

25 / 53

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Mission de l'Office de médiation

L'Office de médiation est un médiateur indépendant et neutre qui, dans le cadre des buts de la Fondation, intervient en cas de divergences d'opinion entre, d'une part, les preneurs d'assurance, les assurés, les ayants droit et les requérants et, d'autre part, les assurances privées affiliées à la Fondation, la Suva (y compris l'assurance militaire) et d'autres assurances accidents de droit public. Son domaine de compétence couvre les questions d'assurances ainsi que tout litige relatif à un contrat de prêt hypothécaire pour un logement en propriété utilisé par l'assuré pour ses propres besoins.

Dans le cadre de ses compétences, l'Office de médiation examine les requêtes soumises, fournit des informations et, si cela s'avère opportun, intervient directement auprès de l'assureur concerné afin de clarifier le cas, son but étant de trouver une solution équitable pour les parties au conflit.

Conseil de Fondation (état au 1^{er} janvier 2026)

Matthias Michel, conseiller aux États et ancien conseiller d'État, Zoug, président
Andrea Geissbühler, ancienne conseillère nationale, Bärswil, vice-présidente
Nathalie Follonier-Kehrli, membre de la direction de la Vaudoise Assurances, Sion
Baptiste Hurni, conseiller aux États, Neuchâtel
Barbara Ingold Boner, cheffe de la division traitement des cas de la Suva, Lucerne
Fabio Regazzi, conseiller aux États, Gordola
Patricia von Falkenstein, conseillère nationale, Bâle
Flavia Wasserfallen, conseillère aux États, Ferenbalm

Ombudsman

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation

Nathalie Garny, avocate, Ombudsman suppléante
Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique
Suzanne Schaad-Ritt, avocate
Charlène Zellweger, avocate
Eveline Bretscher Todaro, assistante
Ann-Catherine Nabholz, Dr ès lettres, responsable de la gestion des processus

Bureaux décentralisés

Suisse romande : Johnny Dousse, avocat
Suisse italophone : Marco Cereghetti, avocat

Avant-propos



Chères lectrices, chers lecteurs,

L'exercice 2025 a été particulièrement exigeant pour l'Office de médiation à plusieurs égards. Une augmentation rapide du nombre de cas, l'utilisation accrue de l'IA par les requérantes et requérants ainsi que la forte accélération de la communication qui en a résulté ont posé un certain nombre de défis à l'Office de médiation, avec notamment une charge de travail hors norme à la clé. Cette situation difficile n'a pu être surmontée que grâce à l'engagement et au dévouement exceptionnels de l'équipe de l'Office de médiation tout au long de l'année, et avec l'aide d'un collaborateur supplémentaire déjà à la retraite.

La charge de travail des collaboratrices et collaborateurs ayant atteint un niveau difficilement soutenable à long terme, le Conseil de Fondation a approuvé en cours d'année, entre autres mesures, deux postes supplémentaires de juristes à temps plein. L'un d'entre eux a pu être pourvu à la mi-octobre 2025, le second le sera au début du mois d'avril 2026.

Je remercie chaleureusement toute l'équipe de l'Office de médiation pour son engagement à toute épreuve, sa persévérance et son humour, resté intact malgré les circonstances.

Je remercie aussi le Conseil de Fondation d'avoir approuvé les postes supplémentaires à temps plein et soutenu la poursuite de la numérisation afin de répondre à l'évolution des besoins.

Je vous souhaite une lecture agréable et intéressante de notre rapport annuel 2025.

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

Martin Lorenzon
Ombudsman

Résumé du rapport annuel 2025

Au cours de l'exercice 2025, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'Office de médiation a augmenté, passant de 3078 à 4771 (+55%). Cette augmentation a concerné tous les secteurs d'assurance, mais plus particulièrement le domaine de l'assurance privée ainsi que ceux de la LAA et de la prévoyance professionnelle (LPP).

Dans 4276 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec les assurés ou les requérants. Sur les 2418 demandes écrites soumises à l'Office de médiation, 495 dossiers ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 20,5%. Le taux de réussite s'est situé dans la moyenne observée au cours des exercices précédents, atteignant environ 61%. Ainsi, la situation des requérants a pu être améliorée dans un grand nombre des cas ayant fait l'objet d'une intervention.

Comme lors des exercices précédents, le gros des activités a porté sur les assurances de personnes, qui ont représenté 44,6% des dossiers. Le domaine de l'assurance accidents obligatoire / LAA est resté en tête du nombre de dossiers soumis, avec 864 requêtes et plaintes, suivi en deuxième position par la branche des indemnités journalières en cas de maladie, avec 850 dossiers. Par rapport à l'exercice précédent (426 cas), ce chiffre correspond à une augmentation substantielle de 99%. Le traitement de ces dossiers, qui concernaient le plus souvent des incapacités de travail liées à des pathologies psychiques, exige souvent beaucoup de temps. En outre, le secteur de la protection juridique a également connu une hausse significative de 76% du nombre de cas, qui sont ainsi passés de 375 à 660.

L'Office de médiation estime que cette augmentation massive du nombre de dossiers pourrait être due aux facteurs suivants :

1. Tout d'abord, le recours aux logiciels d'intelligence artificielle (IA) par les personnes assurées s'est intensifié au cours de l'exercice sous revue. Or, les réponses générées par l'IA sont souvent erronées ; il n'est pas rare qu'elles débouchent sur des conclusions juridiques incorrectes, ce qui conforte les utilisatrices et utilisateurs dans l'idée que leur assureur a commis une erreur. L'usage de l'IA contribue aussi à ce que davantage de personnes s'adressent à l'Office de médiation alors qu'elles ignoraient son existence jusque-là. En outre, l'utilisation d'outils d'aide à la traduction et à la rédaction basés sur l'IA permet également aux assurés ayant des difficultés d'ordre linguistique de formuler leurs requêtes de manière compréhensible par écrit.
2. Par ailleurs, dans un contexte de forte pression sur les coûts, les assureurs ont parfois tendance à fortement augmenter les primes (par exemple dans le domaine des véhicules à moteur), ainsi qu'à se montrer plus stricts dans leur pratique et à multiplier les mesures d'assainissement des polices.
3. Enfin, les collaboratrices et collaborateurs des assureurs adressent leur clientèle plus souvent qu'auparavant à l'Office de médiation lorsque celle-ci se montre insatisfaite face à un refus de l'assureur.

Outre de nombreuses données statistiques, le présent rapport annuel contient aussi quelques exemples de cas qui illustrent le large éventail de nos activités, donnent un aperçu des questions complexes auxquelles l'Office de médiation est confronté et mettent en évidence les défis à relever dans les différentes branches des assurances.

Table de matières

Aperçu de l'exercice 2025

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	20
- Contrats de prêts hypothécaires	22
Le secteur LAA et l'assurance militaire	23
Le secteur de la prévoyance professionnelle	25

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italophone	26
Bureau décentralisé de Suisse romande	28

Autres activités

30

Nouveautés au sein du Conseil de Fondation

31

Les statistiques 2025

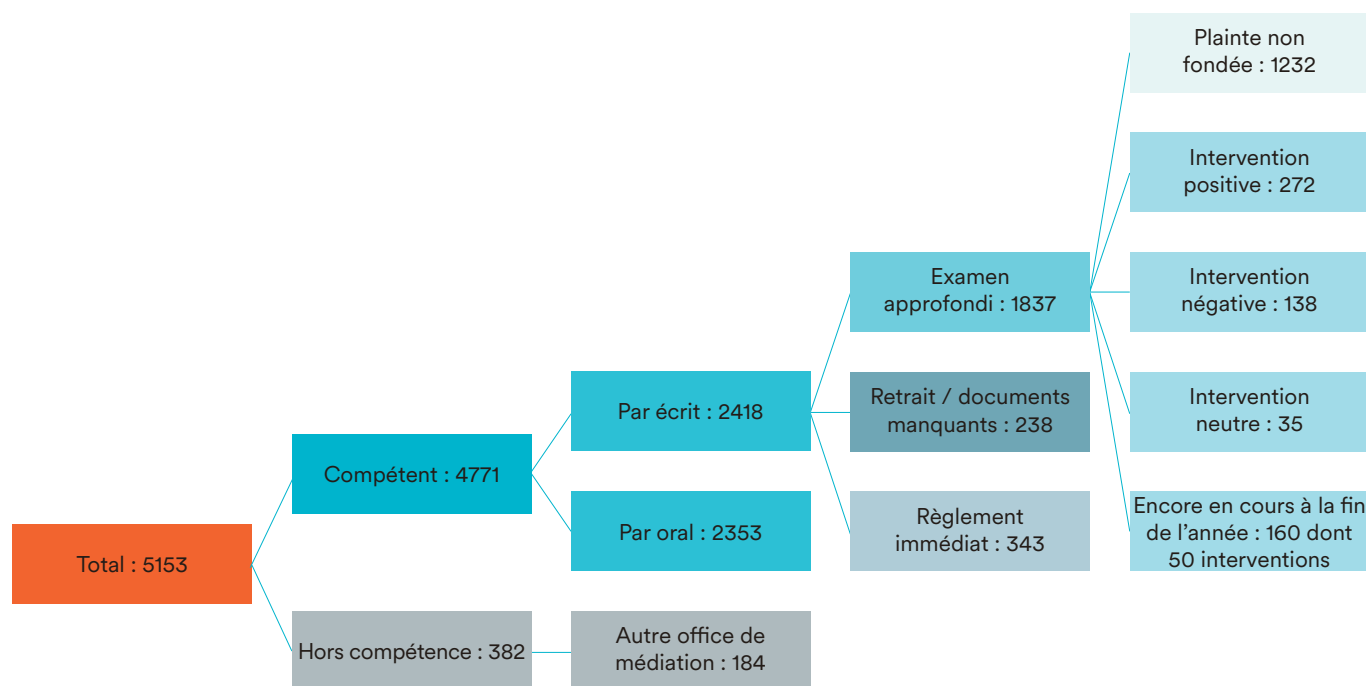
32

Sociétés affiliées

33

Aperçu de l'exercice 2025

Aperçu global



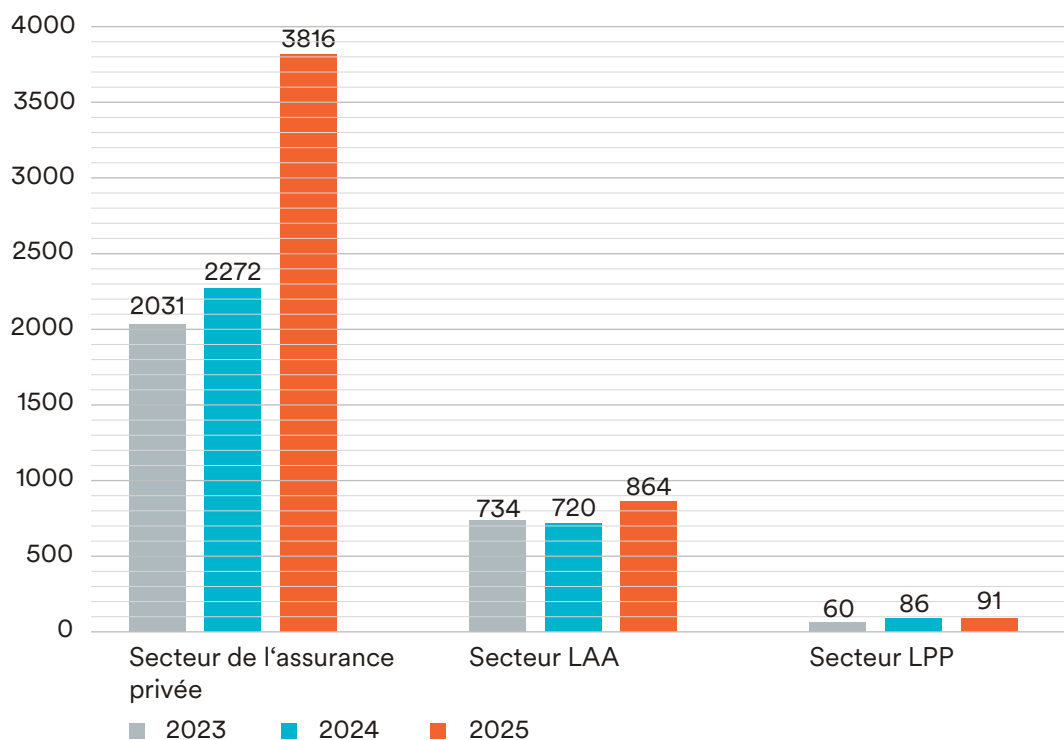
Au cours de l'exercice 2025, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'Office de médiation s'est monté à 5153 (3336 en 2024). Le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté de 55%, passant de 3078 à 4771. Alors que les années précédentes avaient déjà été marquées par une augmentation progressive du nombre de cas de 4,2% (2023), puis de 8,9% (2024), l'exercice sous revue a connu une nouvelle augmentation massive de 55% du nombre de cas, ce qui constitue un nouveau record depuis la création de l'Office de médiation en 1972.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'Office de médiation a augmenté, passant de 258 à 382. 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. Les plaintes à l'encontre des compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger ont été transmises aux organes de médiation compétents en Europe dans le cadre du réseau FIN-NET mis en place par la Commission européenne pour résoudre les litiges transfrontaliers. Parallèlement, toujours en vertu de la procédure FIN-NET, nous avons également reçu des dossiers à l'encontre d'assureurs suisses de la part des services de médiation des pays voisins.

