



---

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

# Rapport annuel 2016

44<sup>e</sup> édition

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

## Tâche de l'office de médiation

Dans le cadre du but de la Fondation, l'Office de médiation s'entretient de manière indépendante et neutre en cas de divergence d'opinion entre preneurs d'assurance, assurés, bénéficiaires et requérants d'une part et les sociétés d'assurances affiliées à la Fondation ainsi que la SUVA, y compris l'assurance-militaire que gère la SUVA, d'autre part dans le cadre d'affaires de droit des assurances.

Dans le cadre de sa compétence, l'Office de médiation examine les requêtes qui lui sont transmises, donne des renseignements et, si cela lui paraît approprié, intervient auprès de l'assureur concerné pour éclaircir une affaire concrète dont elle est saisie. Elle tente de trouver une issue amiable au litige.

## Conseil de Fondation

(état au 31 décembre 2016)

Rolf Schweiger, ancien conseiller aux Etats, Baar, président  
Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire, vice-présidente  
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bâriswil  
Gabi Huber, avocate, ancienne conseillère nationale, Altdorf  
Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Assurances, Pully  
Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat et ancien conseiller national, La Chaux-de-Fonds  
Thomas Mäder, directeur Suva, Root  
Chiara Simoneschi-Cortesi, ancienne présidente du Conseil national, Comano  
(cf. table des matières pour les mutations)

## Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

## Office de médiation Suisse alémanique

Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique  
Adrian Bryner, avocat  
Suzanne Schaad-Ritt, avocate  
Eveline Bretscher Todaro, secrétariat  
Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, docteur ès lettres, secrétariat

## Bureaux décentralisés Suisse romande

Me Olivier Subilia, docteur en droit, avocat

## Suisse italienne

Avv. Carlo Luigi Caimi

## Avant-propos



Chères lectrices, chers lecteurs,

Régulièrement, j'entends mes interlocuteurs me dire que le travail de l'office de médiation doit être difficile, sachant que nous sommes toujours pris en « sandwich » entre les assurés et les compagnies d'assurances.

J'ai l'habitude de répondre que non seulement nous ne sommes concrètement pas pris en sandwich, mais qu'en plus nous n'avons pas le sentiment de l'être. L'office de médiation est neutre et indépendant, il n'agit donc ni pour le compte des assurés, ni pour celui des assureurs. Loin d'être partie prenante, nous nous forgeons notre propre opinion dans chaque cas en nous basant sur la loi, sur la jurisprudence en vigueur ainsi que sur le contrat d'assu-

rance. Ce qui, dans l'exercice de notre fonction, nous permet d'éviter les conflits typiques du rôle du « sandwich », de même que les conflits avec nos propres valeurs.

De leur côté, les compagnies d'assurances n'exercent pas de pression sur l'office de médiation. Elles n'ont qu'une seule attente vis-à-vis de notre institution – et une attente légitime pour les deux parties, soit dit en passant : une évaluation des cas soumis impartiale, indépendante et neutre sur la base de la législation et du contrat en vigueur.

Si parfois nous ressentons une forme de pression, cela vient toujours des requérants. En raison du grand déséquilibre en matière de connaissances et de pouvoir entre eux-mêmes et les compagnies d'assurances, ils éprouvent souvent un sentiment d'impuissance et font face à une situation émotionnellement chargée. En notre qualité de médiateur, notre tâche consiste alors à atténuer l'inégalité des connaissances et du pouvoir au niveau le plus objectif possible en vue de parvenir à des solutions à l'amiable. Le tout sans nous départir de notre neutralité et sans défendre les intérêts des requérants au même titre qu'un avocat.

En règle générale, les assurés acceptent la neutralité de notre fonction et notre rôle de médiateurs indépendants. Certes, nous avons été confrontés à quelques situations particulières où ce n'était pas le cas parce que les assurés attendaient une défense de leurs intérêts digne d'un avocat ; mais, malgré des exigences de plus en plus élevées, ces cas sont restés assez isolés.

Je tiens à remercier les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance qu'ils accordent à notre institution, ainsi que tous les collaborateurs de l'office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les litiges à l'amiable.

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

Martin Lorenzon  
Ombudsman

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

## Résumé du rapport annuel 2016

Au cours de l'exercice sous revue, le nombre de demandes et de plaintes relevant du champ de compétence de l'office de médiation a augmenté de 2982 cas à 3479 (+16,6%).

Dans 3081 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant. 398 requêtes ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurances concernées, soit un taux d'intervention de 24,3%. Parmi elles, 95% ont été réglées avant fin 2016, avec un taux de réussite de 67,4%. La valeur litigieuse la plus élevée dans les interventions réalisées a atteint CHF 700 000.-, la moins élevée CHF 120.-.

Comme les années précédentes, les requêtes dans le domaine des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de l'activité de l'office de médiation, à savoir 50% des cas. Dans le domaine des assurances d'indemnités journalières, nous avons relevé une nouvelle augmentation du nombre de cas d'incapacité de travail liée à un trouble psychique, qui sont sujets à des divergences d'appréciation, y compris entre médecins spécialistes.

