

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

38^e Rapport annuel
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010

FONDATION OMBUDSMAN DE L'ASSURANCE PRIVEE ET DE LA SUVA

CONSEIL DE FONDATION Rolf Schweiger, conseiller aux Etats, Baar, président
Fulvio Caccia, ancien conseiller national, Camorino, vice-président
Gabi Huber, avocate, conseillère nationale, Altdorf
Alfred Leu, CEO Generali (Suisse) Holding, Adliswil
Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat, La Chaux-de-Fonds
Thomas Mäder, directeur Suva, Root
Hanspeter Seiler, ancien président du Conseil national, Oberhofen
Silva Semadeni, ancienne conseillère nationale, Coire

MEDIATRICE Lili Nabholz-Haidegger, docteur en droit, avocate
(jusqu'au 31.05.2010)

MEDIATEUR Martin Lorenzon, avocat
(à partir du 01.06.2010)

OFFICE DE MEDIATION Nathalie Tuor, avocate
Peter Arnold, avocat
Laura Meile, avocate (à partir le 1^{er} novembre 2010)
Jacqueline Müller, secrétariat
Anne-Catherine de Zaiacomo, docteur ès lettres, secrétariat
Filip Bergamin, stagiaire

In Gassen 14, Case postale 2646, 8022 Zurich

Tél. 044 211 30 90

Fax 044 212 52 20

E-mail help@versicherungsombudsman.ch

BUREAUX DECENTRALISES

Suisse romande Me Olivier Subilia, docteur en droit, avocat
Ch. des Trois-Rois 5bis, Case postale 5843, 1002 Lausanne
Tél. 021 317 52 71
Fax 021 317 52 70
E-mail help@ombudsman-assurance.ch

Suisse italienne Avv. Carlo Luigi Caimi
Via Giulio Pocobelli 8, Casella postale 563, 6903 Lugano
Tél. 091 967 17 83
Fax 091 966 72 52
E-mail help@ombudsman-assicurazione.ch

SITES INTERNET

www.versicherungsombudsman.ch

www.ombudsman-assurance.ch

www.ombudsman-assicurazione.ch

www.insuranceombudsman.ch

FONDATION OMBUDSMAN DE L'ASSURANCE PRIVEE ET DE LA SUVA

Résumé du rapport annuel 2010

Au cours de l'exercice de référence 2010, 3983 cas au total ont été soumis à l'office de médiation, dont 511 n'ont pu être traités parce que sortant de sa compétence. La majeure partie des demandes hors de notre compétence concernaient des cas relevant des caisses maladie et c'est au médiateur de l'assurance maladie qu'il appartient de les examiner.

Les demandes et plaintes relevant de la sphère de compétence de l'office de médiation se sont chiffrées à 3472, soit 333 cas de moins qu'en 2009. Ventilé par régions linguistiques, le recul du nombre de cas affecte surtout la Suisse allemande (de 3178 à 2750), tandis qu'en Suisse italienne les chiffres n'ont presque pas varié (de 244 à 240), et qu'en Suisse romande ils ont sensiblement progressé (de 383 à 482).

Bien que le nombre de cas ait régressé en 2010, l'année a exigé un travail intensif. Comme les années précédentes, le nombre de plaintes afférentes aux assurances de personnes a augmenté, passant de 54% à 56,3% des cas traités, et leur complexité s'est accrue. Les volumineux dossiers posant de difficiles questions de causalité du fait que différents problèmes de santé existaient déjà au moment où le sinistre est survenu ont été plus nombreux que les années antérieures. Les cas de plaintes dues à ce que des prestations d'indemnités journalières en cas de maladie et en cas d'incapacité de travail ont été supprimées après avoir été accordées pour une brève durée, et au sujet desquelles les avis des médecins traitants et du médecin conseil de l'assurance divergeant diamétralement ont également augmenté. L'office de médiation a aussi été fortement mis à contribution par les nombreuses plaintes exigeantes du point de vue juridique à propos des informations données aux preneurs d'assurance à la conclusion de polices liées à des fonds sans prestation garantie en cas de vie et financées par une prime unique.

Dans 3072 cas, le problème a pu être réglé directement avec l'assuré ou le requérant. Il y a eu intervention dans 400 cas, soit 11,5% de toutes les requêtes.

Des interventions multiples ont été nécessaires dans 131 cas (32,8%), surtout dans les branches vie, indemnités journalières en cas de maladie et LAA, qui présentaient fréquemment des questions complexes quant aux faits et aux questions juridiques. Comme l'an dernier, il a fallu intervenir deux fois auprès de la compagnie dans presque un cas sur deux. Dans ces branches comme en matière de LAA, les parties campaient souvent sur des positions très éloignées, ce qui a nécessité des négociations poussées pour les rapprocher.

Dans 66,4% des interventions un résultat positif a pu être obtenu pour le requérant.

TABLE DES MATIERES

1.	APERCU DE L'EXERCICE 2010	1
1.1.	Evolution du nombre de cas	1
1.2.	Demandes et plaintes ventilées par branches	3
1.3.	Branches principales des 5 dernières années	3
1.4.	Ventilation des demandes selon leur provenance	4
1.4.1.	Ventilation selon le sexe ou autres critères	4
1.4.2.	Ventilation en fonction des régions linguistiques	4
1.4.3.	Provenance géographique des demandes et des plaintes	5
1.5.	Interventions	6
1.5.1.	Taux d'interventions	6
1.5.2.	Interventions par branche / secteur	7
1.5.3.	Taux de succès lors des interventions	7
2.	COLLABORATION AVEC LES COMPAGNIES D'ASSURANCES	8
3.	L'ACTIVITE DE L'OFFICE DE MEDIATION DANS LES DIVERSES BRANCHES	9
3.1.	Le secteur des assurances privées	9
3.1.1.	Secteur vie	9
3.1.2.	Secteur non-vie	10
3.2.	Secteur LAA	15
3.3.	Secteur de la prévoyance professionnelle	18
4.	LES BUREAUX DECENTRALISES	20
4.1.	Bureau décentralisé de Suisse romande	20
4.2.	Bureau décentralisé de Suisse italienne	22
5.	AUTRES ACTIVITES	24
6.	CONFERENCE DE PRESSE	25
7.	MUTATIONS DANS LE PERSONNEL	26

1. APERCU DE L'EXERCICE 2010

1.1. Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2010, le nombre des demandes et plaintes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3983 (4210 en 2009). De son côté, le site web de l'office de médiation a enregistré 7140 visites.

Total des demandes	De notre compétence	Cas réglés directement	Interventions
3983 (4210) ¹	3472 (3805)	3072 (3416)	400 (389)

Demandes sortant du domaine de compétence de l'office de médiation

Branches	2010	2009
AC	10	3
AI	45	31
AVS	12	11
Assurances cantonales	7	3
Caisses-maladie	284	265
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	39	16
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	13	6
Assureurs privés non affiliés à la fondation	39	20
Divers	60	47
Assurance maternité	2	3
Total	511	405

1.1.1.

Les demandes sortant de notre sphère de compétence se sont accrues de 106 cas par rapport à l'année précédente. La part prépondérante (284 cas) concernait, comme ces dernières années, des problèmes avec des caisses-maladie, et nous avons renvoyé les requérants à l'Ombudsman de l'assurance-maladie compétent en l'espèce.

Bien que le nombre de cas relevant de notre compétence ait régressé de 333 pour s'établir à 3472, l'exercice 2010 a été particulièrement chargé de travail.

¹ Chiffres 2009 entre parenthèses

Les plaintes relevant du secteur des assurances de personnes ont notamment gagné en complexité. Le nombre des dossiers volumineux a été supérieur à celui des années antérieures, spécialement quand survenaient de difficiles questions de causalité du fait que divers problèmes de santé existaient déjà au moment de la survenance du sinistre. De nombreux cas complexes de plaintes concernant des polices d'assurance vie liées à des fonds ont soulevé de gros problèmes juridiques. Traiter ces cas a souvent demandé une étude approfondie des dossiers et de multiples échanges de correspondance, ce qui ne ressort pas des statistiques.

Le pourcentage des demandes relevant du secteur des assurances de personnes (1954 cas sur 3472) a passé de 54% à 56,3%.

1.1.2.

En ce qui concerne les assurances de personnes, 637 cas (651) concernaient l'assurance accidents obligatoire, suivis par 569 (475) demandes relatives aux assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, et 534 (648) cas d'assurance sur la vie. Le secteur LPP a enregistré 151 (233) cas et 63 (49) relevaient de l'assurance accident privée.

Assurance accidents obligatoire	637	(651)
Assurance indemnité journalière maladie	569	(475)
Assurance vie	534	(648)
Secteur LPP	151	(233)
Assurance accidents privée	63	(49)

Le décalage intervenu dans l'ordre de classement du nombre des cas dans les assurances de personnes provient essentiellement d'un fort accroissement (19,8%) des demandes dans la branche des indemnités journalières en cas de maladie et d'un recul marqué de 35,2% du nombre des cas dans le secteur LPP, comme du recul de 17,6% des cas de la branche vie.