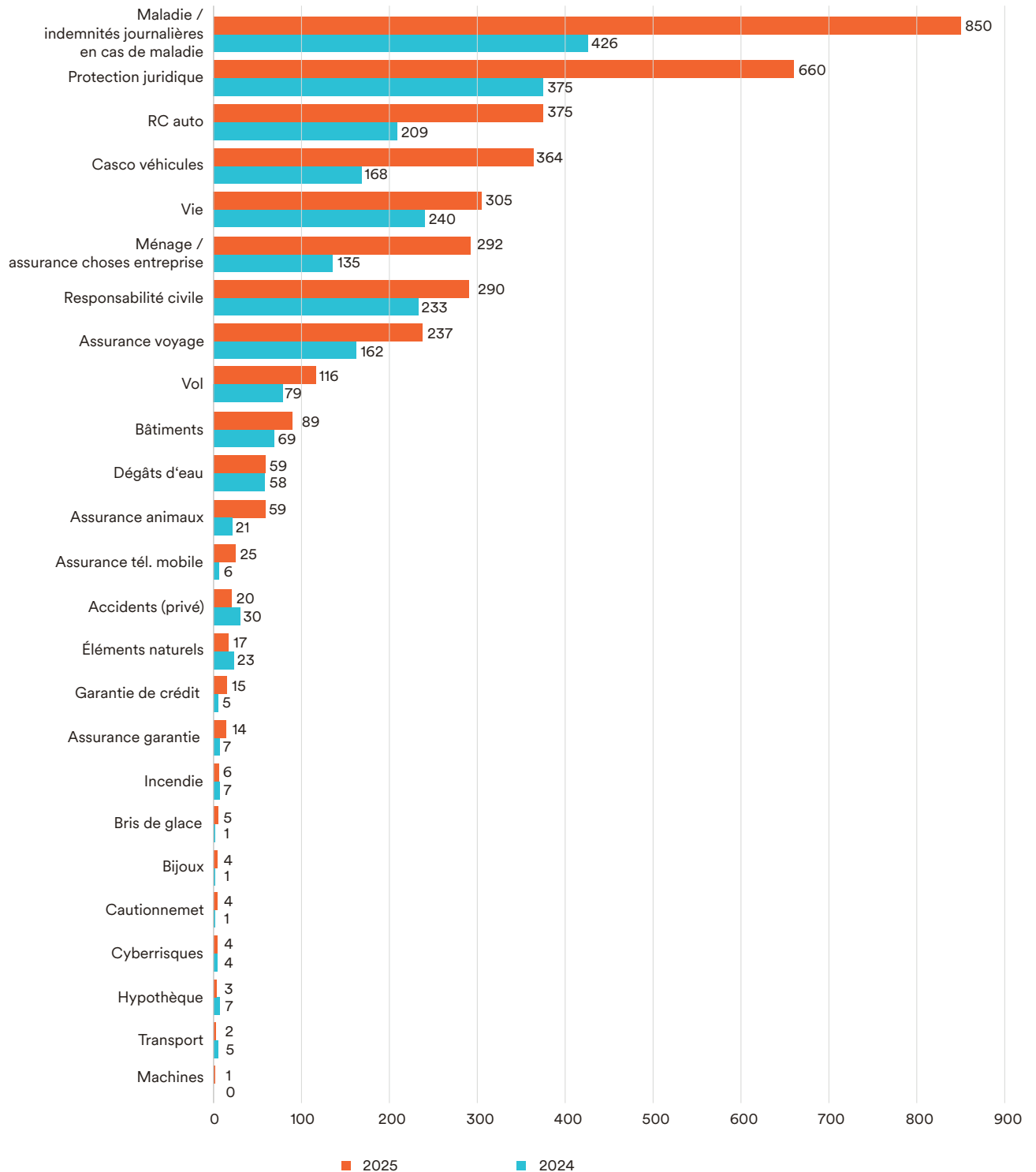
Trois demandes concernaient des activités de courtage et 29 autres étaient liées à des assureurs non affiliés à notre Fondation. L'activité de notre Office de médiation couvre par conséquent environ 99% des affaires des assureurs privés (à l'exception des caisses-maladie) avec la clientèle privée.

Évolution du nombre de cas



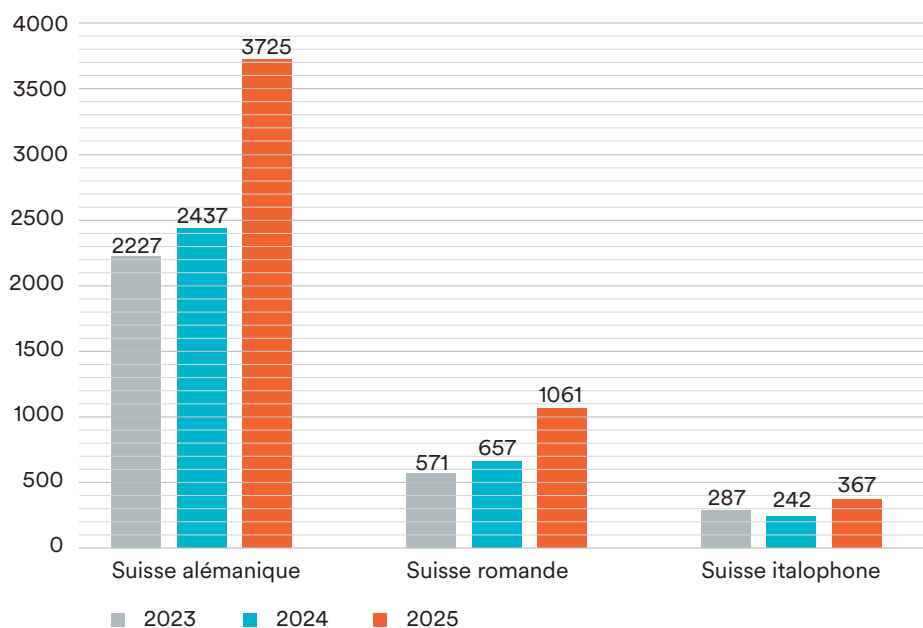
L'augmentation du nombre de cas traités par l'Office de médiation a touché la plupart des secteurs d'assurance dans le domaine de l'assurance privée ainsi que celui de la LAA et de la prévoyance professionnelle / LPP.

Demandes et plaintes ventilées par branche / domaine LCA

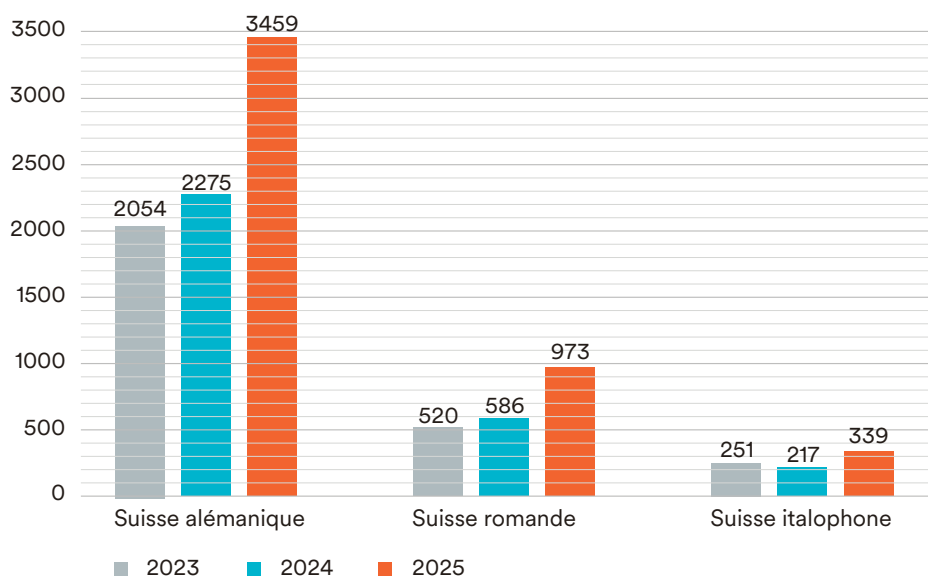


Ventilation des demandes selon les régions linguistiques

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 (+55%, de 3078 à 4771) a concerné le siège principal de Zurich (+52%) et le bureau décentralisé francophone (+66%),

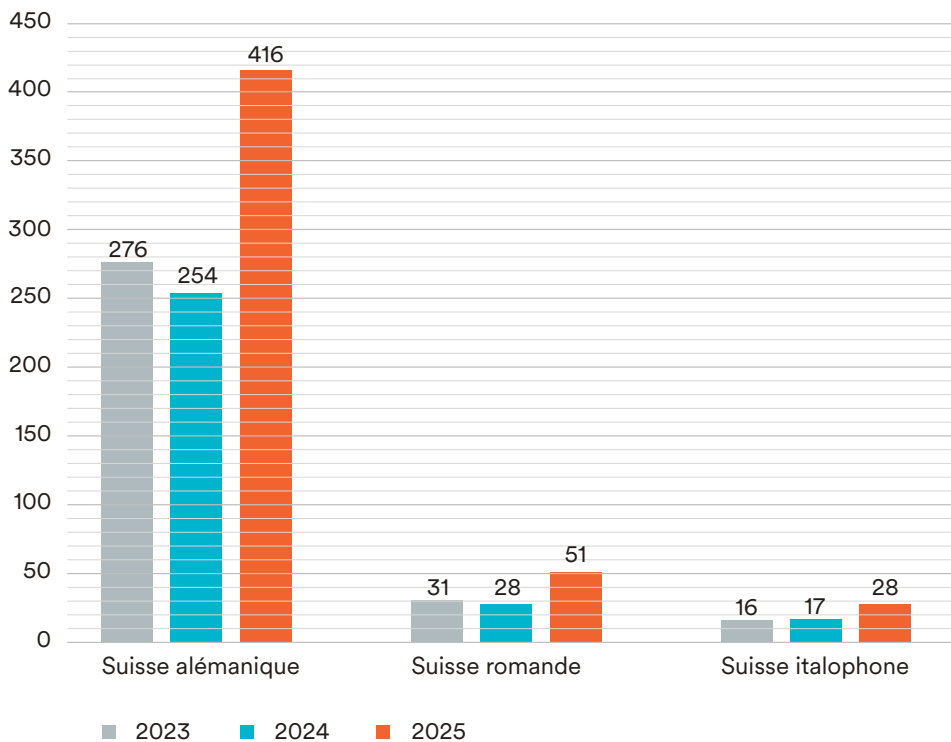
mais le bureau décentralisé italophone a lui aussi enregistré une augmentation par rapport à l'année précédente (+56%).

Interventions

L'augmentation des interventions est aussi significative que l'augmentation du nombre total de dossiers soumis. Le nombre d'interventions est passé de 299 à

495 au cours de l'exercice sous revue, ce qui est nettement au-dessus de la moyenne des dix dernières années (environ 350 cas).

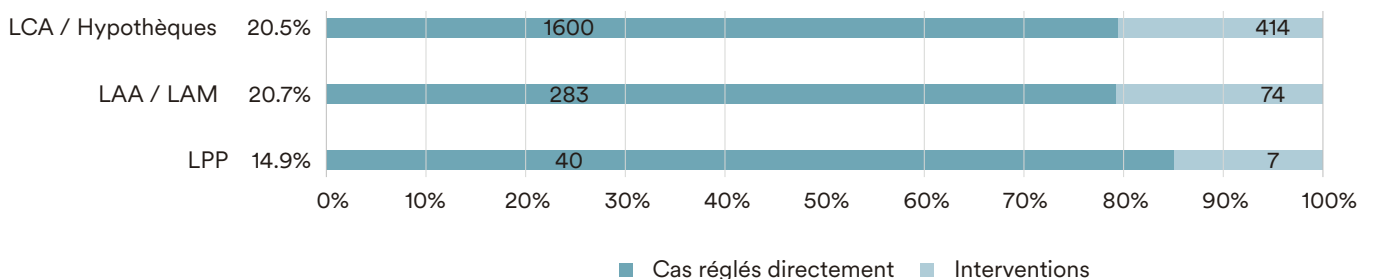
Interventions chiffrées



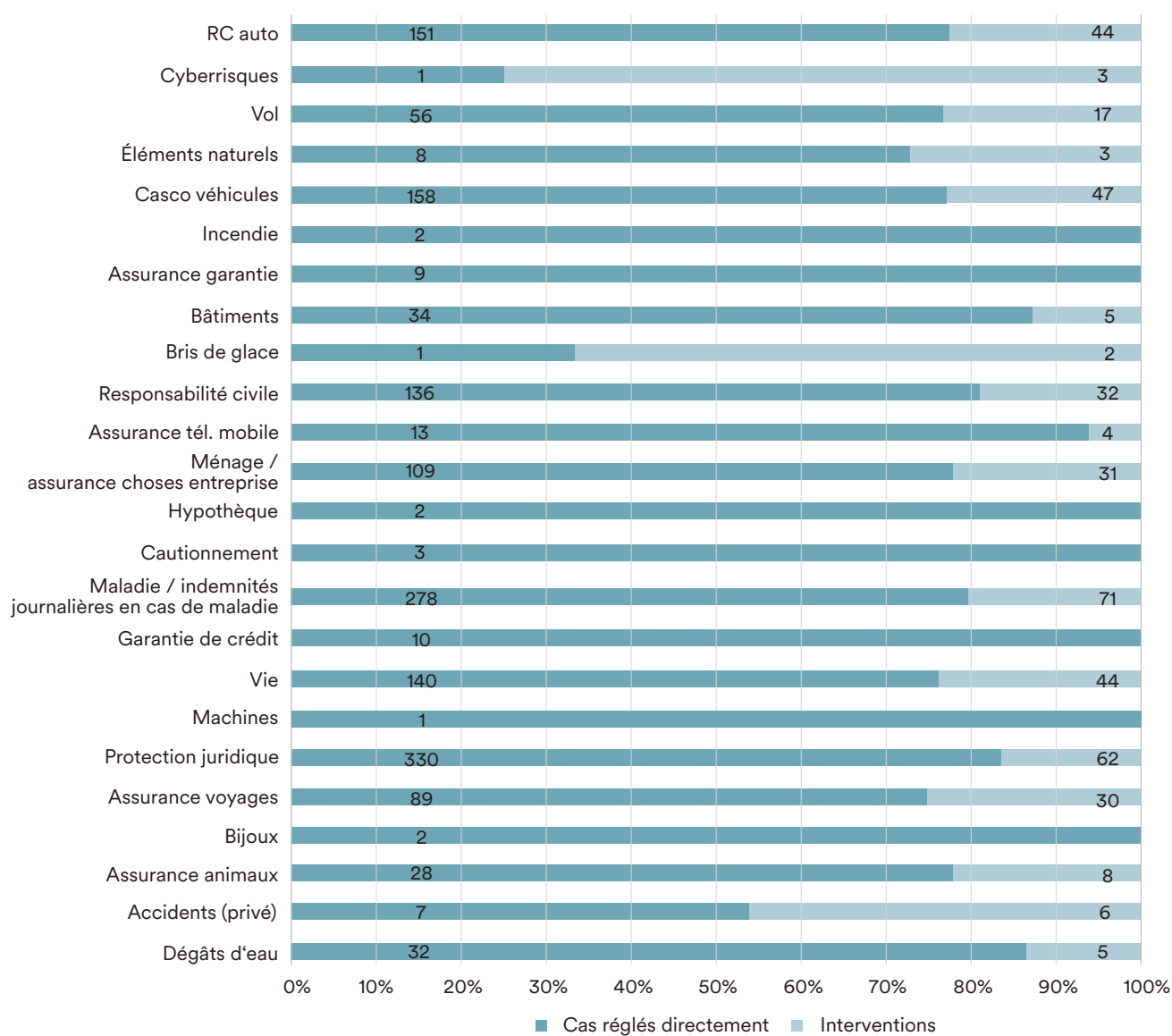
Ces chiffres répertoriés du point de vue statistique en tant qu'interventions se rapportent à la proportion

d'assurés ayant soumis une plainte écrite à l'Office de médiation.

