du deuxième employeur a aussi refusé de verser des prestations, se prévalant d'une clause de ses conditions générales d'assurance (CGA) qui excluait toute couverture si la grossesse avait débuté avant l'entrée en vigueur du contrat de travail et, partant, de la protection d'assurance.

L'Office de médiation est donc intervenu auprès de l'assureur du deuxième employeur en se fondant sur la convention de libre passage entre les assureurs indemnités journalières en cas de maladie, ratifiée par les deux assureurs impliqués. Selon l'art. 2, al. 1, let. a, la convention s'applique en cas de passage d'un assuré individuel d'une assurance indemnités journalières collective dans une autre assurance indemnités journalières collective. De plus, l'art. 2, al. 2 précise que l'assurance indemnités journalières collective au sens

de cette convention couvre les risques maladie et complications en cas de grossesse, mais exclut toute indemnité en cas d'accouchement. Enfin, selon l'art. 3, al. 2, le nouvel assureur ne peut pas formuler de nouvelles réserves d'assurance tant qu'il ne s'agit pas d'une indemnité journalière plus élevée, d'une durée de prestation plus longue ou d'un délai d'attente plus court.

Dans sa réponse, l'assureur a campé sur sa position, faisant valoir que cette convention ne s'appliquait que sur des sinistres en cours. Étant donné que l'incapacité de travail avait débuté après l'entrée en fonction de l'assurée à son nouveau poste, il ne s'agissait pas, en l'espèce, d'un cas de sinistre en cours qui, en vertu de la convention, aurait alors été à la charge du nouvel assureur. Ce dernier n'a pas émis d'autre réserve, mais s'est contenté de s'appuyer sur une clause existante des CGA pour justifier son refus de couverture.

Après avoir pris connaissance des explications fournies par l'assureur, l'Office de médiation a été obligé de constater que la convention de libre passage comportait une lacune ; en effet, bien qu'elle ait été assurée sans interruption, la requérante subissait un préjudice parce qu'elle était tombée enceinte alors qu'elle était sous contrat avec son premier employeur et que les complications liées à sa grossesse étaient survenues lorsqu'elle était salariée auprès du deuxième employeur.

L'issue de notre intervention a donc été négative. Cela étant, l'Office de médiation s'est demandé si cette lacune était réellement dans l'intérêt des compagnies d'assurances ayant adhéré à cette convention. Il a donc proposé à l'assureur indemnités journalières maladie à l'origine du refus de soumettre cette question à la Commission du droit et de la politique sociale de l'Association Suisse d'Assurances (ASA), comme le prévoit l'art. 7 de la convention de libre passage.

Recommandation de l'Ombudsman aux assureurs représentés au sein de la Commission du droit et de la politique sociale (RSK) de l'Association Suisse d'Assurances

Nous vous recommandons de procéder aux vérifications suivantes :

1. Est-il en adéquation avec le but poursuivi par la convention de libre passage que des assureurs y ayant adhéré excluent toute prestation en cas de complications liées à la grossesse dans le cas où cette dernière a débuté pendant la durée de l'assurance auprès de l'assureur précédent ?
2. Ne faudrait-il pas compléter la convention de libre passage afin que l'interdiction de formuler de nouvelles réserves selon l'art. 3 intitulé « Conditions de passage » englobe aussi les limitations de couverture dans les CGA concernant les complications liées à la grossesse ?

Secteur de l'assurance bâtiment : questions en lien avec le changement de propriétaire (art. 54 LCA)

Dans le cadre de l'acquisition d'une propriété, le bureau décentralisé romand a reçu plusieurs plaintes et requêtes concernant le changement de propriétaire (art. 54 LCA). L'un des cas ayant nécessité une intervention auprès de l'assureur concernait l'acquéreur d'un bien immobilier qui souhaitait reprendre le contrat d'assurance de l'ancien propriétaire. L'assureur bâtiment a refusé de transférer le contrat existant au nouveau propriétaire, comme le prévoit pourtant l'art. 54 LCA, mais lui a soumis une nouvelle offre incluant une modification de la durée du contrat ainsi que de la couverture. L'assureur a justifié cette approche par des considérations liées à sa faisabilité technique, soulignant par ailleurs que les nouvelles conditions générales d'assurance (CGA) étaient plus avantageuses.

L'Office de médiation s'est adressé une deuxième fois à l'assureur en question pour lui faire remarquer

que les problèmes techniques ne sont pas à même d'invalider les dispositions légales y afférentes. De notre point de vue, une police d'assurance devrait pouvoir être adaptée manuellement si nécessaire, par exemple en cas de changement d'état civil ou de nom de famille.