Le nombre des demandes a aussi nettement régressé en assurance RC auto : 303 contre 354, et 304 cas contre 350 en responsabilité civile (privée, d'entreprise et professionnelle).

1.2. Demandes et plaintes ventilées par branches

BRANCHE	2010	A	B	C	D	2009
Accidents (privé)	63	19	5	28	11	49
Animaux	3	0	0	2	1	3
Assurance voyages	91	25	4	54	8	104
Bijoux	4	1	0	2	1	6
Bâtiments / Bris de glaces	71	21	13	31	6	61
Casco	134	28	31	61	14	119
Cautionnement	4	0	2	2	0	4
Chômage	5	0	1	3	1	1
Dégâts d'eau	56	6	3	42	5	63
Garantie de crédit	36	3	1	20	12	49
Incendie et éléments naturels	25	2	1	15	7	33
Ménage	180	55	44	64	17	202
Machines	0	0	0	0	0	2
Maladie	569	91	56	334	88	475
Protection juridique	245	61	18	111	55	307
Responsabilité civile	304	41	23	212	28	350
RC véhicules automobiles	303	52	69	146	36	354
Transport	2	1	0	1	0	8
Vie	534	239	24	193	78	648
Vol	55	4	0	42	9	83
LAA	637	55	219	268	95	651
LPP	151	25	48	70	8	233
TOTAL	3472	729	562	1701	480	3805

- A : Contrat : étendue de la couverture ; réticence ; rachat (assurance-vie) ; adaptation à de nouvelles CGA ; changement de propriétaire/disparition du risque d'assurance
- B : Résiliation : adaptation des primes ; indivisibilité de la prime ; bonus/malus ; franchise
- C : Prestation/liquidation des sinistres : prestation d'assurance (insuffisante/refus) ; sous-assurance ; réduction de l'obligation d'indemniser / créance en recours ; prescription
- D : Divers: information générale sur l'assurance, sur le déroulement de la procédure ; conseils

1.3. Branches principales des 5 dernières années

Branche	2010	2009	2008	2007	2006
Vie	534	648	752	654	627
RC auto	303	354	337	359	470
Maladie	569	475	332	358	407
RC générale	304	350	374	333	343
LAA	637	651	712	472	501

1.4. Ventilation des demandes selon leur provenance

1.4.1. Ventilation selon le sexe ou autres critères

En 2010

- 2082 (2195) hommes
- 1596 (1651) femmes
- 305 (364) entreprises, autorités et organisations

se sont adressés à l'office de médiation.

Il ressort d'une analyse de ces chiffres que la proportion des demandes émanant d'hommes par rapport à celle des femmes et des entreprises est aussi valable appliquée aux différentes branches. L'assurance bijoux et l'assurance accidents privée constituent ici une exception, davantage de femmes que d'hommes ayant eu recours à l'office de médiation pour ce type d'assurances.

1.4.2. Ventilation en fonction des régions linguistiques

A considérer l'évolution du nombre de cas dans les trois régions linguistiques, on note une augmentation de ceux-ci en Suisse romande, tandis que les cas sont presque restés constants en Suisse italienne et ont régressé en Suisse allemande.

Total des demandes reçues	2010	2009	Différence
Suisse allemande	3075	3361	- 286
Suisse romande	593	523	+ 70
Suisse italienne	315	326	- 11
Total	3983	4210	- 227
Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2010	2009	Différence
Suisse allemande	2750	3178	- 428
Suisse romande	482	383	+ 99
Suisse italienne	240	244	- 4
Total	3472	3805	- 333

1.4.3. Provenance géographique des demandes et des plaintes

	Total/ total/ totale	VVG/ LCA/ LCA	UVG/ LAA/ LAINF	BVG/ LPP/ LPP	Unzuständig / pas de notre compétence / incompétente
AG	280 (271)	190 (195)	57 (54)	8 (11)	25 (11)
AI	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
AR	20 (16)	14 (10)	6 (5)	0 (0)	0 (1)
BE	373 (381)	283 (267)	46 (64)	13 (28)	31 (22)
BL	124 (153)	94 (105)	12 (26)	5 (9)	13 (13)
BS	133 (143)	90 (106)	19 (26)	5 (2)	19 (9)
FR	87 (90)	63 (56)	10 (7)	3 (3)	11 (24)
GE	142 (132)	102 (101)	15 (6)	1 (1)	24 (24)
GL	16 (29)	11 (17)	5 (6)	0 (2)	0 (4)
GR	65 (73)	39 (47)	15 (15)	1 (5)	10 (6)
JU	16 (21)	13 (17)	1 (0)	1 (1)	1 (3)
LU	167 (175)	104 (117)	36 (34)	8 (14)	19 (10)
NE	47 (76)	28 (54)	11 (9)	0 (2)	8 (11)
NW	12 (14)	8 (8)	2 (4)	1 (0)	1 (2)
OW	7 (15)	5 (9)	1 (5)	0 (1)	1 (0)
SG	173 (196)	125 (154)	23 (23)	8 (12)	17 (7)
SH	40 (41)	24 (21)	8 (10)	4 (3)	4 (7)
SO	79 (118)	59 (86)	13 (11)	2 (11)	5 (10)
SZ	59 (57)	44 (45)	10 (6)	3 (1)	2 (5)
TG	94 (95)	69 (75)	15 (8)	2 (4)	8 (8)
TI	323 (330)	221 (225)	15 (20)	11 (13)	76 (72)
UR	3 (20)	2 (17)	0 (2)	1 (1)	0 (0)
VD	316 (277)	215 (180)	35 (22)	10 (8)	56 (67)
VS	113 (92)	81 (66)	17 (11)	6 (6)	9 (9)
ZG	66 (55)	42 (37)	12 (13)	6 (4)	6 (1)
ZH	1088 (1175)	676 (793)	231 (236)	41 (83)	140 (63)
Ausland/étranger/E stero	139 (163)	81 (111)	22 (28)	11 (8)	25 (16)
Insgesamt/Total/tot ale	3983 (4210)	2684 (2921)	637 (651)	151 (233)	511 (405)

1.5. Interventions

En 2010, les taux d'interventions ont légèrement augmenté dans tous les secteurs (LCA, LAA, LPP). En même temps, le nombre des interventions a passé de 389 à 400, bien que le nombre des cas ait régressé. Ceci n'est pas dû à une modification de la politique suivie jusqu'ici en la matière, car celle-ci n'a pas varié. La décision d'intervenir dépend exclusivement du contenu du dossier soumis. Des interventions multiples dans le cadre du même cas sont enregistrées comme une seule intervention dans le tableau ci-dessous.

	2010	2009	Différence	
Suisse allemande	332	322	+	10
Suisse romande	51	53	-	2
Suisse italienne	17	14	+	3
Total	400*	389	+	11

*dont 348 étaient liquidés à fin 2010

1.5.1. Taux d'interventions

Assurance privée	12,5%	(11,6%)
Assurance accidents obligatoire/LAA	7,8%	(5,4%)
Fondations collectives LPP	10%	(6,9%)

Le fait que le taux d'interventions dans le secteur LAA soit inférieur à celui que connaissent d'autres secteurs provient de ce que, selon le Règlement de la Fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA », l'office de médiation n'a plus la compétence d'intervenir dans des affaires LAA à partir du moment où l'assureur LAA a rendu une décision formelle.

Dans 131 cas, soit dans 32,8% de toutes les interventions, celles-ci ont dû être répétées, et cela, comme en 2009, surtout dans les branches vie, indemnités journalières de maladie et LAA, où les faits et les questions juridiques se sont souvent avérés particulièrement complexes. Tout comme l'année précédente il a été nécessaire, dans presque un cas d'intervention sur deux relevant de la vie et des indemnités journalières de maladie, de s'adresser au moins deux fois à la compagnie. Dans ces branches, comme dans le secteur LAA d'ailleurs, les positions des parties sont très éloignées en ce qui concerne tant les faits que les questions juridiques en découlant. Les négociations nécessaires pour tenter de rapprocher les positions s'en sont trouvées d'autant plus ardues.

Dans quelques cas, une seconde intervention s'est aussi avérée nécessaire, car la position prise par les assureurs lors de la première intervention ne se référait pas assez concrètement à la réalité du cas, ou parce que leurs exposés des motifs étaient trop succincts, ce qui rendait une nouvelle prise de contact nécessaire.