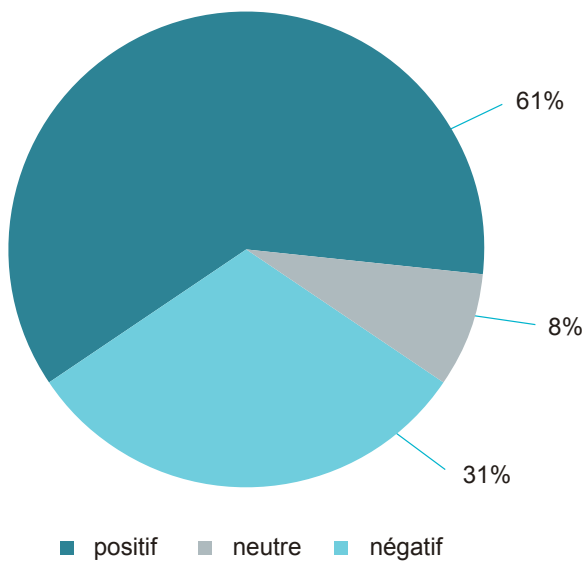
Taux d'intervention (sans les requêtes réglées par téléphone)



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 445 (284) interventions clôturées à fin 2025 a été positif dans 272 cas (177) et négatif dans 138 cas (82). Dans 35 cas (25), le résultat a été enregistré comme neutre. Il faut ajouter à ces chiffres 50 cas ayant nécessité une intervention et qui n'étaient pas encore réglés fin 2025.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent environ 61% (62%).

Nous qualifions un résultat de positif lorsque la prise de contact avec l'assureur (=intervention) entraîne une amélioration de la situation dans laquelle se trouve le requérant.

Nous entendons par « neutre » le résultat d'un cas qui a concerné uniquement une demande d'information, d'un cas que nous avons dû clore prématurément du fait de sa prise en charge par un avocat suite au dépôt d'une plainte, ou encore d'un cas devenu sans objet car la réponse positive de l'assureur et l'intervention se sont croisées.

Le résultat est considéré comme négatif lorsque l'intervention n'a pas permis d'améliorer la situation du requérant.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

Dans la majorité des cas, la collaboration avec les compagnies d'assurances a bien, voire très bien fonctionné. 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 transmis pour la plupart une prise de position dûment étayée et compréhensible.

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 une personne décisionnaire dotée des compétences nécessaires qui traite le cas que nous lui soumettons. C'est une approche qui a un impact positif sur le traitement des dossiers. Ainsi, la grande majorité des assureurs se sont montrés disposés à trouver une solution à l'amiable, pour autant que les dispositions légales et contractuelles applicables le justifient en l'espèce.

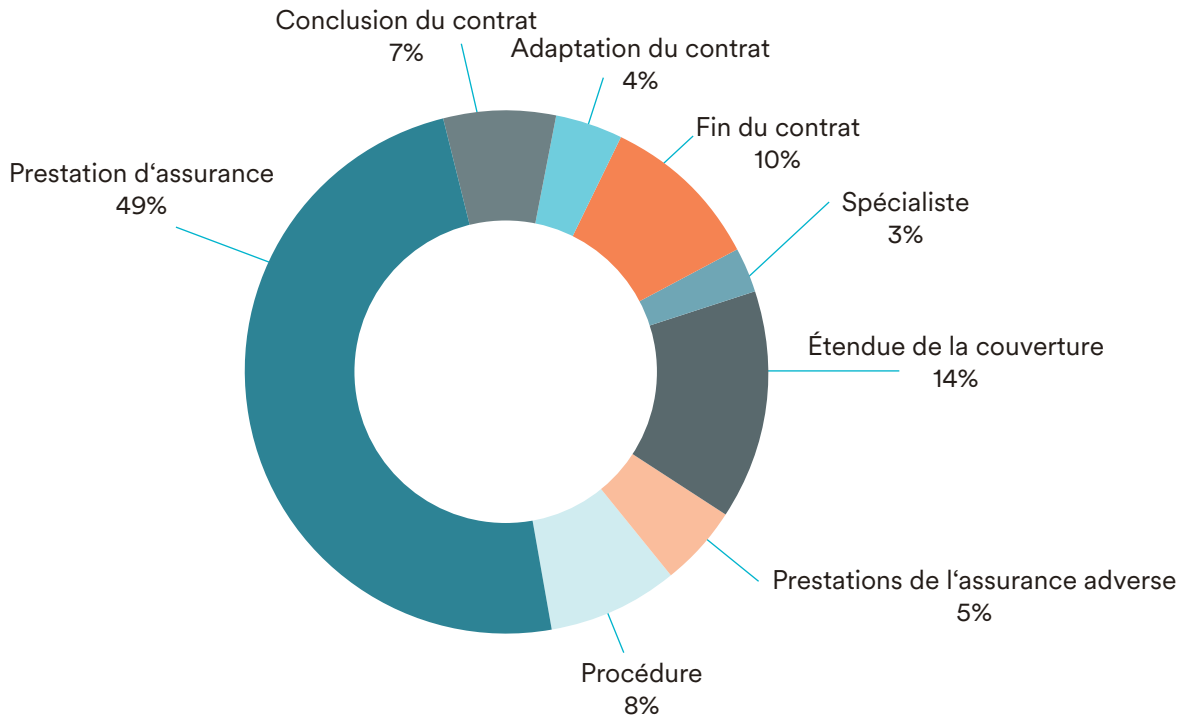
Les prises de position émises de façon trop routinière, schématique ou sans aborder les arguments principaux de l'Office de médiation ont donc été rares, mais ont amené le médiateur à réitérer son intervention.

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 requis de faire réexaminer les faits (par des spécialistes des sinistres, des médecins, etc.). Heureusement, dans la majorité des cas, il ne s'agissait pas d'interventions faisant suite à des plaintes d'assurés concernant la durée excessive de traitement d'un dossier. Et c'est précisément dans ce genre de cas qu'il est primordial que l'assureur réponde dans les meilleurs délais à l'Office de médiation s'il veut rétablir la confiance déjà entamée de sa cliente ou de son client.

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

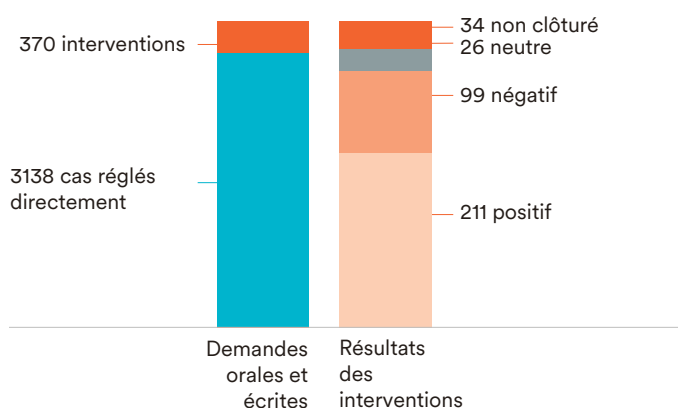
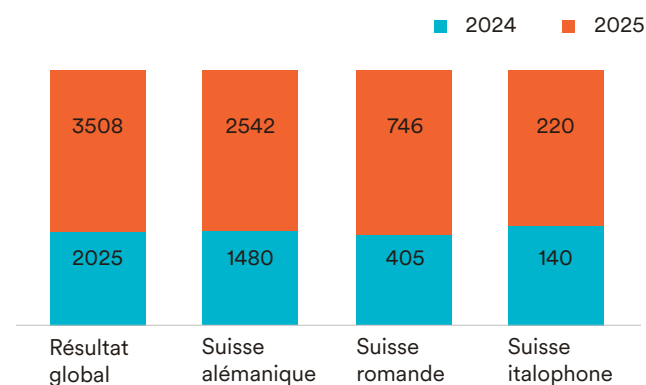
Le secteur des assurances privées



Comme lors des exercices précédents, la plupart des dossiers dans le domaine de l'assurance privée concernaient des demandes liées aux prestations, suivies par des demandes portant sur l'étendue de la couverture ainsi que la fin, la conclusion et l'adaptation des

contrats. Si le requérant est ou a été représenté par un spécialiste (p. ex. un avocat ou une assurance de protection juridique) vis-à-vis de son assureur, l'Office de médiation est dans l'impossibilité de continuer à traiter le dossier faute de compétence.

Secteur non-vie



Le nombre de requêtes adressées à l'Office de médiation dans le secteur non-vie est passé à 3508 au cours de l'exercice sous revue (2025 en 2024). Le taux de succès des interventions clôturées en 2025 s'est élevé à 63%.

Assurances véhicules à moteur : augmentation parfois massive des primes

Tout particulièrement en début d'exercice, l'Office de médiation a reçu de nombreuses plaintes contre des assureurs véhicules à moteur en raison d'augmentations de primes parfois massives (jusqu'à 30%).

En raison de la neutralité de sa fonction, l'Office de médiation n'a pas le droit d'interférer ni dans la fixation des primes et des tarifs des assureurs, ni dans leur activité concurrentielle. À notre connaissance, les conditions générales d'assurance (CGA) des assureurs véhicules à moteur autorisent en général l'assureur à adapter ses primes, à condition que cela soit communiqué dans les délais impartis. Après avoir examiné les conditions contractuelles respectives et vérifié si l'augmentation de la prime avait été annoncée à temps, soit en principe 25 ou 30 jours avant la fin de la période d'assurance, nous avons dû informer la grande majorité des personnes assurées qu'elles étaient en droit de résilier, à l'échéance, la partie du contrat concernée par la modification ou le contrat entier.

Nous avons en outre informé les personnes concernées que les coûts des pièces de rechange et des réparations des véhicules à moteur avaient fortement augmenté au cours des dernières années. Dès lors que la question portait sur le caractère abusif du montant de l'augmentation de prime annoncée, nous avons dû renvoyer les personnes requérantes à la FINMA, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers compétente en la matière.

Assurance casco véhicules à moteur

Dans le secteur de l'assurance casco véhicules à moteur, l'Office de médiation doit souvent gérer des dossiers de contestation du montant de l'indemnisation pour le propre véhicule assuré ainsi que des questions relatives à la preuve d'un dommage assuré.

Lorsque le montant du dommage calculé par des experts véhicules était contesté, nous avons dû rappeler à plusieurs reprises aux personnes assurées que l'Office de médiation traite les questions liées au droit des assurances, mais n'emploie pas de spécialistes en sinistres. De plus, en notre qualité de service de médiation gratuit

pour tout individu au bénéfice d'une assurance, nous ne pouvons pas mandater ou financer des expertises de véhicules. Dans ce genre de cas, nous avons signalé aux requérants qu'en tant que partie chargée de prouver le préjudice invoqué, ils ont la possibilité de demander eux-mêmes une contre-expertise auprès d'un spécialiste neutre. Nous leur avons indiqué le nom d'un éventuel club automobile existant ou l'Association suisse des experts automobiles indépendants (aseai.ch).

Si une personne assurée choisit de ne pas faire réparer son véhicule après avoir reçu des indemnités pour un dommage, celles-ci seront prises en compte en cas de sinistre ultérieur

Dans l'un des cas où nous avons demandé à l'assureur de se positionner pour clarifier des questions en suspens, il s'agissait d'un assuré casco dont la voiture avait subi un dommage dû à la grêle en juillet 2025 sur le trajet en direction de Spiez. Après avoir fait inspecter le véhicule par l'un de ses propres experts, l'assureur casco a conclu à l'absence de nouvel événement de grêle. En effet, les sinistres antérieurs causés par la grêle ayant été indemnisés et pris en compte, aucune autre prestation n'était due.

En désaccord avec ce refus, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation, contestant tout particulièrement l'affirmation selon laquelle il n'y avait pas eu de nouvel événement de grêle. Il a souligné que l'épisode de juillet 2025 avait certainement entraîné des dommages supplémentaires. En recourant à l'Office de médiation, l'assuré souhaitait que les expertises et les rapports de sinistre sur lesquels se fondait la décision lui soient communiqués et qu'une indemnité appropriée lui soit versée pour les dommages causés par la grêle.

Après avoir examiné le dossier du plaignant, l'Office de médiation a estimé que sa demande était recevable ; il est donc intervenu auprès de l'assureur casco.

Dans le cadre de son intervention, l'Office de médiation a ainsi indiqué qu'il considérait que le véhicule assuré avait déjà subi plusieurs sinistres dus à la grêle, mais que l'assuré avait à chaque fois renoncé à faire réparer son véhicule, tout en percevant l'indemnité correspondante. Du point de vue de l'Office de médiation, l'assureur ne remettait pas fondamentalement en cause le principe de l'événement invoqué en tant que tel ou des dommages plus conséquents, mais il estimait qu'aucune prestation supplémentaire n'était due en faveur du plaignant compte tenu des versements déjà effectués pour les sinistres précédents.

L'Office de médiation comprenait cette décision de l'assureur, pour autant que ces versements effectués jusqu'à présent couvrent ou dépassent les frais de réparation estimés (éventuellement hors TVA) ; il a donc estimé que les bases motivant la décision devaient être communiquées à l'assuré, à savoir l'expertise indiquant les coûts de réparation estimés dans le cas présent ainsi qu'un récapitulatif des versements antérieurs.