Au bout du compte, le requérant a décidé de résilier la police existante, comme la compagnie d'assurances le lui avait également proposé. L'Office de médiation a donc mis fin à son intervention sans que l'assureur n'ait pris position de manière définitive.

De fait, l'application de l'art. 54 LCA soulève souvent des questions dans la pratique. À titre d'exemple, nous pouvons nous référer au remboursement au pro rata de la prime annuelle payée avant le transfert de propriété par la personne assurée qui vend son bien. Incombe-t-il à l'assureur de rembourser à l'ancien propriétaire la prime au pro rata et de réclamer cette somme due au nouveau propriétaire ? N'est-ce pas plutôt le nouveau propriétaire qui devrait rembourser au vendeur la prime au pro rata ? Dans la pratique, les compagnies d'assurances privilégient la deuxième solution, car elles estiment que l'art. 54 LCA ne prévoit pas de droit au remboursement pour le propriétaire qui vend son bien et que cette démarche doit être réglée au préalable dans le contrat de vente entre l'ancien propriétaire et le nouveau.

Cette approche semble recueillir l'assentiment au moins d'une partie de la doctrine. Dans le Commentaire romand de la loi sur le contrat d'assurance, Me Alexis Overney établit toutefois une distinction : d'une part, la solidarité qui prévalait autrefois (jusqu'au 31 décembre 2005) entre l'ancien propriétaire du bien immobilier et le nouveau vis-à-vis de l'assureur ; d'autre part, le nouveau droit entré en vigueur le 1er juillet 2009 qui a entraîné la disparition de toute responsabilité solidaire. Bien que l'auteur ne l'exprime pas textuellement, cela suggère que l'ancien propriétaire du bien immobilier et

vendeur peut exiger le remboursement de la part de prime inutilisée au moment du transfert de propriété si seul le nouveau propriétaire est responsable de la prime due vis-à-vis de l'assureur.

Recommandation aux personnes vendant et achetant un bien immobilier

Au vu des divergences juridiques existantes en la matière, il convient de clarifier au préalable cette question concernant les primes d'assurance bâtiment, avant la signature du contrat, afin d'éviter tout désagrément après le transfert de propriété.

Autres activités

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 ainsi qu'avec certaines commissions de l'Association Suisse d'Assurances (ASA). 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.

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. L'Ombudsman a également donné plusieurs conférences au sujet des différents offices de médiation, notamment à l'Université de Zurich et à l'intention du personnel juridique d'un grand assureur.

En août 2023, une délégation du « Financial System Mediator », institut de médiation arménien, a suivi une formation de trois jours au siège principal zurichois de l'Office de médiation. En septembre 2023, le médiateur a en outre participé à la conférence annuelle de l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes » à Kuala Lumpur. Ces réunions professionnelles au niveau international favorisent non seulement les échanges d'expériences, mais stimulent aussi le développement de notre propre institution.

En collaboration avec le Professeur Helmut Heiss et Madame Marta Ostrowska, de l'Université de Zurich, l'Ombudsman et sa collaboratrice Madame Ann-Catherine Nabholz ont décidé de publier un ouvrage consacré aux services européens de médiation en matière d'assurances (« Insurance Ombudsman Schemes in Europe ») et regroupant dix offices de médiation (dont le nôtre) de pays caractérisés par des bases juridiques différentes. Les travaux liés à ce projet battent actuellement leur plein et nous espérons que cet ouvrage verra le jour avant la fin de l'année 2024.

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

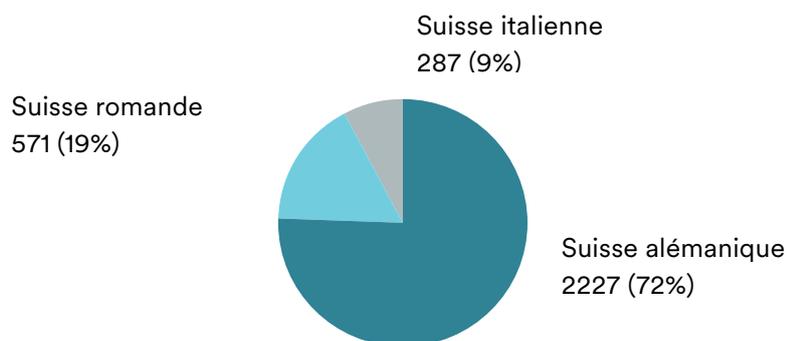
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Lorenzon' in a cursive style.