1.5.2. Interventions par branche / secteur

Branche/Secteur	Sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC Auto	270	24	8	1	0	33
Chômage	5	0	0	0	0	0
Ménage	161	16	3	0	0	19
Vol	46	7	1	1	0	9
Eléments naturels	11	4	0	0	0	4
Incendie	9	0	1	0	0	1
Casco	119	10	5	0	0	15
Bâtiments	60	3	1	0	0	4
Bris de glace	6	1	0	0	0	1
Resp. civile	255	37	10	2	0	49
Maladie	519	26	21	2	1	50
Cautionnement	2	2	0	0	0	2
Garantie crédits	27	5	4	0	0	9
Vie	463	36	27	6	2	71
Machines	0	0	0	0	0	0
Voyages	66	20	3	2	0	25
Protect. juridique	224	14	5	2	0	21
Bijoux	4	0	0	0	0	0
Transport	2	0	0	0	0	0
Animaux	3	0	0	0	0	0
Accidents (privés)	50	12	0	1	0	13
Dégâts d'eau	47	7	2	0	0	9
LAA	587	37	11	2	0	50
LPP	136	8	4	1	2	15
Total	3072	269	106	20	5	400

1.5.3. Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 348 interventions clôturées à fin 2010 a été positif dans 231 cas (66,4%) et négatif dans 104 cas (29,9%). Dans 13 cas, le résultat a été enregistré comme neutre. Tel est notamment le cas lorsque :

- il s'agit d'une simple question d'information
- l'office de médiation doit mettre un terme à son activité d'intermédiaire parce que la partie plaignante a, lors d'une intervention en cours, fait intervenir un spécialiste (par exemple avocat, assurance protection juridique, fiduciaire, etc.)

- une intervention n'a plus de raison d'être du fait que la réponse favorable d'une compagnie se croise avec une intervention.

Que presque deux tiers de toutes les interventions aient abouti à un arrangement met en évidence la disposition des assureurs à trouver des solutions satisfaisantes, qui se justifient d'ailleurs sur base des règles contractuelles et légales.

Des solutions favorables peuvent aussi être obtenues à l'aide d'arguments non juridiques. L'ombudsman y a surtout recours lorsque des aspects sociaux sont importants, s'il s'agit de cas de rigueur, ou lorsque le seul recours au droit conduit à un résultat non satisfaisant.

Dans la grande majorité des cas où la compagnie s'en est tenue à sa position initiale, l'office de médiation a pu comprendre les motifs avancés par l'assureur.

2. COLLABORATION AVEC LES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Dans la plupart des cas, la collaboration avec les différentes compagnies d'assurances fonctionne bien. Ceci vaut tant pour le sérieux avec lequel les interventions sont examinées que pour la qualité des prises de position, qui sont fondées dans la grande majorité des cas. Cette situation est notamment due au principe du recours à un interlocuteur qui a fait ses preuves depuis des décennies. Dans la plupart des compagnies affiliées, l'ombudsman peut s'adresser à un interlocuteur direct au niveau directorial. Ceci a notamment pour effet que, du côté de l'assureur concerné, il se trouve un décideur disposant des compétences nécessaires qui s'occupe de la plainte introduite et qu'ainsi, du côté de la compagnie également, l'affaire est reconsidérée sans préjugé, de manière neutre, avec un nouveau regard, c'est-à-dire par une personne qui n'a pas encore été impliquée dans l'appréciation du cas.

Dans le secteur des assurances de personnes, le temps que demande le traitement d'une intervention est de quatre à six semaines. Dans d'autres branches (secteur non-vie, c'est-à-dire assurances responsabilité civile et de choses, etc.), le temps requis pour traiter le cas est devenu plus bref pour s'établir à quatre semaines en moyenne. En cas d'interventions multiples, le temps de la médiation est en conséquence plus long. Il en va de même pour les interventions exigeant des élucidations supplémentaires par des médecins externes sur la célérité desquels il n'est guère possible d'exercer une influence. L'expérience montre que le traitement rapide d'un cas a un effet décisif sur la satisfaction du requérant quant à l'action de l'office de médiation et la manière dont les assureurs gèrent les doléances.

Dans quelques cas particuliers, la collaboration avec les assureurs a laissé à désirer. Tel a par exemple été le cas lorsque les prises de position ont été émises de manière par trop routinière ou schématique. Soit aussi évoqué le cas où la déclaration d'une renonciation à l'exception de la prescription avait été demandée suffisamment tôt, mais n'avait été délivrée que peu avant l'expiration du délai de prescription.

Dans quelques rares autres cas, l'office de médiation a dû contester le temps mis à traiter les affaires, notamment dans des cas complexes du secteur des assurances de personnes où des cas difficiles doivent être appréciés (par exemple en raison des causalités ou de l'existence d'un accident au sens juridique du terme), et où il serait souhaitable que les motifs soient plus circonstanciés et davantage axés sur le cas.

3. L'ACTIVITE DE L'OFFICE DE MEDIATION DANS LES DIVERSES BRANCHES

3.1. Le secteur des assurances privées

3.1.1. Secteur vie

De l'analyse des cas relevant de l'assurance vie il ressort que ce sont surtout les demandes relatives aux participations aux excédents des polices à prime unique non liées à un fonds avec paiement garanti en cas de vie, souscrites pour une durée de 10 ans ou plus, qui sont en diminution. En revanche, le nombre des plaintes évoquées dans le rapport annuel 2009 provenant de preneurs d'assurance qui ont perdu une grande partie de leur appoint unique pendant les 10 ans que durait leurs polices liées à un fonds de placement a continué à augmenter au cours de l'exercice sous revue.

Les cas en question concernent tous des polices liées à un fonds de placement sans prestation garantie en cas de vie.

L'accroissement du nombre de plaintes provient du manque d'informations reçues par le preneur d'assurance. Les plaignants peuvent bien apprendre par les documents du contrat qu'ils supportent un risque de placement lié au fonds choisi, il n'en demeure pas moins que leur attention n'a fréquemment pas été attirée sur le fait que, même après s'être acquittés de la «prime unique», d'autres primes de risque et des frais de gestion sont encore dus et sont financés par la vente de parts de fonds. Une partie des requérants avaient bien reçu des informations à ce sujet, mais sans qu'on leur ait signalé que les primes couvrant le risque de décès peuvent varier et aussi augmenter lorsque la valeur du fonds diminue ou que le risque de l'assureur augmente lorsque s'accroît la différence entre la valeur du fonds et le montant

de l'assurance en cas de décès et que, de ce fait et en outre, le nombre des parts de fonds diminue si la valeur de parts de fonds chute. Les documents contractuels ne font pas mention de ce mécanisme.

Après intensives élucidations juridiques l'office de médiation a fait valoir aux assureurs vie concernés le point de vue juridique selon lequel ces informations constituant un élément essentiel du contrat, elles auraient donc aussi dû y figurer et que, à la conclusion du contrat, un accord entre les parties aurait été nécessaire (indépendamment de l'autorisation par l'autorité de surveillance du produit d'assurance et du tarif de primes). De l'avis de l'office de médiation, il ne saurait y avoir eu une approbation tacite et ultérieure de ces dispositions essentielles.

Dans quelques cas, l'office de médiation a pu obtenir une solution consensuelle entre les assureurs et les requérants. Dans d'autres cas où les efforts de médiation avaient échoué, l'office de médiation, se fondant sur les élucidations juridiques, a recommandé aux requérants de faire appel à un avocat.

3.1.2. Secteur non-vie

3.1.2.1.

Dans le secteur des assurances choses, ce sont, comme jusqu'ici, les prestations qui sont au premier plan des réclamations, suivies par les questions touchant au contrat, y compris l'étendue de la couverture, les résiliations de contrat, ainsi que les plaintes concernant la procédure.

Quelques questions touchant à l'étendue de la couverture concernaient l'assurance des dégâts d'eau incluse dans les polices d'assurance ménage ou du bâtiment. A traiter ces cas, nous avons constaté que nombre d'assurés ignorent que la couverture s'étend aux dégâts d'eau dus à un sinistre couvert, comme par exemple une rupture de canalisation, et que les frais pour la réparation du dommage ne sont pas couverts (à l'exception de dégâts dus au gel et de montants limités pour rechercher la fuite et dégager la conduite).

A diverses reprises, nous avons ainsi dû nous pencher sur des réductions de prestations en raison d'une sous-assurance. Il s'agissait notamment de cas où le preneur d'assurance n'avait pas demandé une augmentation de la somme assurée par sa police, bien qu'il ait accru son inventaire du ménage. Les personnes concernées pouvaient bien comprendre qu'il y a sous-assurance lorsque le montant assuré est inférieur à la valeur globale (la valeur

à neuf la plupart du temps) des objets du ménage assurés. Elles se trompaient ainsi en croyant que l'assureur ne peut pas réduire les prestations en cas de couverture insuffisante lorsque le sinistre survenu est inférieur à la somme assurée dont le montant était trop faible. Dans ces cas, nous avons dû expliquer aux assurés concernés que, à défaut d'une assurance « au premier risque » ou d'une clause contractuelle adéquate (par exemple non prise en compte de la sous-assurance si celle-ci est inférieure à 10% du montant assuré), l'assureur est en droit de réduire les prestations.