L'assureur a donné suite à la demande de transparence, indiquant que les indemnités précédemment versées en raison des dommages causés par la grêle en 2021 et 2022 s'élevaient au total à CHF 4910. Les frais de réparation estimés selon l'expertise externe du véhicule jointe au dossier s'élevaient à CHF 5000. En l'absence de réparation, seuls 90% de la somme hors TVA seraient remboursés, conformément aux dispositions contractuelles figurant dans les CGA. Le total des indemnités déjà versées dépassant d'environ CHF 400 le montant de CHF 4500, aucune indemnité supplémentaire n'a donc été versée par l'assureur. Une indemnisation supplémentaire ne serait envisageable que si l'assuré faisait réparer les dommages dus à la grêle. Le cas échéant, l'assureur prendrait en charge la différence par rapport aux frais de réparation effectifs (TVA comprise), qui se monterait à environ CHF 500 selon l'expertise, mais l'assuré devrait alors présenter la facture de la réparation.

Ce dernier a ainsi pu comprendre la position de l'assureur grâce à la transparence apportée et a remercié l'Office de médiation pour ses démarches.

Assurances vol : distinction entre vol simple et abus de confiance

Dans le domaine des assurances contre le vol, l'Office de médiation se voit parfois soumettre des dossiers portant sur la distinction entre un vol (assuré) et un abus de confiance (non assuré).

L'un de ces dossiers impliquait le preneur de leasing d'une voiture de sport coûteuse. Afin de rester discret, il garait son véhicule dans le garage d'un ami, en accord avec ce dernier, tout en lui confiant l'une des deux clés du véhicule, que l'ami était autorisé à utiliser uniquement avec son accord. En dépit de ce qui avait été convenu, l'ami a vraisemblablement remis la clé à une tierce personne sans l'accord du preneur de leasing. Après avoir utilisé le véhicule, la tierce personne en question ne l'a pas ramené et, depuis, le véhicule et ladite personne restaient introuvables. Le preneur de leasing a alors déposé une plainte auprès de la police, qui a qualifié le cas de « vol » dans son rapport.

L'assureur du preneur de leasing a refusé de reconnaître l'événement comme un vol assuré, qualifiant l'incident d'« abus de confiance ». En désaccord, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation suite au refus de couverture d'assurance.

La couverture du vol prévue dans les conditions générales d'assurance (CGA) était la suivante :

« Vol : perte, destruction ou détérioration par vol, soustraction ou brigandage, ou encore par tentative de vol, à l'exclusion de l'abus de confiance et de la fraude. »

L'Office de médiation a informé l'assuré qu'en matière d'infractions pénales, le droit des assurances reprend les définitions du Code pénal suisse (CP). Selon l'art. 139, al. 1, CP, quiconque soustrait une chose mobilière appartenant à autrui dans le but de se l'approprier commet un vol. La « soustraction » s'applique par ailleurs aussi aux choses mobilières. Selon l'art. 141 CP, il y a soustraction de biens lorsque quelqu'un soustrait une chose mobilière à l'ayant droit sans dessein d'appropriation et lui cause par là un préjudice considérable. Enfin, selon l'art. 138, al. 1, CP, il y a abus de confiance si, pour se procurer ou procurer à un tiers un enrichissement illégitime, quelqu'un s'approprie une chose mobilière appartenant à autrui et qui lui a été confiée.

L'Office de médiation a informé le requérant qu'il n'y avait vol que lorsqu'une chose mobilière appartenant à un tiers est subtilisée par une personne dans l'intention de se l'approprier. Le fait de subtiliser désigne la rupture de la possession d'autrui et la création d'une nouvelle possession. Comme le plaignant avait volontairement remis la clé, et donc le véhicule, à son ami, il n'y a pas eu de rupture de la possession ; les conditions constitutives d'un vol n'étaient donc pas remplies.

De l'avis de l'Office de médiation, on ne pouvait pas non plus parler de soustraction de bien, car il n'y avait aucune trace du véhicule et l'on pouvait donc supposer que l'auteur avait bel et bien l'intention de se l'approprier. En revanche, les conditions constitutives d'un abus de confiance semblaient réunies, au vu des documents fournis. La voiture de sport ainsi que sa clé avaient été confiées à l'ami, puis au suspect, qui s'est empressé de disparaître avec le véhicule et de se l'approprier ; la volonté d'enrichissement semblait aussi présente.

L'Office de médiation a donc été obligé d'informer le requérant qu'en l'absence de toute possibilité d'intervention concluante auprès de l'assureur, il se voyait obligé de clôturer le dossier.

Assurances responsabilité civile privée : responsabilité des mineurs en cas de dommage matériel

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est vu soumettre à plusieurs reprises des dossiers posant une question centrale : une personne mineure peut-elle être tenue pour responsable d'un dommage qu'elle a causé ? Selon l'art. 19, al. 3, CC, c'est le cas lorsque la personne mineure est capable de discernement, c'est-à-dire lorsqu'elle est à même d'évaluer les conséquences de ses actes.

Dans l'un de ces cas, un plaignant nous a raconté que son fils de 15 ans s'était rendu dans un skatepark public avec deux amis de son âge un jour d'avril 2025. Lorsque la météo s'est rafraîchie, les adolescents ont décidé d'allumer un petit feu pour se réchauffer. Afin de ne pas abîmer la pelouse avoisinante, ils n'ont pas allumé le feu sur l'herbe, mais tout au bord de la surface bétonnée de l'installation, et ont utilisé du bois qui se trouvait dans le parc voisin comme combustible.

Après une forte détonation, probablement causée par des tensions thermiques souterraines, les jeunes ont éteint le feu, avant de constater que le béton s'était fissuré et avait éclaté. La commune a été informée et a demandé à une entreprise spécialisée d'établir un devis de réparation, qui s'est élevé à environ CHF 4800. Après s'être mis d'accord pour déclarer le sinistre à leurs assurances responsabilité civile respectives, les parents des jeunes ont convenu qu'ils se répartiraient les frais au prorata.

L'assureur RC du plaignant a refusé de couvrir le sinistre en se basant sur ses conditions générales d'assurance (CGA), arguant que la couverture d'assurance ne couvrait pas les dommages « qui étaient prévisibles ou dont la survenance était hautement probable ». Le comportement de ces jeunes, en particulier le fait d'allumer un feu sur du béton, devait être considéré comme

contraire au devoir de diligence, car le risque d'un dommage était prévisible.

Ne l'entendant pas de cette oreille, l'assuré s'est adressé à l'Office de médiation. Selon lui, le dommage n'était ni intentionnel, ni malveillant. Les adolescents avaient allumé ce feu uniquement pour se réchauffer et ils s'étaient même efforcés d'éviter les dégâts en allumant le feu sur du béton plutôt que sur la pelouse. Pour des jeunes de cet âge, le fait qu'un feu, même de faible ampleur, allumé sur un sol en béton puisse causer des dommages n'était ni évident, ni facilement perceptible.

Après avoir examiné les documents relatifs à cette requête, l'Office de médiation a estimé que les conclusions de l'assureur étaient trop sévères et a décidé d'intervenir auprès de celui-ci. Il a émis des doutes sur le caractère prévisible des dommages causés par l'incendie du point de vue des adolescents, estimant que ces derniers ne pouvaient pas envisager la forte probabilité qu'un petit feu sur du béton entraînerait les dommages causés. En effet, ce scénario ne peut pas être considéré comme prévisible au regard de l'expérience commune et semble en l'occurrence être lié à la nature particulière du béton. De l'avis de l'Office de médiation, des jeunes de 15 ans sont certes tout à fait capables d'imaginer les dommages qu'un feu de bois peut causer au sol, notamment en laissant des traces de suie, mais les conséquences concrètes de leur acte ne pouvaient pas être raisonnablement anticipées, surtout par des personnes non expertes.

Peu convaincu par cette argumentation, l'assureur a répondu en substance que même après un nouvel examen, il maintenait son point de vue : les trois jeunes adolescents auraient dû s'attendre à la grande probabilité que le feu provoque aussi des fissures et des éclats dans le béton. En parallèle, il considérait que le comportement des adolescents relevait tout du moins du dol éventuel et a donc maintenu l'exclusion de couverture invoquée.

L'assureur s'est notamment montré dubitatif quant au motif avancé, selon lequel les jeunes auraient décidé de ne pas faire de feu sur la pelouse pour ne pas l'abîmer, alors qu'elle ne semblait pas très bien entretenue. Même si des dégâts avaient été causés au sol, l'herbe aurait repoussé naturellement en peu de temps. Or, toutes les personnes impliquées ont délibérément allumé le feu sur le béton, alors qu'elles auraient dû se douter que cela entraînerait inévitablement des traces de suie difficiles à nettoyer.

Tout aussi peu convaincu par ce raisonnement, l'Office de médiation s'est fendu d'une seconde intervention en rappelant que le béton est perçu dans la conscience générale, y compris chez les jeunes, comme un matériau robuste et hautement résistant au feu. Cette perception se défend, car le béton n'est pas inflammable, il ne s'échauffe que lentement et est utilisé de manière ciblée dans la construction pour la protection anti-incendie, par exemple pour les plafonds, les sols ou les murs. Au quotidien, cette conception revient dans de nombreux exemples, tels que les cheminées, les foyers ou les poêles en béton ou en matériaux similaires, qui sont exposés à une chaleur directe sans subir de dommages visibles ou structurels immédiats. Il peut alors sembler évident qu'un simple feu ouvert sur du béton ou à proximité ne pose en principe aucun problème, en particulier si le feu est de petite taille ou de courte durée.

Certes, dans certaines conditions, la chaleur peut endommager le béton, mais les dégâts ne sont alors pas dus au feu en lui-même, mais à des phénomènes physiques complexes : pression de vapeur, chocs thermiques ou exposition prolongée aux braises associée à une mauvaise ventilation. Ces mécanismes ne sont ni visibles ni intuitifs pour des non-spécialistes, et d'autant plus pour des jeunes.

En outre, l'Office de médiation a posé une question : peut-on raisonnablement conclure à un dol éventuel à

partir du comportement de ces jeunes ? Il semble plus plausible qu'ils aient allumé le feu sur une surface en béton afin d'éviter, de leur point de vue, de causer des dégâts à la pelouse. Cette attitude suggère davantage une certaine prudence que l'acceptation implicite d'un dommage. Sur la base de ces considérations, l'Office de médiation a demandé à l'assureur de reconsidérer sa position ; sinon, en raison de ses propres devoirs de diligence, il serait obligé de recommander à l'assuré de faire appel à un avocat.

Dans sa prise de position finale, l'assureur a reconnu que le béton est également utilisé de manière ciblée dans la construction pour la protection contre les incendies, tout en précisant que le feu peut néanmoins provoquer de petits éclats et des fissures. Par ailleurs, la surface en béton du skatepark avait une finition particulièrement lisse et élaborée, identifiable comme telle, et donc impossible à assimiler au type de béton utilisé pour les cheminées, les foyers ou les poêles. Pour un usager moyen, y compris pour des jeunes de cet âge, et compte tenu de tous les éléments visibles, il aurait dû être clair que l'effet de la chaleur d'un feu pouvait provoquer de petits éclats et des fissures dans le béton, même sans avoir de notions concernant les phénomènes chimiques et physiques y afférents. Aux yeux de l'assureur, les traces de suie constituaient un dommage à la propriété au sens de l'art. 144, al. 1 CP et donc un délit au sens de l'art. 10, al. 3 CP. Selon les CGA, la couverture d'assurance ne s'applique pas sur les prétentions en responsabilité civile découlant de dommages survenus lorsqu'une personne assurée commet ou tente de commettre intentionnellement un délit ou un crime.

Même si les dommages causés par les fissures et les éclats ne peuvent pas être considérés comme prévisibles, l'assureur estime qu'ils sont étroitement liés à un délit, ce qui entraîne l'exclusion de la couverture invoquée. D'après les spécialistes techniques consultés, les coûts indiqués dans l'offre de réparation sollicitée

par la commune auraient en outre servi pour l'essentiel à éliminer les traces de suie, lesquelles ne sont incontestablement pas couvertes par l'assurance. L'assureur s'en est donc définitivement tenu à son refus initial.

L'Office de médiation a informé le requérant qu'en définitive, la position de l'assureur concernant la prévisibilité des dommages causés par la suie sur le béton ne pouvait pas être contestée. Ces dommages étaient à prévoir, avec une forte probabilité, et sont donc exclus de la couverture. Toutefois, selon l'Office de médiation, les dommages prévisibles avec une forte probabilité peuvent être causés aussi bien intentionnellement que par négligence. Pour cette raison, il n'était pas nécessaire d'analyser les explications de l'assureur concernant l'art. 144, al. 2 CP et l'art. 10, al. 3 CP, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une question relevant du droit des assurances. Reste à savoir si, en cas de jugement par un tribunal, le juge compétent arriverait à la conclusion que les autres dommages, c'est-à-dire les fissures et les éclats du béton, auraient également dû être jugés prévisibles avec une forte probabilité par les jeunes. L'Office de médiation a laissé cette question ouverte. Quoi qu'il en soit, l'Office de médiation ne peut pas obliger un assureur qui a définitivement adopté une position à adopter un autre point de vue et il a donc été obligé de clore le dossier.

Assurance dommages naturels

Dans le secteur de l'assurance contre les dommages dus à des événements naturels, le nombre de cas soumis à l'Office de médiation (17, contre 23 lors de l'exercice précédent) est resté à un niveau bas malgré les événements majeurs et les catastrophes naturelles de ces derniers temps. Il convient toutefois de relever que, comme le montre notre expérience, les réclamations concernant des sinistres précis ne parviennent souvent à l'Office de médiation qu'avec un certain décalage dans le temps. Cela dit, au vu du nombre de personnes

touchées et des dommages de grande ampleur de ces dernières années, on peut supposer que les assureurs ont globalement fait du bon travail dans la gestion des sinistres dus aux éléments naturels.

Occasionnellement, l'Office de médiation s'est vu soumettre des dossiers où le lien de causalité entre le dommage survenu et l'événement naturel était mis en doute. L'un de ces cas concernait des dommages causés aux panneaux en fibrociment (Eternit) d'un toit. Le requérant a expliqué qu'au cours d'une tempête survenue le 8 octobre 2024, la toiture en fibrociment de sa maison, située dans le canton d'Obwald à plus de 1920 mètres d'altitude, avait été fortement endommagée. Selon ses indications, les panneaux en fibrociment étaient déjà fragilisés par des épisodes de grêle antérieurs. Suite à cette tempête de 2024, la partie sud de la toiture a dû être remplacée.