Martin Lorenzon

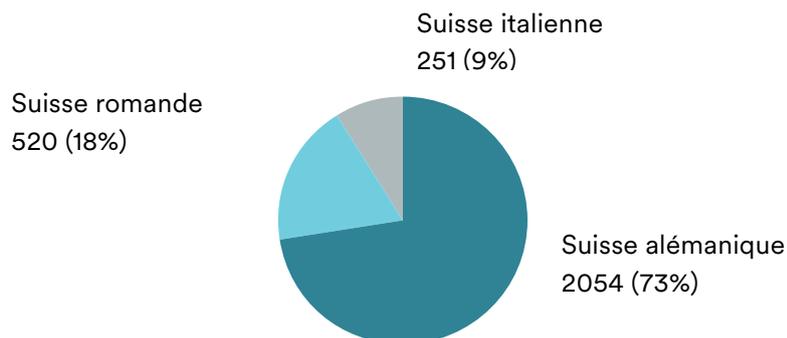
Zurich, Mars 2024

Les statistiques 2023

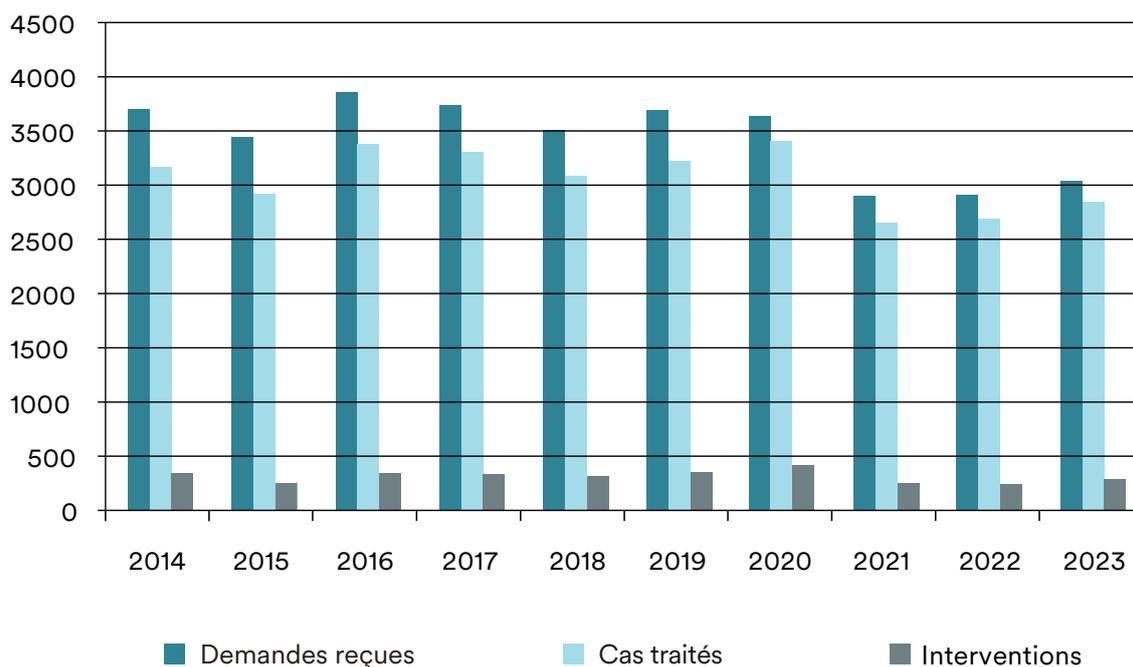
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2014 à 2023



Sociétés affiliées de A à Z

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)	La Mobilière
Allianz Suisse	La Mobilière Vie
Allianz Suisse Vie	Liberty Specialty Markets
Animalia (=Vaudoise)	Lloyd's, London, ZN Zurich
Appenzeller Versicherungen	Mannheimer
Aspecta (act. Youplus Assurance SA)	Nationale Suisse (act. Helvetia)
Assista Protection juridique SA	Orion Protection juridique
Assurances des Médecins suisses	Palladio Assurances SA
Assurance des Métiers	Pax
Assurance Militaire	Phenix (act. Helvetia)
AXA ARAG	Protekta Protection juridique
AXA	Rentes Genevoises
AXA Vie	Retraites Populaires
Bâloise Compagnie d'Assurances	Sanitas assurance privée SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Bâloise Vie	Simpego
CAP Protection juridique	Skandia Vie SA (act. Youplus Assurance SA)
Cardif	smile.direct assurances (anc. Coop)
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire	Solida Assurance SA
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 Protection juridique	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
ERV 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)	Youplus Assurance SA (anc. Aspecta)
Groupe Mutuel Vie GMV SA	Zenith Vie (act. Palladio)
GVB Assurances privées SA	Zurich
Hansemerkur International (Vaduz)	Zurich Vie
HDI Global SE	
Helsana Accidents SA	
Helsana Protection juridique	
Helvetia (incl. Ex-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)	
Helvetia Vie	

23 / 51

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

www.versicherungsombudsman.ch

www.ombudsman-assicurazione.ch

www.insuranceombudsman.ch