Des problèmes analogues surgissent aussi en cas de vol lorsque les personnes victimes d'un vol possèdent un grand nombre de bijoux de valeur mais ne disposent pas d'une assurance bijoux. Dans plusieurs cas, les preneurs d'assurance n'avaient pas réalisé que les bijoux ne se trouvent assurés que jusqu'à une certaine limite d'indemnisation par la police de l'inventaire du ménage et qu'une protection d'assurance suffisante aurait nécessité la conclusion d'une assurance bijoux séparée.

Les plaintes provenant de vols commis dans des centres médicalisés ou des lieux publics ont notamment augmenté.

3.1.2.2.

Dans l'assurance RC des véhicules automobiles, les plaintes portaient surtout sur les preuves quant aux circonstances du sinistre et sur le partage des responsabilités dans une collision entre véhicules. Des questions relatives au changement de détenteur du véhicule, à des réticences et des réclamations quant au temps exagéré mis par les assureurs pour traiter les cas, ont aussi largement mis l'office de médiation à contribution.

Quelques demandes en matière d'assurance des véhicule automobiles et d'assurances responsabilité civile concernaient la responsabilité en cas de collision (détenteur du véhicule/détenteur de l'animal ou détenteur du véhicule/ propriétaire d'un bâtiment), ou des cas où un véhicule automobile a été endommagé par un animal pas assez surveillé ou en raison d'un défaut d'ouvrage à un bâtiment, provoquant par exemple la fermeture prématurée de la porte automatique d'un parking souterrain. Dans de tels cas, tout un travail a été nécessaire pour faire comprendre aux requérants qu'ils devaient supporter eux-mêmes une partie du dommage survenu en raison du risque d'exploitation de leur véhicule, nonobstant leur absence de faute et la responsabilité causale du détenteur de l'animal ou du propriétaire de l'ouvrage.

A examiner les cas qui nous ont été soumis en matière de responsabilité civile automobile, nous avons remarqué qu'il y a eu de plus en plus de refus de prestations sans qu'il soit fait référence fondée aux faits et aux règles de la circulation routière. Dans beaucoup de cas,

ces refus indiquaient seulement que leurs assurés ne portaient pas de responsabilité, vu que leur faute n'était pas prouvée. Une telle manière de procéder ne facilite pas l'acceptation des refus corrects de prestations et est source de conflits.

Dans des cas de responsabilité civile, nous avons dû expliquer à quelques assurés qu'ils devaient se laisser imputer l'amortissement de l'objet endommagé et qu'ils n'avaient pas droit à la valeur à neuf. Ce sont surtout les sinistres pour lesquels les compagnies d'assurances, sur base de leur tableau d'amortissement, refusaient une indemnisation en raison de l'âge de l'objet endommagé, sans toutefois tenir compte du fait que, malgré l'expiration de la « durée de vie moyenne », ledit objet se trouvait dans un état irréprochable ou pour le moins en parfait état de fonctionner, qui ont donné lieu à intervention. Dans de tels cas, une solution allant dans le sens des intérêts de l'assuré a régulièrement pu être trouvée.

3.1.2.3.

Un grand nombre des plaintes portant sur les prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'incapacité de travail provenait de leur cessation après une brève période de versement. Les cas où les avis des médecins traitants et des médecins-conseil des assureurs divergeaient diamétralement ont très sérieusement préoccupé l'office de médiation. Ce dernier ne disposant pas de service médical et ne pouvant dès lors se faire sa propre opinion médicale, nous avons, à diverses reprises, demandé aux assurés de se procurer l'avis d'un spécialiste pour étayer leur point de vue. Lorsque, dans certains cas, nous avons l'impression que le médecin-conseil de l'assurance n'avait pas examiné tous les aspects à prendre en considération ou n'avait pas tenu compte de l'appréciation dont ils avaient fait l'objet dans d'autres rapports médicaux, nous avons demandé aux compagnies d'assurances de procéder à des clarifications médicales supplémentaires ou de demander une contre-expertise. Il en allait de même lorsque les conclusions du médecin-conseil ne nous paraissaient ni concluantes ni convaincantes. Ces démarches ont fréquemment abouti à un compromis en faveur de la personne assurée. Lorsque ce n'était pas le cas, nous avons pour le moins pu rendre les choses plus claires pour les assurés en ce qui concerne l'état des faits et la situation juridique.

Dans quelques cas de réticence, il a fallu examiner si les questions de santé auxquelles il n'avait pas ou inexactement été répondu à la conclusion du contrat, avaient favorisé la survenance de l'événement assuré et que, de ce fait, le refus des prestations d'assurance était justifié. Dans un cas, la compagnie concernée résilia l'assurance parce que des problèmes psychiques avaient été passés sous silence dans la proposition et refusa les prestations demandées pour cause d'incapacité psychique de travail. L'appréciation du cas

n'avait toutefois pas pris en compte le fait qu'avant que la réticence lui soit opposée, le preneur d'assurance avait encore été victime d'une attaque cérébrale sans aucune relation avec les faits importants de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat et qui justifiait également une incapacité de travail totale. L'office de médiation a fait valoir à l'assureur que l'obligation de fournir la prestation ne pouvait être refusée que dans les cas de sinistre dont la survenance a été favorisée par le fait d'avoir faussement ou incomplètement déclaré des faits importants à la conclusion du contrat, mais que les prestations ne pouvaient être refusées pour des sinistres ne présentant aucune relation de cause à effet. Dans ces cas, une solution de conciliation a pu être trouvée grâce à l'intervention de l'office de médiation.

3.1.2.4.

Le nombre des plaintes à l'encontre d'assureurs-voyage qui refusaient des prestations de frais de guérison à des hôtes venus de l'étranger en raison d'affections préexistantes a fortement diminué. En revanche, les plaintes de personnes assurées tombées malades ou victimes d'accident à l'étranger ont continué à augmenter. En 2010, il s'est surtout agi du refus ou de la réduction des prestations d'assurance parce que les assurés avaient organisé eux-mêmes leur retour pour raisons médicales au lieu de prendre contact avec la centrale d'alarme de leur assureur-voyage, conformément aux dispositions y relatives du contrat. Dans quelques cas d'interventions une solution de compromis a pu être trouvée. Tel a notamment été le cas lorsque les assureurs ont pu être convaincus que l'inobservation incriminée de l'obligation découlant du contrat d'assurance était excusable en raison de l'état de santé inquiétant de l'assuré à l'époque, et qu'il avait, en organisant son voyage de retour, pris toutes les mesures que l'on pouvait attendre de lui pour diminuer le dommage, malgré l'omission de ses obligations.

Les interdictions de vol dans de nombreuses régions d'Europe en raison de l'éruption volcanique du printemps 2010 en Islande n'ont, curieusement, suscité que peu de questions de la part des personnes assurées contre les risques de voyage. Il en a été de même en ce qui concerne la catastrophe écologique d'avril 2010 dans le golfe du Mexique et les incendies qui ont ravagé la Russie en août 2010.

3.1.2.5.

En matière d'assurance de garantie de crédit, nous avons été saisis d'un cas où l'assureur refusait les prestations en cas de chômage, car l'assurée avait, peu après avoir perdu son emploi, immédiatement retrouvé un autre pour le perdre à nouveau. Le refus en question était fondé sur le fait que, selon les CGA, il n'y a pas de couverture en cas de chômage

lorsque l'assuré(e) perd son job pendant la période d'essai. Le refus des prestations était certes conforme aux CGA, mais devait, dans le cas précis, être qualifié de choquant, car l'assurée aurait reçu les prestations d'assurance si elle était restée au chômage après avoir perdu son premier emploi. Tel n'était toutefois pas le cas, vu qu'elle avait entrepris tout ce qu'elle pouvait pour trouver un nouveau travail directement après avoir perdu le précédent. La perte du nouvel emploi occupé n'ayant entraîné aucune sanction de l'assurance chômage pour cause de faute personnelle, l'assureur revint, suite à l'intervention de l'office de médiation, sur son refus initial de verser les prestations.

Dans un autre cas, un assureur de crédits à tempérament a résilié une police et, s'appuyant sur les CGA, a mis un terme à ses prestations sur une assurance en cours pour le délai de préavis. Dans ce cas précis, cela a eu pour effet une sensible réduction de la durée maximum des prestations dans le cas de sinistre en cours par suite d'incapacité de travail due à la maladie. L'office de médiation ayant expliqué à l'assureur que de telles limitations des prestations dans les CGA doivent être qualifiées d'inhabituelles selon la jurisprudence en vigueur et sont dès lors non valables, l'assureur maintint le contrat en vigueur et reprit les versements.

3.1.2.6.

Les divergences d'opinion qui ont été soumises à l'office de médiation pour la branche de la protection juridique concernaient surtout des questions de durée de la couverture de l'assurance et le temps mis au traitement des sinistres. Dans quelques cas, les requérants nous ont demandé d'examiner le caractère sans espoir avancé par l'assureur protection juridique. Nous avons dû y opposer un fin de non-recevoir non seulement parce que la contestation de l'assuré avec un tiers ne relevait pas d'une question du droit des assurances, mais aussi parce que l'office de médiation, en sa qualité de médiateur, ne peut et ne doit pas intervenir à la place de la procédure d'arbitrage prévue par la loi en cas de procédure vouée à l'échec.