Le requérant a contesté le refus que son assureur ménage et bâtiment a opposé à la prise en charge du sinistre. L'expert en sinistres a justifié le refus par la qualité insuffisante des matériaux, sans oublier que la qualité des panneaux de fibrociment laissait à désirer depuis des années. Le couvreur mandaté était en revanche d'avis que les panneaux en question avaient été fragilisés par des chutes de grêle antérieures, mais l'expert en sinistres a contesté ce point.

Après avoir examiné le dossier, l'Ombudsman est intervenu auprès de l'assureur en se référant à l'évaluation de l'expert en sinistres susmentionné. Son rapport daté du 21 octobre 2024 concluait que l'état des panneaux, notamment en raison de la saleté accumulée aux points de rupture, était dû à un processus d'usure s'étalant sur plusieurs années. N'ayant relevé que de rares traces de grêle, l'expert jugeait ainsi que la grêle n'était pas à l'origine de l'état défectueux de la toiture, mais que c'était plutôt la qualité des panneaux qui était en cause. Il a attribué la localisation exclusive des dommages sur le côté sud du toit par de fortes différences

de température, notamment pendant l'hiver. Se fondant sur ces conclusions, l'assureur a réfuté l'existence d'un dommage naturel et refusé la couverture.

L'Office de médiation comprenait parfaitement le désaccord du requérant vis-à-vis de cette décision et il en a fait part à l'assureur. L'assuré a présenté une déclaration de son couvreur datant de juin 2025, où ce dernier indiquait avoir changé la gouttière du bâtiment concerné et effectué un service de maintenance de la toiture en mai 2022. En mai 2023 et en mai 2024, des contrôles de la toiture ont été effectués, y compris le nettoyage des gouttières, et le balcon a été refait en été 2024.

Lors de ces travaux, aucun panneau en fibrociment défectueux ni aucune trace de dommages dus à la grêle n'avaient été constatés. Le couvreur a qualifié de peu convaincante l'hypothèse prétendant qu'un mauvais matériau de couverture avait été utilisé pour la maison du plaignant et que les dommages étaient apparus sur le côté sud en raison des grandes différences de température en hiver. Les toits de Melchsee-Frutt, localité située à 1920 mètres d'altitude, sont en effet recouverts de neige tout l'hiver jusqu'au printemps. Selon le rapport, lors de l'inspection des dégâts après les intempéries survenues à Melchsee-Frutt en octobre 2024, il y avait des traces évidentes de grêle sur la tôle et sur les fenêtres Velux, ainsi que des panneaux en fibrociment défectueux. Les clichés apportés au dossier prouvaient que les bandes de noue en tôle et les fenêtres de toit présentaient d'importantes déformations dues aux grêlons, qui devaient également avoir endommagé les panneaux en fibrociment. Seul le côté exposé aux intempéries, c'est-à-dire la face sud du toit, avait été touché par la grêle et endommagé, tandis que la face nord était en bon état. Or, il est peu probable que seul le côté exposé aux intempéries ait été recouvert de panneaux en fibrociment défectueux lors de la construction de la maison. Enfin, il faut ajouter que lors de la tempête du 8 octobre 2024, le couvreur a constaté des dégâts simi-

lares sur d'autres immeubles que son entreprise gère à Melchsee-Frutt.

L'Office de médiation a indiqué à l'assureur qu'il considérait le rapport du couvreur comme crédible et plausible, d'autant plus que les travaux d'entretien susmentionnés étaient étayés et que le couvreur était parfaitement au fait des réalités locales. En outre, les photos fournies montraient clairement les déformations dues aux grêlons présentes sur les pièces en tôle, même pour des non-spécialistes, et les grêlons avaient dû être particulièrement violents pour avoir un tel impact sur le toit. La raison pour laquelle les panneaux en fibrociment n'avaient pas été endommagés par les grêlons restait un mystère aux yeux de l'Office de médiation.

Ce dernier a donc demandé à l'assureur de réexaminer le dossier. Quelques jours plus tard, l'assureur a informé l'Office de médiation qu'il prenait en charge le dommage invoqué en se basant sur les documents supplémentaires reçus, notamment le rapport du couvreur, sans que cela ne constitue un précédent pour de futurs cas. Le requérant a ainsi obtenu une prestation d'assurance de plus de CHF 48 000.

Recommandation aux détentrices et détenteurs d'une assurance bâtiments

Conservez bien vos justificatifs concernant les travaux d'entretien effectués sur les bâtiments. En cas de sinistre, ils peuvent aider à documenter l'état d'un bien immobilier avant un événement et à éviter des problèmes ultérieurs liés aux preuves.

Assurances de protection juridique : hausse des plaintes pour résiliation en cas de sinistre par les assureurs de protection juridique selon l'art. 42 LCA

Au cours de l'exercice sous revue, nous avons aussi reçu de très nombreuses plaintes visant notamment

les assurances de protection juridique et portant sur la résiliation de la police de la part de l'assureur après un sinistre.

Nous avons dû expliquer aux assurés concernés que, conformément à l'art. 42 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance), tant la compagnie d'assurances que la preneuse ou le preneur d'assurance ont le droit de mettre fin prématurément au contrat d'assurance en cas de sinistre couvert. En règle générale, les CGA des assureurs telles que nous les connaissons mentionnent également ce droit légal des deux parties. Pour qu'une résiliation soit considérée par l'assureur comme ayant été notifiée dans les temps, elle doit l'être au plus tard lors du versement de l'indemnité (ou, dans le cas d'une assurance de protection juridique, au moment de la dernière prestation de protection juridique). La résiliation en cas de sinistre n'étant pas assortie d'une obligation de justification d'un point de vue juridique, elle ne peut donc pas être contestée pour cause d'erreur ou d'inexactitude quant au motif.

Par ailleurs, nous avons dû informer les personnes concernées que la validité d'une résiliation en cas de sinistre ne dépend pas du montant du sinistre déclaré ou du nombre de sinistres déclarés. En d'autres termes, les deux parties sont en droit de résilier la police dès le premier sinistre couvert. La question de savoir si et quand une compagnie d'assurances privée décide de résilier une police suite à un sinistre est clairement une affaire de politique d'entreprise. En sa qualité d'intermédiaire neutre, l'Office de médiation ne peut pas s'immiscer dans la politique commerciale des compagnies d'assurances.

Dans les dossiers de ce type lui ayant été soumis, l'Office de médiation ne pouvait donc intervenir qu'en présence d'éléments laissant supposer qu'au moment de la résiliation, tous les sinistres avaient déjà été clôturés et que la résiliation avait été notifiée trop tardivement.

Recommandation aux personnes assurées

N'oubliez pas que dans le secteur de la protection juridique, les conseils juridiques demandés à l'assureur dans le cadre d'une consultation juridique font également office de prestations d'assurance et autorisent l'assureur à procéder à une résiliation de police suite à un sinistre.

Assurances de protection juridique : pratique stricte de certains assureurs concernant le montant de la réduction des prestations pour faute grave

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une faute grave est commise si une personne agit *en enfreignant les règles de prudence élémentaire* que toute autre personne sensée aurait respectées dans les mêmes circonstances. La notion de faute grave désigne ainsi un comportement qui ne devrait pas pouvoir se produire.

Une réduction des prestations de 75% pour faute grave a touché un assuré qui, après avoir participé à une fête de la bière (« Oktoberfest »), circulait en état d'ébriété avec une trottinette électrique et a été intercepté lors d'un contrôle de routine par la police peu après avoir pris la route. Après avoir payé une amende de 300 euros, il a reçu une confirmation écrite indiquant que la procédure était classée. Or, quelques semaines plus tard, il a tout de même reçu une ordonnance pénale assortie d'une amende de 3500 euros et d'un retrait de permis de huit mois pour les véhicules à moteur.

Il s'est donc adressé à son assureur de protection juridique. Celui-ci lui a indiqué en substance que les prestations seraient réduites de 75% en raison de son taux d'alcoolémie de 1,53‰ figurant dans l'ordonnance pénale (art. 14, al. 2 LCA). En l'absence de tout soutien de la part de son assurance de protection juridique,

l'assuré a donc accepté l'ordonnance pénale ainsi que le retrait de son permis.

Il s'est ensuite adressé à l'Office de médiation concernant le montant de la réduction des prestations d'assurance de 75% en se référant à la pratique des tribunaux dans les cas de conduite en état d'ivresse. Il se demandait également quelle part des frais de procédure et des dépens devait lui être remboursée par son assurance de protection juridique.

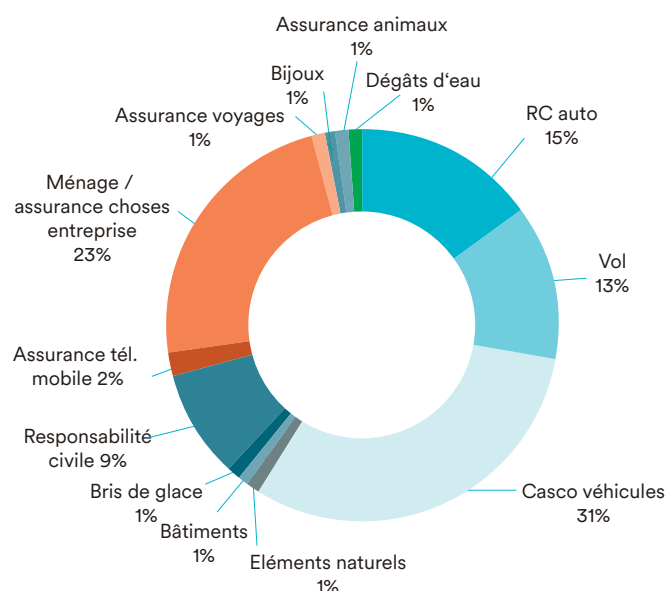
Après avoir examiné son dossier, l'Office de médiation est intervenu auprès de l'assurance de protection juridique, soulignant que, selon les arrêts du Tribunal fédéral relatifs à l'art. 14, al. 2 LCA cités dans le Commentaire bâlois de la LCA, le taux de réduction en cas de faute grave se situe généralement entre 10% et 50%, et ne dépasse ce seuil que dans les cas de faute extrêmement grave. Le taux doit par ailleurs être fixé à un niveau d'autant plus bas que le montant des dommages est élevé.

Par ailleurs, il n'y avait pas eu de dommage concret dans le cas présent et il fallait tenir compte du fait que l'assuré conduisait une trottinette électrique et non une voiture. À la lumière de la jurisprudence, l'Office de médiation avait le sentiment que les prestations avaient été réduites plus sévèrement que ne le prévoit ladite jurisprudence, même s'il s'agissait ici des prestations de l'assurance de protection juridique. De ce fait, une réduction maximale de 35% semblait plus adéquate, soit une indemnisation de 65% des frais occasionnés.

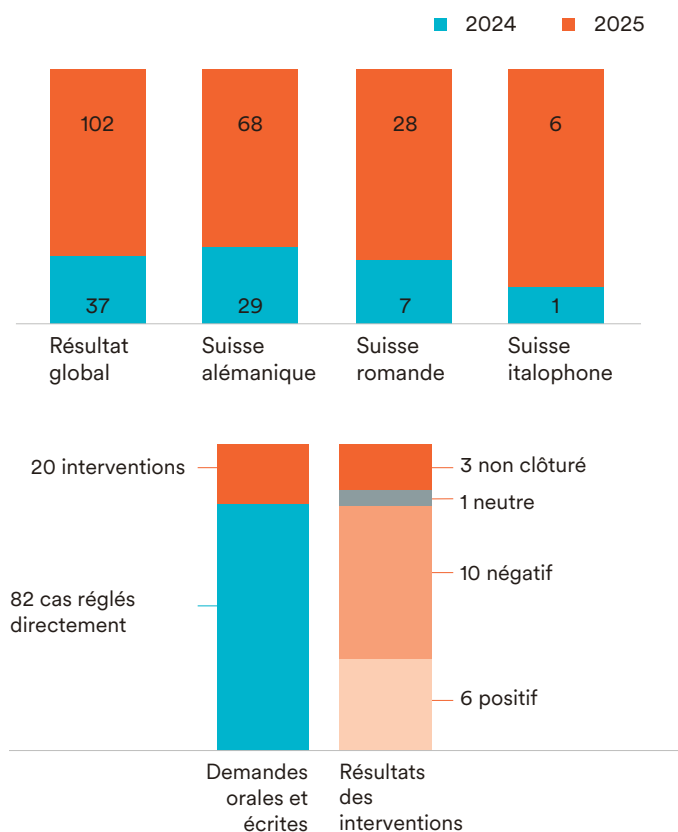
Dans sa prise de position, l'assureur a reconnu qu'une réduction pour faute grave de 75% s'avérait en l'occurrence disproportionnée compte tenu des faits ainsi que de la pratique administrative et judiciaire. Il a donc retenu la proposition de ramener la réduction à 35% dans le dossier en question, sans toutefois que cela ne constitue un précédent pour d'autres futurs cas impliquant le même taux d'alcoolémie de 1,52‰.

Le requérant s'est montré satisfait de cette réduction des prestations et l'a acceptée.

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



Au cours de l'exercice sous revue, sur un total de 102 dossiers HIS, 24 ont fait l'objet de demandes par oral. Les 78 dossiers HIS restants, soumis par écrit, ont chacun nécessité beaucoup de temps consacré à l'étude des documents. Lors de l'exercice précédent, 37 dossiers HIS avaient été soumis, dont 11 demandes orales. Sur les 26 demandes écrites de cette année-là, 6 avaient entraîné des interventions. En revanche, au cours de l'année sous revue, les 78 demandes écrites de médiation ont donné lieu à 20 interventions, ce qui est une augmentation impressionnante de 276%. Mais pourquoi une telle explosion du nombre de cas HIS ? Le taux d'intervention a également légèrement augmenté, passant de 23,1% à 25,6%.



Tout comme en 2024, la majorité des cas portaient sur les inscriptions au HIS après que l'assureur a invoqué une prétention frauduleuse selon l'art. 40 LCA ou une réticence intentionnelle lors de la conclusion du contrat selon l'art. 6 LCA.

Les inscriptions au HIS font souvent craindre aux personnes concernées de ne plus pouvoir trouver de nouvel assureur

Parmi les personnes concernées, beaucoup ne savaient même pas que le Système d'informations et de renseignements des compagnies d'assurances suisses (HIS) existait. Ce dispositif vise à éviter les demandes de prestations abusives aux dépens de la communauté des assureurs. Les compagnies d'assurances qui participent au HIS peuvent signaler des personnes si elles constatent

des irrégularités dans le cadre d'un sinistre. Lors du traitement des sinistres, notamment dans les domaines de l'assurance véhicules à moteur, de l'assurance choses, de la responsabilité civile et de l'assurance voyage, les assureurs peuvent ainsi effectuer une recherche dans le HIS afin de vérifier si une personne impliquée dans le sinistre en cours y est déjà répertoriée.

L'Office de médiation a pu informer les personnes concernées, qui ont exprimé des craintes à ce sujet, notamment celle de ne plus pouvoir trouver de nouvel assureur après une résiliation suite à une inscription au HIS, que celui-ci ne constitue pas un registre en libre consultation. Une compagnie d'assurances ne peut savoir si une personne est inscrite que si cette dernière est impliquée dans un sinistre et que le HIS est consulté dans le cadre du traitement du sinistre. Les assureurs ne sont pas autorisés à effectuer une recherche dans le HIS en dehors d'un processus de traitement des sinistres en cours, par exemple avant la conclusion d'un contrat.

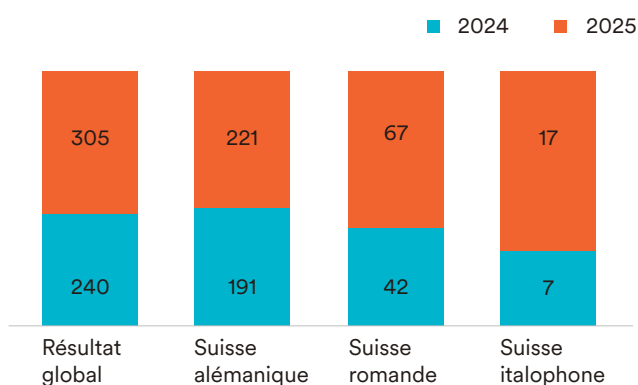
L'Office de médiation a également souligné que les éventuelles difficultés rencontrées lors de la conclusion d'une nouvelle assurance ne pouvaient certainement pas être imputées à une inscription au HIS, mais plutôt au questionnaire remis dans le cadre de la proposition d'assurance et que le futur preneur d'assurance doit remplir. En règle générale, ce questionnaire permet de déterminer si un assureur précédent a résilié la police au cours d'une période donnée (par exemple au cours des trois ou cinq dernières années) et combien de sinistres sont survenus pendant la période susmentionnée.

Recommandation aux personnes assurées concernées

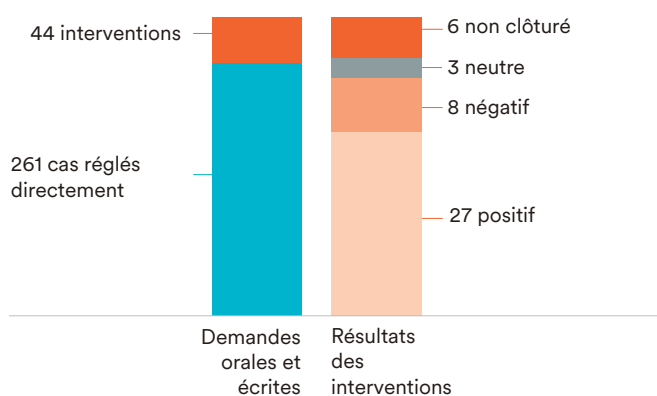
Informez les assureurs ayant rejeté votre proposition d'assurance que vous seriez éventuellement prêt à conclure un contrat à des conditions plus strictes (p. ex. moyennant une prime plus élevée, une franchise plus élevée ou certaines exclusions de prestations, comme en cas de sinistre dû au vol), et demandez un réexamen de votre proposition.

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2025, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a augmenté, passant de 240 à 305.



Seuls 44 cas (37) ont donné lieu à une intervention, avec un taux de réussite de 71%.



Comme au cours de l'exercice précédent, les demandes qui nous ont été soumises concernaient principalement les catégories suivantes :

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.

Comme lors des exercices précédents, l'Office de médiation a été saisi de plusieurs plaintes liées à de mauvais conseils fournis lors de la conclusion de contrats avec de très jeunes adultes.

L'un de ces dossiers concernait une assurée qui, tout juste âgée de 22 ans en 2022, avait voulu provisoirement placer ses économies et épargner pour sa retraite ou pour l'achat d'un logement à l'aide d'un pilier 3a. Son partenaire de l'époque, qui travaillait pour une compagnie d'assurance vie, lui avait conseillé de souscrire une police du pilier 3b avec une prime d'environ CHF 4200.- ainsi qu'une police du pilier 3a assortie d'une prime d'environ CHF 1800.-. Selon les déclarations de la requérante, il ne l'avait alors pas informée des coûts et des risques liés à cette souscription, et ne lui avait pas non plus fourni d'explications approfondies sur les produits en question. Elle contestait dès lors le fait que l'assureur vie ne verse que deux valeurs de rachat totalisant environ CHF 2700.- en cas de résiliation des polices en mars 2025, alors qu'elle avait déjà versé un montant total d'environ CHF 11 300.- dans les polices concernées.

Après avoir examiné les documents reçus, l'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur et lui a fait savoir qu'il comprenait la demande de l'assurée. Aux yeux de l'Office de médiation, il est important que les jeunes adultes soient interrogés sur leurs projets d'avenir avant la conclusion d'une assurance vie. Ce principe s'applique tout particulièrement à des cas comme celui-ci, où l'on peut supposer que le conseiller avait connaissance du fait que la requérante prévoyait de faire des études sans activité accessoire, ce qui ne permettait pas de versements dans le pilier 3a malgré l'obligation contractuelle. Sans compter le fait que la jeune assurée ne disposait pas de réserves financières lui permettant de s'engager contractuellement pour une longue durée. Son conseiller, qui était son partenaire de l'époque, devait également le savoir, tout comme il savait qu'elle n'avait pas de personne à assu-

rer en cas de décès. Cela dit, l'Office de médiation ne disposait d'aucun élément indiquant qu'un procès-verbal de conseil avait été établi.

L'Office de médiation considérait comme un élément déterminant le fait qu'une relation de confiance particulière ait existé entre la requérante et son partenaire de l'époque lors de la conclusion des contrats ; cela pose problème dans la mesure où, en raison de son lien privé avec la requérante, le partenaire de l'époque était à la fois tenu de défendre ses intérêts à elle et de préserver ses propres intérêts (commission). Il s'était ainsi trouvé dans une situation de conflit d'intérêts manifeste. Le conseiller a cosigné les propositions d'assurance, mais rien dans le dossier n'indiquait que la requérante a été informée de ce conflit d'intérêts. L'Office de médiation part du principe que les personnes se trouvant dans une relation de confiance ont tendance à moins remettre en question les recommandations qu'elles reçoivent que si elles se trouvent dans une situation de conseil purement commerciale.

S'il était effectivement vrai que son partenaire de l'époque s'était contenté de lui tendre son iPad pour qu'elle signe, sans passer en revue les produits avec elle ni les lui expliquer, elle n'a pas non plus eu suffisamment de temps pour examiner attentivement les documents qui lui ont été présentés sous forme électronique afin de déterminer si un engagement contractuel aussi long et les produits d'investissement en question étaient vraiment judicieux pour elle. La question se posait donc également de savoir si l'assureur avait respecté son obligation d'information selon l'art. 3 LCA, d'autant plus que cette obligation ne remplit son objectif que si la requérante a disposé de suffisamment de temps pour prendre connaissance des documents.

L'Office de médiation était parfaitement conscient du fait que la plaignante avait signé les propositions d'assurance, mais le formulaire dédié aux signatures

se présentait sous forme de document séparé ; on ne pouvait donc pas exclure que la plaignante n'ait eu que ce dernier document sous les yeux.

L'Office de médiation a donc demandé à l'assureur d'examiner les faits invoqués et d'indiquer s'il serait disposé à faire des concessions à la requérante au cas où celle-ci décidait de résilier les polices.

Par la suite, sans prendre expressément position sur les questions soulevées, l'assureur s'est déclaré prêt à verser à la requérante, au sens d'une renonciation aux frais, un montant d'environ CHF 7760, en plus des valeurs de rachat susmentionnées d'un total d'environ CHF 2700 ; ceci à condition que toutes les prétentions réciproques soient ainsi éteintes pour solde de tout compte. L'Office de médiation a considéré cette proposition comme équitable, compte tenu du fait que l'assureur avait supporté le risque assuré jusqu'à la résiliation du contrat. La requérante a accepté cette proposition et a communiqué à l'assureur deux comptes bancaires, dont un compte de pilier 3a auprès d'une banque, afin que les versements des piliers 3a et 3b puissent être effectués.

Recommandations aux personnes assurées

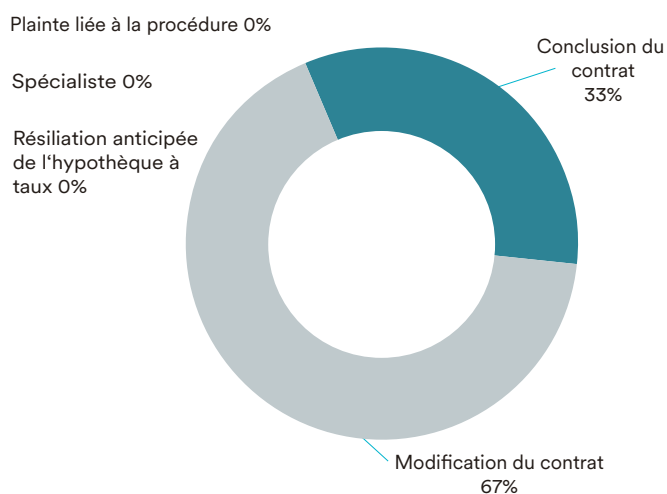
Nous vous recommandons de toujours prendre le temps de lire attentivement les documents des propositions avant de conclure une assurance vie qui vous oblige à payer des primes pendant de longues années. Demandez-vous si la proposition d'assurance a un sens pour vous et si elle sera financièrement supportable. Ne signez jamais sous la pression. Si nécessaire, posez d'autres questions à la personne qui vous a conseillé et ne signez une proposition que si vous avez la certitude que le produit d'assurance en question est pertinent dans votre situation et répond à vos besoins. Demandez un procès-verbal de l'entretien.

Sachez également que, conformément à l'art. 2a, al. 2, LCA, vous pouvez révoquer dans les quatorze jours une proposition d'assurance que vous avez demandée ou acceptée. Les effets de la révocation sont régis par l'art. 2b LCA.

Recommandation aux assureurs vie

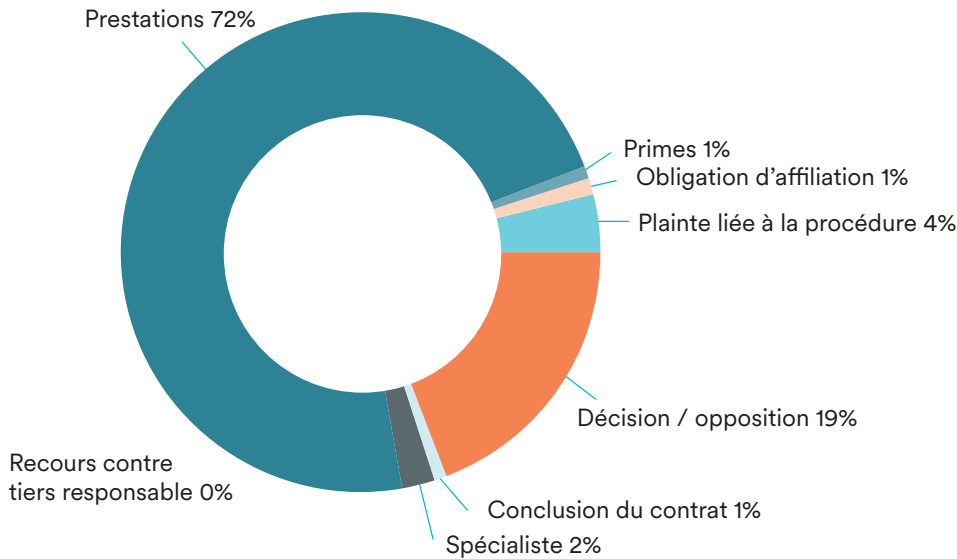
Dans le cadre des entretiens de conseil, demandez toujours à vos interlocutrices et interlocuteurs quels sont leurs projets d'avenir. Notamment dans le cas des jeunes adultes et des personnes arrivées de l'étranger et travaillant depuis peu en Suisse, demandez-leur toujours si elles souhaitent rester en Suisse et y exercer une activité professionnelle, et si oui, pendant combien de temps.

Contrats de prêts hypothécaires



Au cours de l'exercice sous revue, nous n'avons reçu que 3 (7) requêtes concernant des contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurances. Tous ces dossiers ont pu être traités directement, c'est-à-dire sans prise de contact avec l'assureur.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

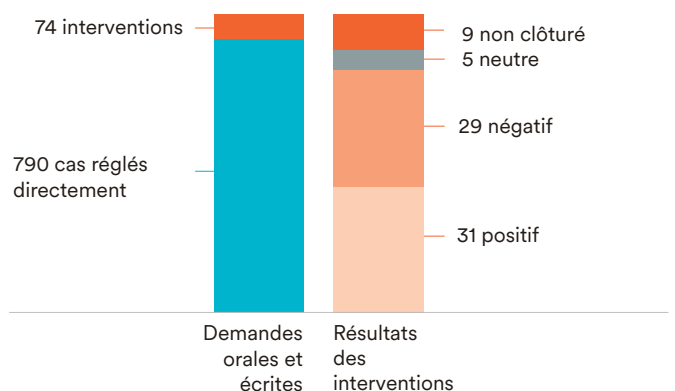
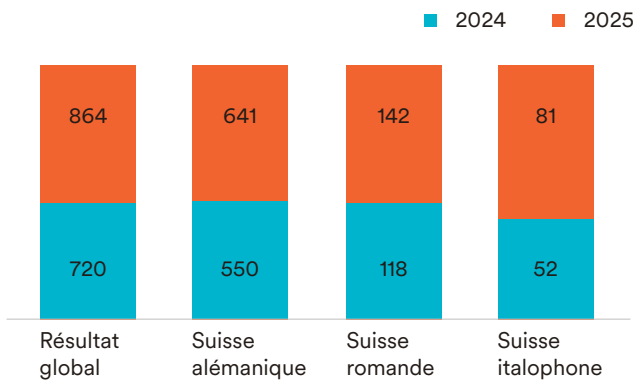


Au cours de l'exercice sous revue, 864 demandes ont été adressées à l'Office de médiation, soit environ 20% de plus qu'en 2024 (720). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italophone étaient respectivement au nombre de 641 (550), 142 (118) et 81 (52). Comme en 2024, les cas provenaient en 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 invo-

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

Sur les 357 requêtes soumises par écrit, 283 dossiers ont pu être réglés directement. L'Office de médiation est intervenu dans 73 cas. Sur les 65 interventions clôturées, le taux de réussite se monte à 48%, soit 31 dossiers. Par ailleurs, 29 cas (44%) se sont soldés par un résultat négatif et 5 autres (8%) ont été classés comme « neutres ».