3.2. Secteur LAA

3.2.1.

Etabli à 637 en 2010, le nombre des demandes a légèrement régressé (-2%) par rapport à l'année antérieure (651 cas). Sur les 637 cas, 553 (589) émanaient de la Suisse allemande, 60 (36) de la Suisse romande et 24 (26) de la Suisse italienne. Les demandes de la Suisse allemande ont diminué de 6% en chiffre rond et celles de la Suisse italienne d'un petit 8%. Quant à la Suisse romande, elle présente une hausse d'environ 66%, le nombre de cas restant toutefois modeste dans l'ensemble. Les raisons pour lesquelles seulement 13% des

cas proviennent de Suisse romande et italienne ne sont pas décelables. Comme ces années dernières, Me Subilia et Me Caimi entretiennent des contacts étroits avec les médias et s'expriment publiquement sur leur activité.

387 demandes concernaient la SUVA, dont 5 la SUVA Care (assurance militaire). La part des demandes touchant la SUVA qui s'établit ainsi à 61%, représente toujours plus de la moitié de tous les cas LAA traités (54%).

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
A						
Obligation d'affiliation	4	(10)	0	(0)	0	(0)
Début de l'affiliation	1	(3)	0	(0)	0	(0)
Fin de l'affiliation	1	(1)	2	(0)	2	(0)
Conclusion du contrat	25	(18)	0	(0)	2	(1)
Primes	18	(13)	0	(2)	0	(2)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	49	(45)	2	(2)	4	(3)
B						
Prévention des accidents	9	(8)	0	(0)	0	(0)
Traitement médical	28	(54)	1	(0)	0	(1)
Remboursement des frais	76	(68)	4	(1)	3	(4)
Indemnités journalières	78	(77)	3	(0)	1	(0)
Rentes invalidité	15	(13)	0	(1)	1	(3)
Indemnité atteinte à l'intégrité	4	(11)	1	(1)	1	(0)
Total	210	(231)	9	(3)	6	(8)
C						
Réduction/refus de prestation	163	(191)	35	(21)	7	(9)
Recours contre tiers responsable	2	(4)	1	(1)	0	(0)
Total	165	(195)	36	(22)	7	(9)
D						
Renseignements généraux/procédures	129	(118)	13	(9)	7	(6)
TOTAL	553	(589)	60	(36)	24	(26)

3.2.2.

587 des 637 dossiers ont été réglés directement avec les requérants et 50 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'assureur. Dans 21 des 42 cas liquidés, le résultat a été positif. Dans 14 cas, l'intervention n'a pas eu de succès et, dans 7 autres cas, le dossier a été classé comme « neutre ».

3.2.3.

Savoir s'il s'agissait d'un accident réunissant les conditions LAA voulues ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident a souvent été source de contestations.

Cela provient notamment de ce que la définition légale de la notion d'accident ne se recouvre pas avec ce que l'on entend par accident dans le langage courant. Ainsi est-il difficile, pour des non-juristes, et parfois même pour des personnes ayant de bonnes connaissances en droit, de comprendre qu'une atteinte soudaine à la santé n'est pas un accident au sens de la LAA, la lésion ne pouvant provenir d'un facteur extérieur soudain et extraordinaire. Il n'y a ainsi pas d'accident si deux personnes font un bras de fer et que, ce faisant, l'une se blesse sans qu'il se soit produit quelque chose d'extraordinaire (par exemple si la table cède, si une tierce personne pousse les joueurs, etc.).

Les circonstances concrètes de l'événement annoncé sont essentielles pour apprécier l'obligation d'indemniser selon la LAA. C'est pourquoi l'attention des requérants a souvent été attirée sur le fait que les « Déclarations de la première heure », soit les indications données immédiatement après l'événement, revêtent une importance toute particulière dans la déclaration d'accident LAA ou dans le questionnaire des assurances

Lorsque l'existence d'un accident au sens juridique du terme était contestée, l'office de médiation n'avait en règle générale aucune raison de mettre en doute les avis de l'assureur accidents concerné. Quand l'exposé des motifs était très succinct et peu en rapport avec le cas, l'office de médiation a parfois dû fournir les explications nécessaires afin que les requérants soient en mesure de comprendre pourquoi les prestations avaient été refusées.

Il a été frappant de constater que l'appréciation de l'obligation d'indemniser de l'assureur se réduisait souvent à l'examen d'un accident au sens juridique. Les conditions d'une obligation de fournir les prestations suite à une lésion corporelle assimilée à un accident n'ont en revanche été que partiellement examinées ou considérées sans justification comme n'étant pas remplies. Relativement au fond, l'office de médiation a, à diverses reprises, signalé à ce propos aux compagnies que, selon la jurisprudence, il suffit pour qu'un facteur extérieur soit invoqué, que ne s'accomplisse pas seulement un acte quotidien comme se lever, s'asseoir, se coucher ou se mouvoir dans la pièce, mais que l'activité en question (par exemple un saut d'un mur haut de 70 cm, une montée sportive des escaliers en montant les marches quatre à quatre, l'abattage d'un arbre avec une tronçonneuse) ait impliqué un potentiel de dommages accru qui s'est réalisé par la suite.

3.2.4.

Comme les années précédentes, un grand nombre de cas ont suscité des controverses quant à savoir si, au-delà d'une date donnée à laquelle le cas avait été liquidé par l'assurance, une atteinte à la santé nécessitant un traitement et/ou aboutissant à une incapacité de travail devait être prise en considération, atteinte qui doit, d'une manière naturelle et causalement adéquate, être due à l'accident assuré à l'origine.

Les questions – souvent complexes – de causalité qui se posaient ont régulièrement requis beaucoup de travail. Lorsque le rapport naturel de causalité était en question, nous examinions si les motifs de la décision étaient entièrement probants ou si des examens supplémentaires de preuves étaient, le cas échéant, nécessaires. L'office de médiation ne disposant pas de son propre service médical, nous avons demandé à diverses reprises au requérant de nous faire parvenir un avis médical.

3.2.5.

Curieusement, un grand nombre de demandes provenaient de personnes qui se trouvaient avoir simultanément plusieurs contrats de travail, étaient en partie indépendantes et en partie employées, exerçaient exclusivement une activité dite secondaire, ou continuaient à être actives une fois retraitées.

La multiplicité des relations professionnelles devrait encore s'accroître au vu de l'évolution de la société et du marché du travail. Il en est résulté l'année dernière, en droit des assurances LAA, diverses questions, souvent complexes en matière de couverture d'assurance et de calcul d'éventuelles prétentions à des prestations.

Ainsi s'est posée la question de savoir si un accident survenu lors du déplacement du domicile immédiatement à l'entrée des locaux de l'employeur où l'assuré avait une activité à 80% devait être qualifié d'accident du travail ou pas. Cette question avait son importance, car la personne assurée travaillait encore quatre heures par semaine dans le cadre d'un second contrat de travail et n'était assurée là que contre les accidents du travail. Ceci revient à dire que la perte du salaire du deuxième employeur n'était assurée LAA que si l'accident était qualifié d'accident professionnel.

3.3. Secteur de la prévoyance professionnelle

3.3.1.

Dans ce secteur, 151 personnes (233 en 2009) se sont adressées à l'office de médiation. S'y sont ajoutés 39 cas relevant d'institutions de prévoyance pour lesquelles l'office de médiation n'est pas compétent, vu qu'il ne s'agissait pas de fondations collectives d'un assureur-vie suisse. Ces requérants ont, en règle générale, été aiguillés sur l'institution « LPP renseignements gratuits ».

Sur les 151 cas, 120 (208) provenaient de la Suisse allemande, 21 (13) de la Suisse romande, et 10 (12) de la Suisse italienne. Comme l'an dernier déjà, le nombre des demandes a régressé.

Motifs des plaintes et provenance par régions

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	6	(17)	0	(0)	1	(0)
Etendue de la couverture	3	(7)	0	(0)	2	(0)
Réticence	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Rachat	5	(7)	0	(0)	0	(0)
Règlement	3	(10)	0	(0)	1	(1)
Changement d'institution de prévoyance	3	(12)	0	(1)	0	(1)
Libre passage	27	(21)	1	(2)	1	(1)
Anticipation des prestations	6	(6)	0	(0)	0	(0)
Saisie	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Impôts	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	10	(7)	0	(0)	1	(0)
Clause bénéficiaire	3	(12)	0	(1)	0	(2)
Réductions / refus	23	(43)	9	(5)	3	(4)
Informations générales	21	(23)	10	(4)	1	(2)
Prescription	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	3	(9)	0	(0)	0	(1)
Divorce	2	(15)	0	(0)	0	(0)
Salaire coordonné	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Procédure	2	(2)	0	(0)	0	(0)
Avocat	0	(7)	1	(0)	0	(0)
TOTAL	120	(208)	21	(13)	10	(12)

3.3.2.