Obligation de l'assureur accidents de verser des prestations en cas de modification déterminante de l'état de santé

Dans le domaine de la LAA, l'Office de médiation s'est vu soumettre le dossier d'une enseignante de sport qui avait joué au smolball (sport de ballon combinant des éléments de tennis, de badminton et d'unihockey) et s'était tordu la jambe gauche au cours d'un affrontement en duel. Cet accident a entraîné des atteintes majeures, à savoir des lésions du cartilage rétropatellaire, une déchirure du ménisque externe ainsi qu'une rupture centrale du ligament croisé. Elle a donc dû subir une opération peu après l'événement et suivre un programme de rééducation (physiothérapie intensive).

Se basant sur une brève évaluation de son médecin-conseil, la compagnie d'assurances a déclaré vouloir suspendre ses prestations, d'abord après six mois, puis (après réclamation de l'assurée) après dix mois à compter de la date de l'accident, et cesser de prendre en charge les séances de physiothérapie, au motif que la condition de causalité naturelle n'était plus remplie lorsque le *statu quo ante vel sine* avait été atteint.

Toutes les circonstances en l'absence desquelles l'événement survenu ne se serait pas produit, ou pas de la même manière, ou pas au même moment, sont considérées comme des causes au sens de lien de causalité naturelle.

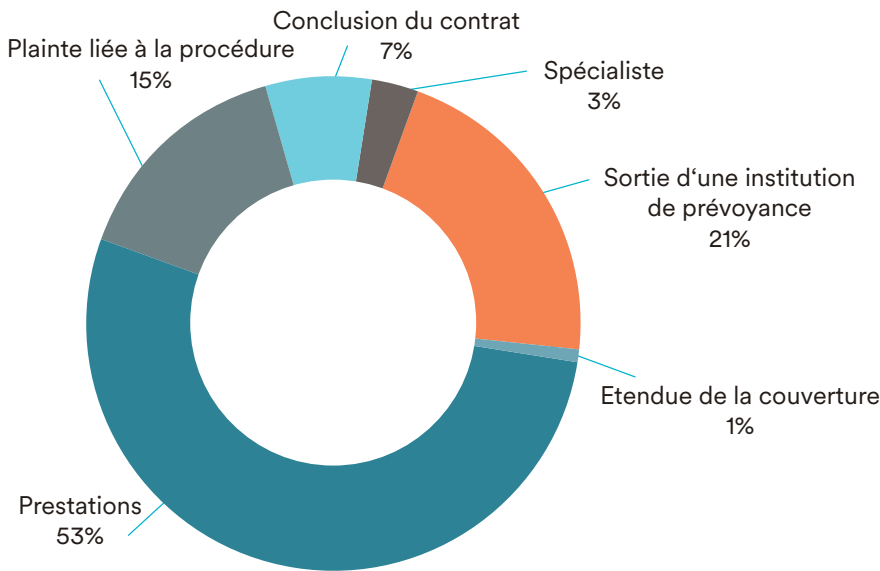
Dès lors que la causalité naturelle peut être reconnue, il s'agit ensuite de déterminer la durée de la compétence de l'assurance accidents. L'assurance accidents n'est tenue de fournir des prestations qu'à titre transitoire dans la mesure où il est possible de rétablir l'état de santé qui prévalait avant l'accident (*statu quo ante*) ou l'état qui serait survenu, même en l'absence d'accident, en raison de l'évolution inéluctable d'une pathologie antérieure (*statu quo sine*).

En revanche, l'assurance accidents auprès de laquelle la personne concernée était assurée au moment de l'accident reste compétente à vie (donc également en cas de rechute et de séquelles tardives), dans la mesure où l'accident a entraîné une atteinte déterminante à la santé. Il y a atteinte déterminante lorsque l'accident a provoqué une détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée, détérioration qui n'aurait pas eu lieu en l'absence d'accident ; autrement dit, l'état du *statu quo ante vel sine* est exclu.

Dans son intervention auprès de l'assureur, l'Office de médiation a souligné que l'accident et l'opération qui en a résulté ont entraîné une modification déterminante de l'état de santé de la requérante. Il était donc impossible pour elle de rétablir l'état du *statu quo ante* ou *sine*. De ce fait, l'Office de médiation était d'avis que les prestations devaient être versées jusqu'à ce que l'état « final » soit atteint ou jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de perspectives d'amélioration à attendre des traitements. Dans ce contexte, il fallait aussi tenir compte du fait que l'assurée continuait d'exercer son métier d'enseignante de sport et que son activité professionnelle exigeait une résistance physique accrue.

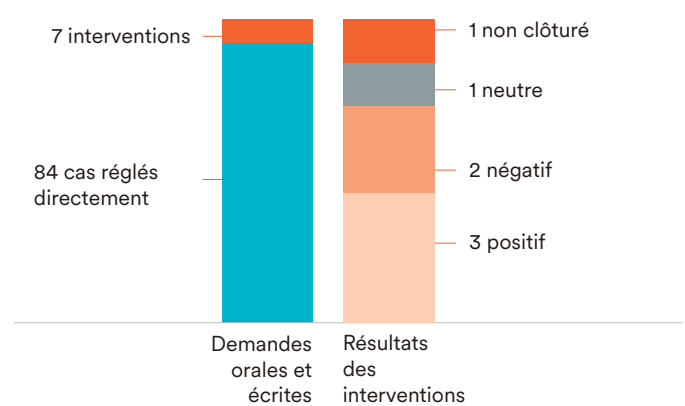
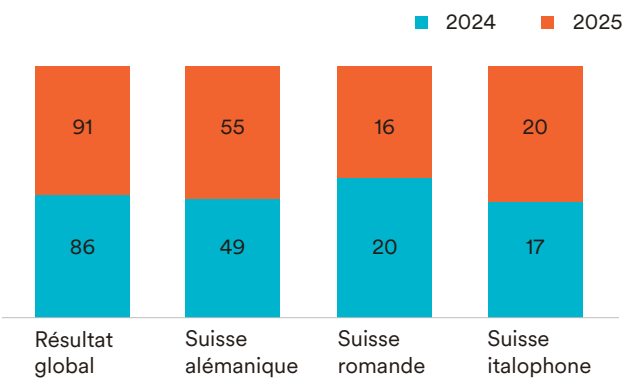
Après réexamen de sa position initiale, l'assureur accidents compétent s'est rallié à l'avis de l'Office de médiation et a reconnu son obligation de continuer de verser des prestations.

Le secteur de la prévoyance professionnelle



Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a augmenté de 5,8% par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 91 (86

personnes se sont adressées à l'Office de médiation ; leurs demandes portaient sur une fondation collective LPP d'un assureur vie suisse.



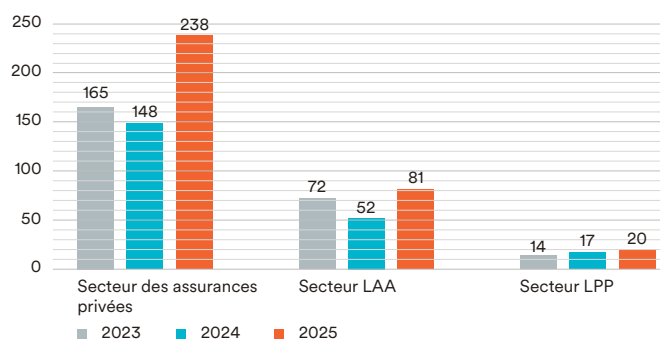
Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italophone étaient respectivement au nombre de 55 (49), 16 (20) et 20 (17). Les cas qui nous ont été soumis concernaient principalement les prestations, et notamment les prestations de libre passage, les rentes de partenaire et les prestations d'invalidité.

Dans ce secteur, 7 cas ont donné lieu à une intervention ; sur les 6 cas liquidés, 3 ont abouti à un résultat positif pour la personne assurée. Le résultat a été négatif dans 2 autres cas, tandis qu'une intervention a été enregistrée comme « neutre ».

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italophone

Évolution du nombre de cas

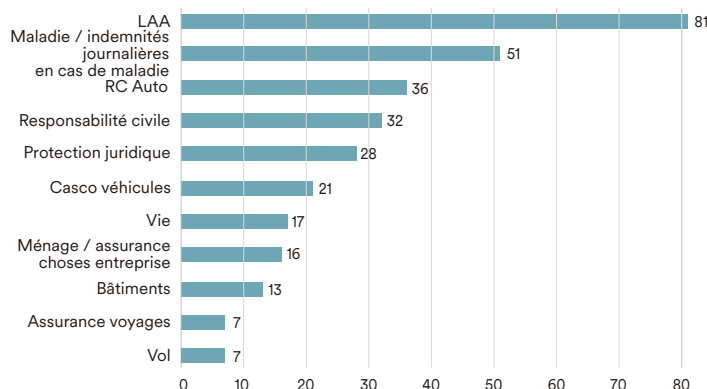


Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé italophone a enregistré une nette augmentation du nombre de cas dans son domaine de compétence. Avec un total de 339 requêtes, les dossiers ont clairement dépassé les 217 cas de l'exercice 2024 (+56,2%). Cette augmentation s'est manifestée dans tous les domaines : dans le domaine de l'assurance privée, les cas sont passés de 148 à 238 (+60,8%), dans le domaine de la LAA de 52 à 81 (+55,8%) et dans le domaine de la LPP de 17 à 20 (+17,6%). Les demandes liées à la branche de l'assurance accidents sont arrivées en tête, suivies par celles relevant de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie, puis de l'assurance responsabilité civile véhicules à moteur et de l'assurance responsabilité civile privée dans le secteur de l'assurance privée.

Assurance casco des véhicules à moteur : en matière d'inscription au HIS, l'art. 6 LCA, en tant que lex specialis, prime sur l'art. 28 CO

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est penché sur différents cas juridiquement intéressants concernant l'assurance casco des véhi-

Classement / Top 10



cules à moteur. Dans l'un de ces cas, l'assureur a opposé un refus à toute indemnisation après le vol d'une moto, invoquant un dol au sens de l'art. 28 CO. Il a en outre déclaré le contrat d'assurance nul et non avenu avec effet rétroactif, a annoncé une inscription dans le Système d'informations et de renseignements (HIS) et a aussi évoqué la possibilité de résilier un autre contrat d'assurance d'une assurée.

Cette dernière avait déclaré lors de la souscription de l'assurance automobile qu'elle était à la fois la preneuse d'assurance et la conductrice principale de la moto. Le vol de la moto a eu lieu en 2025 et n'était pas contesté en tant que tel. L'assurance a toutefois contesté son obligation de verser des prestations, car il s'est avéré que c'était son époux qui était le conducteur principal de la moto, et non l'assurée elle-même, qui ne possédait d'ailleurs pas de permis de conduire.

L'Office de médiation a relevé que l'information fournie par l'assurée sur sa qualité de conductrice principale ne correspondait effectivement pas à la situation réelle. Une résiliation du contrat pour cause de réticence selon l'art. 6 LCA aurait donc été en principe envisageable. La compagnie d'assurances a toutefois

fondé la totalité des conséquences juridiques qui en découlent exclusivement sur l'art. 28 CO (dol), à savoir le refus de prestation, l'annulation rétroactive du contrat, la volonté d'inscrire l'assurée au HIS ainsi que la résiliation d'un autre contrat d'assurance.

Dans son intervention, l'Office de médiation a relevé qu'il y avait certes bel et bien une déclaration inexacte de l'assurée, mais que cette déclaration concernait l'évaluation du risque et donc la fixation de la prime. Il s'agissait dès lors d'un fait essentiel pour l'appréciation du risque.

Par conséquent, l'Office de médiation a estimé que la compagnie d'assurances ne pouvait pas, dans ce cas de figure, se référer aux règles générales sur l'erreur et le dol selon les art. 23 ss CO, mais que c'était la disposition légale spéciale sur la réticence selon l'art. 6 LCA qui était déterminante. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le recours à l'art. 28 CO est exclu si les conditions d'application de la LCA sont remplies (cf. notamment arrêt 4A_112/2013 ; ATF 118 II 333 consid. 3D ; ATF 61 II 281 consid. 1).

En d'autres termes, si une réponse incorrecte, comme dans le cas présent, porte sur une question qui sert à évaluer le risque et donc à fixer la prime, c'est la loi sur le contrat d'assurance qui s'applique et non le code des obligations.

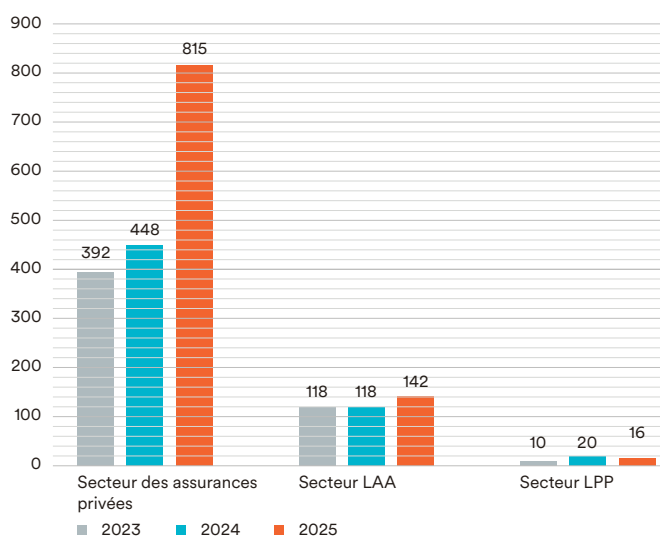
L'assureur aurait donc dû, le cas échéant, invoquer l'art. 6 LCA, ce qui n'avait pas été le cas, et le délai prévu de quatre semaines avait déjà expiré au moment de l'intervention.