L'office de médiation est intervenu dans 15 cas. Dans 5 des 12 interventions réglées, un résultat positif a pu être obtenu pour l'assuré.

3.3.3.

Les cas traités étaient souvent complexes et ont demandé beaucoup de temps. Les questions posées par les requérants ont été des plus variées. Elles portaient en premier lieu sur la question des prestations (détermination de l'assureur LPP tenu de verser la prestation, montant de la prestation vieillesse et invalidité, problématique de surindemnisation) et sur les aspects juridiques des primes.

3.3.4.

Une question contestée a notamment été celle de savoir quelle institution de prévoyance est tenue de verser des prestations d'invalidité lorsqu'une personne invalide a eu divers contrats de travail successifs. Selon la LPP, ce n'est pas le moment où naît le droit à la rente d'invalidité qui est déterminant, mais le moment où est survenue l'incapacité de travail qui a ensuite entraîné l'invalidité. La condition est qu'il y ait un rapport de fait et chronologique entre la détérioration de la capacité de travailler et l'invalidité ultérieure. Tel est le cas lorsque l'incapacité de travail ainsi que l'invalidité ultérieure ont essentiellement le même état de santé pour origine et qu'il n'y a pas eu une longue période de travail à plein temps entre l'incapacité de travail initiale et l'invalidité qui a suivi.

3.3.5.

Un cas nécessitant spécialement beaucoup de temps a été la plainte d'un salarié dont les cotisations LPP versées par son employeur à l'institution de prévoyance n'avaient pas été correctement passées en compte, ce qui a entraîné une prestation-vieillesse LPP trop faible. Sur la base des pièces qui étaient claires de l'avis de l'office de médiation, nous avons été amenés à intervenir auprès de l'institution de prévoyance. Après des négociations de longue haleine, une solution satisfaisante pour le requérant a pu être obtenue.

3.3.6.

Dans un autre cas, il s'agissait de savoir si la réglementation régissant les bénéficiaires de l'ordonnance sur le libre passage valable à partir du 1^{er} janvier 2005 est applicable si le cas de prévoyance est survenu après le 1^{er} janvier 2005, mais que la police de libre passage a été encore conclue sous le régime de l'ancien droit et que les CGA (datant de 1997) déterminantes au moment de la conclusion du contrat prévoient une autre réglementation pour les bénéficiaires. La compagnie concernée observait que rien ne s'opposait à ce que les nouvelles dispositions soient appliquées aux polices (et comptes) de libre passage conclus sous la nouvelle législation, soit après le 1^{er} janvier 2005. En revanche, il ne saurait pour elle être question d'appliquer directement l'ordonnance sur le libre passage valable dès le 1^{er} janvier 2005 à des polices de libre passage souscrites avant le 1^{er} janvier 2005.

L'ordonnance – modifiée – sur le libre passage n'est pas immédiatement applicable et une convention de droit privé qui a été conclue autrefois a la priorité sur une ordonnance de libre passage nouvellement édictée ou modifiée. L'office de médiation faisait valoir le point de vue opposé. Nonobstant diverses interventions, aucun accord durable n'a pu être trouvé.

4. LES BUREAUX DECENTRALISES

4.1. Bureau décentralisé de Suisse romande

4.1.1.

Après un certain nombre d'années de stagnation, l'office de médiation décentralisé pour la Suisse romande a connu en 2010 un nouveau pic d'activité. Ainsi, le nombre total de requêtes traitées par l'office a passé de 523 à 593, tandis que celles sortant de sa compétence ont régressé de 140 à 111. En 2010, l'office de Lausanne a traité pas moins de 482 dossiers de sa compétence contre 383 l'année précédente, soit une augmentation de 26%.

4.1.2.

La progression la plus spectaculaire a été enregistrée dans le domaine de l'assurance maladie, le nombre de cas ayant passé de 59 en 2009 à 113 en 2010. Me Subilia attribue cette évolution aux problèmes existant dans la branche de l'assurance maladie et à une manière plus rigoureuse de traiter les sinistres. Ce sont rarement des problèmes juridiques dont il a été question, mais surtout d'appréciations médicales qui divergent entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la compagnie d'assurances.

Dans plusieurs cas, les compagnies concernées justifiaient le refus ou la réduction des prestations par un avis de leur médecin-conseil, arguant en particulier que cet avis devait prévaloir sur celui du médecin traitant, trop proche de son patient. De telles justifications sont particulièrement problématiques lorsque, comme cela s'est produit dans quelques cas, plusieurs spécialistes avaient émis un avis médical différent de celui du médecin-conseil non spécialiste de la compagnie. Me Subilia évoque le cas douteux où un médecin-conseil, n'ayant jamais examiné l'assuré, substituait son appréciation selon laquelle aucune prestation n'était due à celle de tout médecin ayant traité l'assuré, sans tenir compte d'aucun des arguments de ses confrères auxquels il préférerait une position théorique. C'est pourquoi, dans quelques cas et grâce à l'intervention de l'office de médiation, il a été possible d'obtenir un second examen médical. Me Subilia estime que lorsque les avis divergent sur l'état de

santé d'un assuré, un second examen ou une contre-expertise serait indiqué afin que les questions médicales à élucider puissent être tirées au clair.

4.1.3.

Le nombre des cas en relation avec l'assurance vie est en léger recul (74 en 2010 contre 80 en 2009). Les problèmes avaient pour la plupart trait à la perte de valeur des polices liées à un fonds. Dans d'autres cas, c'était le traitement fiscal des polices des piliers 3a et 3b qui faisait question. L'optimisation fiscale des revenus est un important argument de vente pour l'assureur, mais les requérants ont contesté le manque de qualification de l'intermédiaire d'assurance en matière fiscale.

4.1.4.

Le domaine de la protection juridique demeure une source importante de litiges (36 cas). Le rôle de l'ombudsman est particulièrement ardu dans ce domaine, car les refus de prestations n'exigent pas seulement l'application et l'interprétation correctes des conditions générales d'assurance, mais souvent aussi l'investigation des options juridiques à disposition de la personne assurée pour régler le différend faisant l'objet de la demande de protection juridique. Par ailleurs, il ne s'agit pas toujours de questions de droit des assurances, mais également de l'opportunité d'une mesure ou des chances de succès d'une démarche. Dans un cas d'implication internationale relevant du droit du travail, il s'est par exemple agi de savoir si, en plus du for étranger, il n'y avait pas aussi un for à l'intérieur de l'étendue territoriale de la police. Les trois interpellations déposées dans ce domaine se sont heureusement toutes avérées positives.

4.1.5.

Le nombre des interventions auprès des compagnies effectuées par le bureau de Lausanne a légèrement régressé, malgré la recrudescence du nombre de cas qui lui ont été soumis. Dans un grand nombre de cas, l'activité de l'office a essentiellement consisté à rendre la position de l'assureur compréhensible pour l'assuré. C'est souvent en informant plutôt qu'en contestant que l'ombudsman joue le plus grand rôle, car une situation d'assurance comprise par l'assuré, même lorsqu'elle lui est défavorable, ne lui paraît plus aussi injuste. C'est dans cet esprit d'information que Me Subilia a eu l'occasion, au début 2010, de collaborer à une émission de la Radio Suisse Romande visant à expliciter les règles prévalant à la conclusion d'un contrat d'assurance. Comprendre la situation d'assurance est indispensable pour créer de bonnes relations d'assurance, et cette compréhension constitue la condition pour que les contrats puissent être exécutés à la satisfaction des deux parties.

4.2. Bureau décentralisé de Suisse italienne

4.2.1.

Le nombre des cas dont Me Caimi a eu à traiter a un peu régressé pour passer de 326 à 315. Les demandes sortant de la compétence du bureau ont aussi été un peu moins nombreuses (75 contre 82 en 2009). Dans 33 cas il s'agissait de problèmes relevant de l'assurance maladie sociale, et dans 30 cas, de demandes portant sur des affaires générales étrangères au droit des assurances.

Dans le secteur de l'assurance privée, le nombre des dossiers traités (296) est resté égal à celui de 2009. De leur côté également, les secteurs LAA 24 (26) et LPP 10 (12) n'ont pas enregistré de variations significatives. En Suisse italienne, le nombre total des demandes s'est stabilisé à 320 en moyenne au cours des 11 dernières années.

Comme ces dernières années, une grande partie des cas de la Suisse italienne ont pu être traités directement. Il s'agissait essentiellement d'expliquer aux assurés, par écrit ou par téléphone, quels sont leurs droits et leurs obligations, de les renseigner sur les prestations d'assurance qui leur sont dues et de faire la lumière sur l'état des choses. Un bon nombre de requérants ont été incités à s'adresser à Me Caimi par leur propre assureur ou après avoir étudié les CGA suite à un sinistre.

4.2.2.

En ce qui concerne les branches, les plaintes reçues se répartissent à peu près dans la même proportion qu'en Suisse allemande et en Suisse romande. Les cas traités se répartissent entre l'assurance RC auto et casco (41), la responsabilité civile générale (35), l'assurance indemnité journalière maladie (33), l'assurance vie (31) et l'assurance des bâtiments et du ménage (29).

Comme par le passé, la majorité des plaintes portait sur le montant de la prestation d'assurance (82 cas). Même si les cas ont été traités correctement en observant les dispositions contractuelles et légales, les assurés n'ont pas toujours pu en comprendre le résultat. Dans ces cas, il a été nécessaire d'expliquer la situation juridique en détail.

4.2.3.

Les 16 demandes qui, en 2010, ont été soumises au bureau de Lugano au sujet de la conclusion du contrat, ont mis en évidence le besoin d'une meilleure transparence et en particulier de meilleures informations quant aux exclusions prévues par les CGA. C'est seulement après la survenance d'un sinistre que certains assurés ont constaté que leur police ne les protégeait pas contre tous les risques de la branche en question.

Les délais et les échéances de préavis ont été à l'origine de difficultés dans presque toutes les branches d'assurance. Les personnes concernées ignoraient souvent que l'avis de résiliation n'a d'effet en tant que déclaration de volonté exigeant réception que s'il arrive au partenaire contractuel avant l'expiration du délai de préavis. Par ailleurs, quelques assurés ignoraient qu'une résiliation prématurée en cas de sinistre n'est autorisée que sous les conditions prévues par la jurisprudence relative à l'art. 42 LCA, c'est-à-dire en cas de sinistre couvert.

4.2.4.

C'est surtout dans les secteurs de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et de l'assurance vie que les dossiers sont devenus plus volumineux et plus compliqués. Ils ont exigé un traitement minutieux et davantage de travail. Les cas de réticence soumis à Me Caimi concernaient surtout ces deux branches. L'importance des questions de santé a souvent été sous-estimée par les proposants à la conclusion du contrat, de telle manière que le questionnaire a été rempli trop rapidement et sans réfléchir. D'autre part, Me Caimi a aussi dû constater que la manière dont les questions de la proposition sont formulées n'est pas toujours claire et peut donner lieu à diverses interprétations.

4.2.5.

Lors du règlement du sinistre, des divergences d'opinion sont souvent survenues entre les compagnies d'assurances et les assurés quant à la détermination de la valeur actuelle des objets endommagés. Par ailleurs, Me Caimi a dû constater que les compagnies d'assurances sont devenues plus sévères en cas de non-observation par les personnes faisant valoir un droit des obligations prévues par les CGA, et que le temps requis pour le traitement des cas de sinistres par les assureurs a en partie augmenté.

4.2.6.

En assurance de protection juridique quelques requérants se sont plaints, comme dans les années passées déjà, que l'assureur avait, même pour des polices prévoyant une forte couverture, limité les prestations selon l'état des choses. Quelques plaintes se référaient aussi à l'inutilité de la démarche.

4.2.7.

Au total 24 (26) cas LAA ont été soumis à l'office. Ils concernaient surtout des réductions ou refus de prestations, le remboursement des frais et la conclusion du contrat. Les plaintes n'ont donné lieu à aucune intervention et ont pu être réglées directement.

4.2.8.

Sur les 10 (12) cas LPP traités, un seul a fait l'objet d'une intervention. La question de la délimitation entre plusieurs institutions de prévoyance de l'obligation de fournir la prestation s'est révélée importante et intéressante lorsqu'un assuré affecté dans sa capacité de travail change de lieu de travail ainsi que d'institution de prévoyance. Selon l'art. 23 LPP, les prestations d'invalidité sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle la personne assurée était affiliée lorsque l'incapacité de travail est survenue. Déterminer ce moment peut se révéler problématique en pratique et peut - au détriment des assurés - déboucher sur une déclaration d'incompétence des différentes institutions de prévoyance.

5. AUTRES ACTIVITES

Au cours de l'année sous revue, l'ombudsman a eu plusieurs contacts directs avec la haute direction de quelques compagnies d'assurances et a rencontré les interlocuteurs de l'office de médiation des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. A ces occasions, des thèmes essentiels ont été abordés et quelques questions de principe discutées, en plus de cas concrets de médiation

Par ailleurs, l'ombudsman a eu des entretiens avec les responsables d'autres offices de médiation, notamment avec l'ombudsman de l'assurance maladie, ce qui a surtout permis de coordonner les plaintes qui touchaient les deux offices.

Tous les collaborateurs juridiques de l'office de médiation ont participé à des cours de perfectionnement portant sur divers domaines du droit des assurances afin de maintenir à jour et d'élargir leurs connaissances professionnelles.

6. CONFERENCE DE PRESSE

6.1.

Le 5 mai 2010, l'office de médiation a, sous la direction du Conseiller aux Etats Rolf Schweiger, président du Conseil de Fondation, organisé une conférence de presse à Berne à l'occasion du départ, fin mai 2010, de la médiatrice Madame Lili Nabholz-Haidegger et du changement intervenu de ce fait dans la direction de l'office de médiation.

6.2.

Madame Lili Nabholz-Haidegger a dirigé l'office de médiation pendant 18 ans de manière compétente et souveraine. Ces années ont été marquées par une profonde évolution de l'office de médiation qui a notamment vu l'extension de son champ d'activité dans le contexte d'exigences croissantes quant à ses tâches. En 2002, le secteur de l'assurance accidents obligatoire a été annexé, et ce en même temps que le champ d'action s'étendait à la SUVA. En 2006, c'est le secteur LPP, la prévoyance professionnelle, qui est venu s'ajouter, et en 2008 l'activité de l'office de médiation a été étendue au secteur de l'assurance militaire. A l'heure actuelle, l'office de médiation des assurances privées et de la SUVA est parfaitement intégré et accepté dans l'ensemble du pays.

Madame Lili Nabholz-Haidegger a aussi réalisé qu'un champ de vision uniquement national ne suffisait plus pour l'activité de l'office de médiation et que la dimension internationale commençait à jouer un rôle de plus en plus important. Ainsi est-elle devenue, en 2008, membre du comité directeur de l'«International Network of Financial Services Ombudsman Schemes», où elle a représenté notre institution lors de ses conférences annuelles et est intervenue en tant que conférencière. Elle a aussi cherché à établir des contacts avec le FIN-NET (Financial Services Complaint Net) de l'Union européenne dont font partie tous les Etats membres de l'UE et de l'EEE. L'objectif de ce réseau d'offices de conciliation

extrajudiciaires est de mieux coordonner les problèmes transfrontières des banques et des assurances dans l'espace EEE.

Que Madame Lili Nabholz-Haidegger soit encore une fois très chaleureusement remerciée au nom de tout le Conseil de Fondation pour son inlassable engagement au service de notre institution et pour son activité méritoire en sa qualité de médiatrice.

6.3.

Monsieur Martin Lorenzon, avocat, a pris la succession de Madame Lili Nabholz-Haidegger dont il a été le remplaçant pendant de longues années. Monsieur Lorenzon fait partie de l'office de médiation depuis septembre 2001 et travaillait auparavant en qualité de collaborateur juridique et remplaçant du chef des sinistres auprès d'un important assureur de la protection juridique.

7. MUTATIONS DANS LE PERSONNEL

Le départ de Madame Lili Nabholz-Haidegger et la nomination de Monsieur Martin Lorenzon comme ombudsman ont nécessité que l'équipe juridique soit complétée. Madame Laura Meile et Madame Stefanie Maag, toutes deux avocates, remplissent les meilleures conditions pour les tâches qu'elles auront à accomplir.

Au secrétariat, le vide temporaire dû au congé maternité de Madame Jacqueline Müller a été comblé par l'engagement de Monsieur Filip Bergamin qui, après son diplôme commercial, a accompli son stage professionnel à l'office de médiation. Il a ainsi pu être contribué à la formation d'un jeune adulte en lui donnant la possibilité de faire ses premières expériences professionnelles et de se faire une idée de la branche d'assurance.