Les mesures adoptées reposant sur une base juridique incorrecte, aucune base légale suffisante ne permettait dès lors d'inscrire l'assurée dans le HIS.

Après avoir réexaminé les aspects juridiques, la compagnie d'assurances s'est rangée à l'avis de l'Office de médiation. Elle a ainsi fourni les prestations contractuellement dues, a renoncé à se prévaloir de la nullité du contrat d'assurance, a abandonné la résiliation rétroactive du contrat et a révoqué l'inscription envisagée dans le HIS.

Bureau décentralisé de Suisse romande

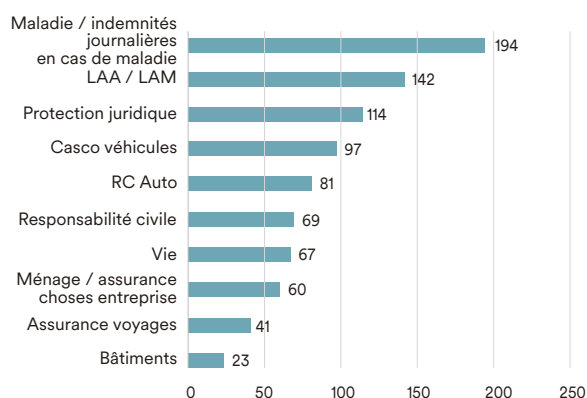
Évolution du nombre de cas



Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé romand a enregistré une augmentation significative du nombre de cas dans son domaine de compétence avec un total de 973 requêtes, ce qui représente une hausse de 66,0% (586 cas enregistrés en 2024). L'augmentation a été particulièrement marquée dans le domaine de l'assurance privée, où les cas sont passés de 448 à 815 (+82,0 %). Cette hausse a également été enregistrée dans le domaine de la LAA, où les cas sont passés de 118 à 142 (+20,3%). En revanche, les dossiers soumis ont diminué dans le secteur de la LPP, passant de 20 à 16 (-20,0%). La plupart des demandes concernaient l'assurance indemnités journalières en cas de maladie, suivies de l'assurance accidents et de l'assurance protection juridique.

Assurance accidents privée : une réduction du capital décès en raison de maladies préexistantes n'est autorisée que si celles-ci aggravent l'évolution des séquelles d'un accident. L'âge avancé d'une

Classement / Top 10



personne assurée ne constitue pas une maladie préexistante

Durant l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse romande est intervenu dans un dossier où une compagnie d'assurances avait réduit de moitié le versement d'un capital-décès accident fixé à CHF 20 000. Elle a motivé sa décision par le fait que le décès de l'assuré, âgé de 94 ans, était dû à la fois à l'accident et à des problèmes de santé préexistants, à savoir un risque cardiovasculaire estimé à plus de 50% et un diabète.

Lors d'un séjour aux États-Unis, l'assuré avait glissé dans sa salle de bain et était tombé sur le dos, se fracturant alors le col du fémur. Le jour même, il avait été admis à l'hôpital de Southampton pour y être opéré (hémiarthroplastie de la hanche gauche). Il était décédé seize jours plus tard d'un arrêt cardiaque au cours de sa rééducation dans un centre de soins de Westhampton.

L'assureur s'est appuyé sur une expertise médicale qu'il avait demandée pour justifier la réduction de ses prestations. En se basant sur les documents fournis par l'hôpital américain, cette expertise a conclu qu'un décès survenant trois mois après une fracture était autant dû à la maladie qu'à l'accident en présence à la fois d'un risque cardiovasculaire important de 60% et de diabète. Après avoir été avisé qu'il s'était écoulé environ trois semaines entre la chute et le décès (et non trois mois), que le diabète était bien contrôlé et que le médecin traitant de l'assuré n'avait pas connaissance de problèmes cardiaques, l'expert a campé sur ses positions initiales en se référant à différentes statistiques médicales.

L'Office de médiation a alors examiné les documents fournis par les hôpitaux américains, qui n'ont révélé en réalité qu'un risque cardiaque de 6%. Il a par ailleurs rappelé que l'âge avancé de l'assuré ne constituait pas une maladie préexistante et ne pouvait donc pas être invoqué pour réduire les prestations contractuelles. La disposition correspondante des conditions générales d'assurance (CGA) autorise une réduction uniquement en présence de facteurs étrangers à l'accident qui aggravent l'évolution des suites de l'accident, notamment en cas de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales préexistantes. L'Office de médiation a aussi fait valoir un rapport médical fourni dans les documents établissant que la probabilité que l'assuré ait continué à vivre sans la chute et la fracture était de 95%.

La compagnie d'assurances a certes maintenu son évaluation médicale et juridique, mais s'est déclarée prête à verser l'intégralité de la prestation de CHF 20 000, sans que cela ne constitue une reconnaissance d'une obligation légale ni un précédent, le tout dans un souci d'économie de procédures.

Assurance de protection juridique : validité des résiliations malgré une date de résiliation erronée

Au cours de l'exercice sous revue, l'Office de médiation s'est penché sur plusieurs cas d'assurés ayant résilié leur contrat dans le secteur de l'assurance de protection juridique. Certaines compagnies d'assurances concernées ont prétendu que les résiliations n'étaient pas valables, car la date invoquée de ladite résiliation était incorrecte, soit faute de couverture et donc de sinistre couvert, soit parce que le contrat prévoyait une autre échéance. En conséquence, les assurés ont été informés qu'ils devaient réitérer leur demande de résiliation en temps voulu en tenant compte du délai de préavis de trois mois.

L'Office de médiation a rappelé aux compagnies d'assurances que la résiliation est un droit formateur unilatéral, soumis à notification, qui ne requiert pas l'acceptation du destinataire. Si la résiliation ne prend pas effet immédiatement ou à la date indiquée, elle sera néanmoins effective à la prochaine date de résiliation contractuelle ou légale possible. Une nouvelle résiliation ne peut donc pas être exigée dans ce genre de cas.

Dans les dossiers traités liés à ce thème, les assureurs ont suivi l'avis de l'Office de médiation en reconnaissant la validité des résiliations effectuées.

Recommandation aux assureurs

Lorsqu'un assureur reçoit une résiliation, celle-ci devrait être acceptée comme valable même si la personne assurée se trompe sur la date de résiliation, par exemple en se référant de manière erronée de l'art. 42 LCA. Il suffit d'informer la personne assurée de la date à laquelle la résiliation entrera effectivement en vigueur, en indiquant les délais déterminants selon l'art. 35a LCA. Cela permet d'éviter des démarches inutiles, ces cas étant en règle générale simples sur le plan juridique.

Autres activités

Au cours de l'exercice sous revue, le médiateur a de nouveau dispensé un module de formation 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. Il a également tenu une conférence à l'Université de Zurich sur l'Office de médiation des assurances.

Les différents contacts avec les médias de l'Ombudsman et des responsables des bureaux décentralisés de Suisse romande et de Suisse italophone ont été entretenus comme à l'accoutumée.

Selon l'usage, plusieurs contacts directs se sont déroulés entre l'Ombudsman et les membres haut placés de certaines compagnies d'assurances, sans oublier les rencontres avec les interlocutrices et interlocuteurs directs auprès des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. Ces contacts sont aussi importants que précieux. C'est là l'occasion de se concentrer sur des questions fondamentales et des thèmes clés qui ne concernent pas les affaires courantes.

En octobre 2025, l'Ombudsman a par ailleurs pris part à la conférence annuelle de l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes » à Queenstown, en Nouvelle-Zélande. Cette réunion professionnelle internationale sert d'une part à échanger des expériences, ce qui est essentiel pour la pratique de cette fonction, et donne d'autre part des impulsions importantes pour développer sa propre structure.

De plus, l'Office de médiation a été invité par la FINMA à un échange portant sur les thématiques de l'assurance-maladie complémentaire, de l'assurance vie et des intermédiaires d'assurances.

Enfin, la publication « Insurance Ombudsman Schemes : A Comparative Analysis » est parue à la fin de l'exercice sous revue dans la collection « AIDA Europe Research Series on Insurance Law and Regulation ». L'Ombudsman et la responsable de la gestion des processus, Ann-Catherine Nabholz, ont collaboré à ce projet en tant que co-éditeurs et co-auteurs, aux côtés du Professeur Helmut Heiss et de Marta Ostrowska de l'Université de Zurich. L'ouvrage compare les services de médiation en matière d'assurance dans dix pays européens et présente leurs différentes structures institutionnelles, leurs compétences et leurs procédures. La participation à ce projet et la coopération avec les co-auteurs des services de médiation participants des autres pays européens ont permis de mettre en perspective notre propre activité dans un contexte international et de recueillir des pistes pour développer nos procédures. Nous considérons en outre cet ouvrage comme un point de départ pour mener des discussions plus approfondies sur l'évolution future du règlement extrajudiciaire des litiges dans le domaine des assurances.

Nous remercions sincèrement Ann-Catherine Nabholz pour son engagement sans faille et son travail acharné au cours des dernières années, qui ont contribué de manière décisive à la réussite de ce projet.

Nouveautés au sein du Conseil de Fondation

L'ancien conseiller national Christoph Eymann a démissionné de son poste de membre du Conseil de fondation au 14 mars 2025. Nous le remercions pour sa précieuse collaboration au sein de cet organe et pour son soutien actif à l'égard des intérêts de l'Office de médiation.

Patricia von Falkenstein, conseillère nationale, a été élue pour lui succéder au sein du Conseil de fondation à compter du 15 mars 2025.

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

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le président



Matthias Michel

L'Ombudsman



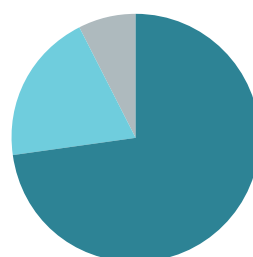
Martin Lorenzon

Les statistiques 2025

Statistique par régions : demandes reçues

Suisse romande
1061 (21%)

Suisse italienne
367 (7%)

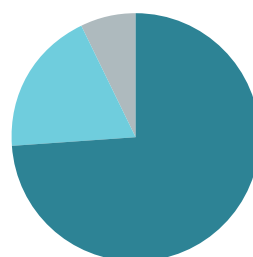


Suisse alémanique
3725 (72%)

Statistique par régions : cas traités

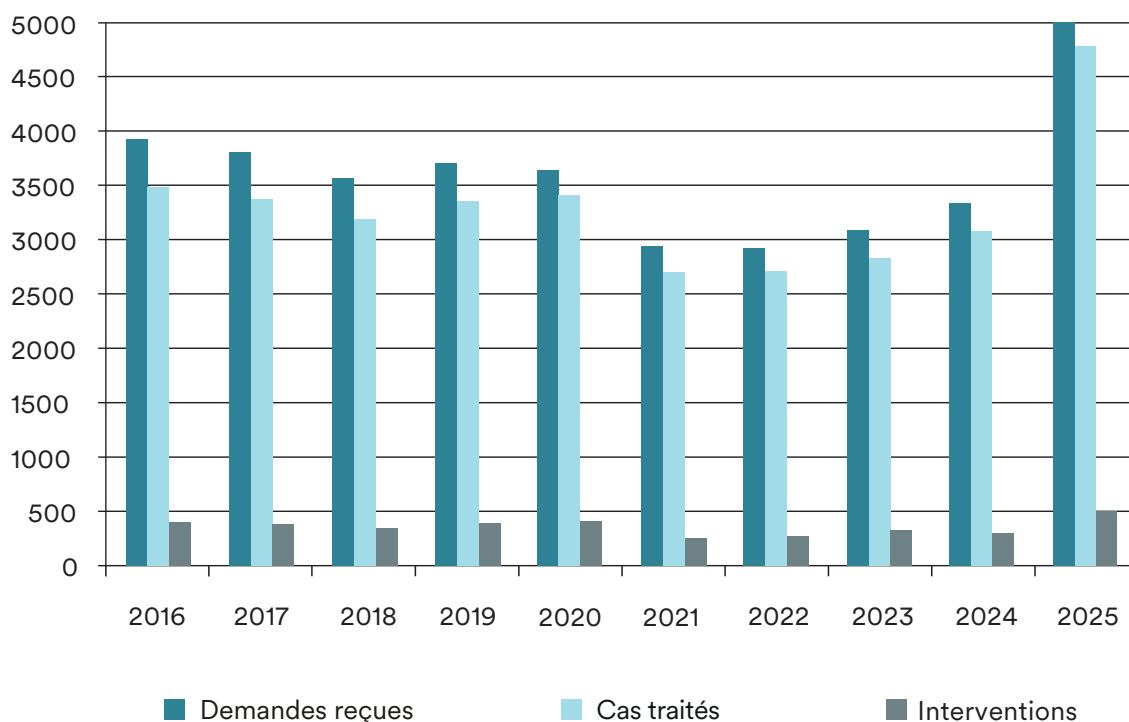
Suisse romande
973 (20%)

Suisse italienne
339 (7%)



Suisse alémanique
3459 (73%)

Activité de 2016 à 2025



¹⁾ Grâce au processus de numérisation mis en place au sein de l'Office de médiation en 2020, les dossiers sont désormais traités différemment, avec plus d'efficacité. Ce changement a entraîné certains ajustements au niveau des chiffres, dont une diminution du nombre de cas indiqués. Cela s'explique essentiellement par le fait que les dossiers en cours de l'exercice précédent ne sont plus pris en compte dans les statistiques de l'exercice suivant. Par conséquent, le nombre de dossiers indiqués à partir de 2020 n'est pas directement comparable avec les chiffres publiés jusqu'en 2019.

Sociétés affiliées de A à Z

(état au 1^{er} janvier 2026)

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

25 / 53

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