FONDATION OMBUDSMAN DE L'ASSURANCE PRIVEE ET DE LA SUVA

Le président

Le médiateur

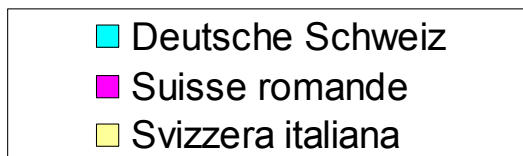
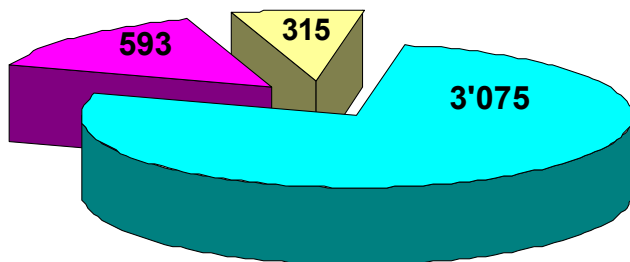
R. Schweiger

M. Lorenzon

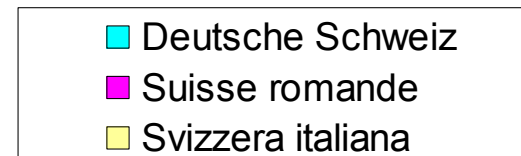
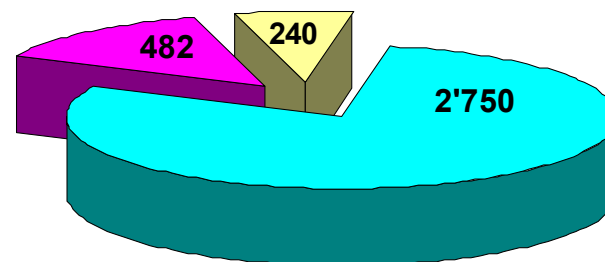
Zurich, mars 2011

Statistik nach Regionen / Statistique par régions / Statistiche per regione 2010

Eingegangene Gesuche
Demandes reçues
Richieste entrate

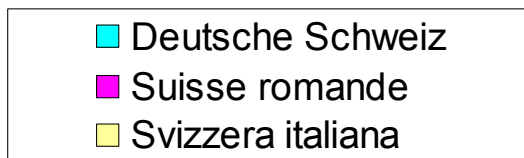
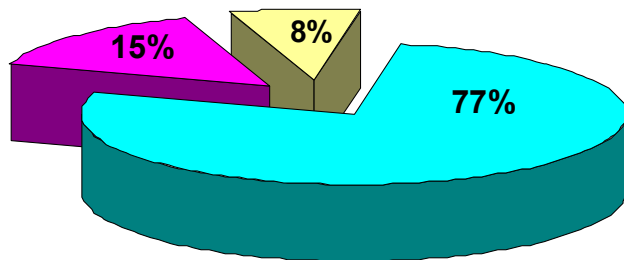


Behandelte Fälle
Cas traités
Casi trattati

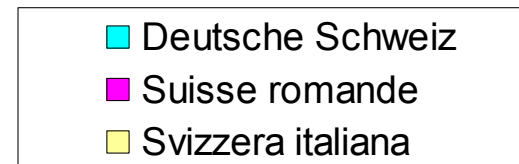
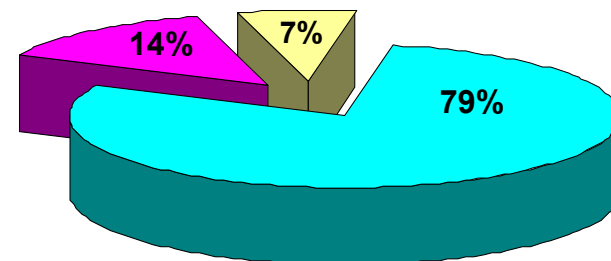


Statistik nach Regionen / Statistique par régions / Statistiche per regione 2010

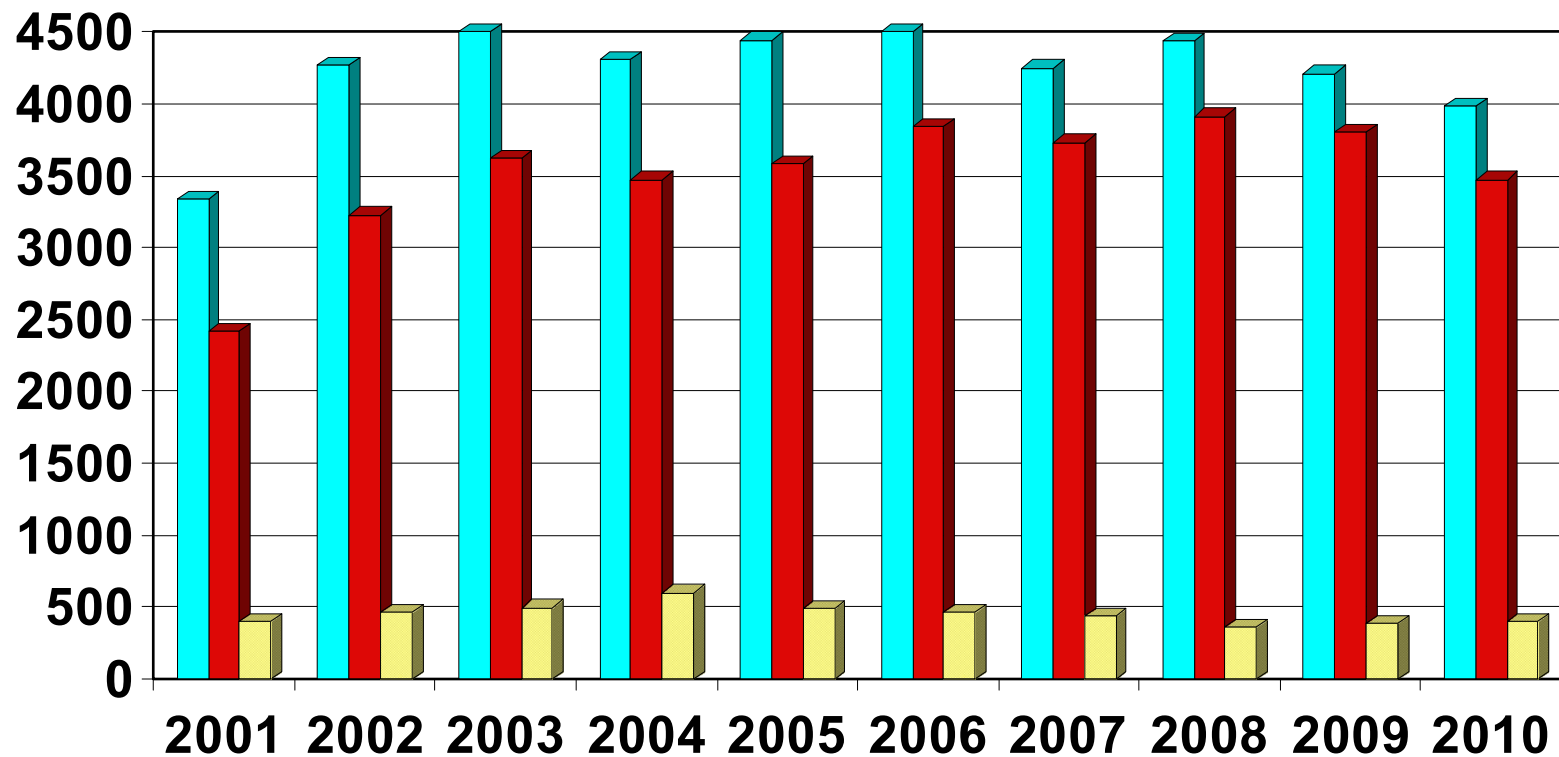
Eingegangene Gesuche
Demandes reçues
Richieste entrate



Behandelte Fälle
Cas traités
Casi trattati



Tätigkeit / Activité / Attività 2001 - 2010



■ Eingegangene Gesuche / Demandes reçues / Richieste entrate

■ Behandelte Fälle / Cas traités / Casi trattati

■ Interventionen / Interventions / Interventi

SOCIETES AFFILIEES

AIG Europe (act. Chartis Europe SA)
AIG Life
Alba
Allianz Suisse (y c. ex Bernoise, ex Elvia)
Allianz Suisse Vie
American Security Life
Aspecta
Assista TCS SA
Aurora Assurances SA (anc. Garanta)
Austria
AXA (act. AXA Winterthur)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Vie
AXA ARAG (anc. Winterthur ARAG)
Bâloise
Bâloise Vie
CAP Protection juridique
Cardif
Chartis Europe SA (anc. AIG Europe)
Chubb
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA
DAS
Elvia Assurance Voyages (act. Mondial Assistance Schweiz)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection Juridique
GAN
Garanta (act. Aurora Assurances SA)
Generali
Generali Assurances de personnes
Genworth Financial
Groupe Mutuel Vie
HDI-Gerling (anc. Gerling)
Helsana Accidents SA
Helsana Protection juridique
Helvetia (anc. Helvetia Patria)
Helvetia Vie
Império
Innova
Inter Partner Assistance
La Mobilière
Mannheimer
Mondial Assistance Schweiz (anc. Elvia Assurance Voyages)
Nationale Suisse
Nationale Suisse Vie (y c. ex Coop Vie)
Orion
Pax
Phenix
Phenix Vie
Protekta
Providentia (act. Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie)
Retraites Populaires
Skandia Vie SA
Société suisse d'ass. contre la grêle
smile direct assurance sa (anc. Coop)
Suva
SuvaCare Assurance militaire
Swiss Life
Sympany
TSM
UBS Life SA
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)
Zenith Vie
Zurich
Zurich Vie