Pour la première fois, nous avons traité des cas concernant des prestataires de « bed and breakfast ». Les litiges portaient sur l'étendue de la couverture de l'assurance ménage existante et sur l'éventuelle nécessité de conclure une assurance d'entreprise pour couvrir les risques en tant qu'hôte louant des chambres à des voyageurs dans son propre logement.

Le nombre de plaintes contre des assurances pour téléphones portables a continué d'augmenter. A plusieurs reprises, il s'agissait d'examiner si l'assureur, s'appuyant sur les conditions générales d'assurance, était bel et bien en droit de refuser de verser une prestation pour le vol d'un smartphone parce que l'objet était rangé ou conservé de manière inappropriée.

Enfin, dans le secteur des assurances voyages, le médiateur a traité quelques plaintes concernant des prestations refusées après des annulations préventives de voyages dans des régions touchées par le virus Zika.

## Table des matières

<b>Aperçu de l'exercice 2016</b>	
Evolution du nombre de cas	1
Demandes et plaintes ventilées par branches	3
Branches principales des cinq dernières années	4
Ventilation des demandes selon leur provenance	4
– Ventilation selon le sexe ou autres critères	4
– Ventilation en fonction des régions linguistiques	4
Interventions	5
– Taux d'interventions	5
– Interventions par branche / secteur	6
– Taux de succès lors des interventions	7
<b>Collaboration avec les compagnies d'assurances</b>	8
<b>L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches</b>	
Le secteur des assurances privées	9
– Secteur vie	9
– Secteur non-vie	9
Secteur LAA et assurance militaire	17
Secteur de la prévoyance professionnelle	19
<b>Le bureau décentralisés</b>	
Bureau décentralisé de Suisse italienne	21
Bureau décentralisé de Suisse romande	24
<b>Autres activités</b>	27
<b>Changement au sein du Conseil de Fondation</b>	28
<b>Les statistiques 2016</b>	
Statistique par régions : demandes reçues	29
Statistique par régions : cas traités	29
Activité de 2006 à 2016	29
<b>Sociétés affiliées</b>	30

# Aperçu de l'exercice 2016

## Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2016, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'office de médiation s'est monté à 3926 (3502 en 2015).

Total des demandes			3926	(3502)
De notre compétence			3479	(2982)
Cas réglés directement	• par téléphone	1844	(1651)	
	• par écrit	1237	(1003)	3081 (2654)
Interventions			398	(328)

Chiffres 2015 entre parenthèses

Observée en 2015, la légère tendance à la baisse du nombre de cas ne s'est pas poursuivie. Les cas relevant de notre compétence

ont augmenté de 16,6%, passant de 2982 à 3479.

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

Branches	2016	2015
AVS	12	5
AC	7	10
AI	12	17
Caisses-maladie	158	250
Assurances cantonales	23	22
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	22	26
Assureurs privés non affiliés à la fondation	52	48
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	37	49
Divers	123	92
Assurance maternité	1	1
<b>Total</b>	<b>447</b>	<b>520</b>

## Nombre de cas dans le domaine des assurances de personnes

S'agissant des assurances de personnes, 709 demandes (559) relevaient de l'assurance accidents obligatoire, dont 17 cas (12) étaient liés à l'assurance militaire gérée par la Suva ; viennent ensuite 621 cas (533) relatifs aux

assurances indemnités journalières en cas de maladie, 298 demandes (279) portant sur les assurances vie, 96 cas (74) relatifs au secteur LPP et 31 demandes (38) en lien avec les assurances accidents privées.

Assurance accidents obligatoire	709	(559)
Assurance indemnités journalières maladie	621	(533)
Assurance vie	298	(279)
Secteur LPP	96	(74)
Assurance accidents privée	31	(38)
<b>Total</b>	<b>1755</b>	<b>(1483)</b>

Chiffres 2015 entre parenthèses

Avec une part d'environ 50% sur le total du nombre de cas, le secteur des assurances de personnes a représenté le volet principal de notre activité.

La hausse des chiffres dans le secteur de l'assurance accidents obligatoire est essentiellement

imputable à des divergences de vue quant au lien de causalité entre un accident et les troubles de la santé invoqués. Dans le domaine des indemnités journalières maladie, les cas litigieux concernant une incapacité de travail liée à un trouble psychique ont suivi le mouvement amorcé ces dernières années en continuant à augmenter.

## Dans le secteur LAA, l'office de médiation n'est plus compétent une fois la décision rendue par l'assurance

La proportion des demandes relatives à l'assurance accidents obligatoire pour lesquelles l'assureur avait déjà rendu une décision se montait à 15,9% (13%). Ces cas n'ont donc pas pu être examinés. En rendant une décision LAA, l'assureur lance la procédure administrative afin de régler un litige. Dès ce moment-là, notre activité de médiation n'a plus lieu d'être.

Lorsque les assurés LAA sollicitent nos services, il est important qu'ils en informent l'assureur par écrit, tout en lui demandant de bien vouloir attendre avant de rendre sa décision. Et ceci pour que l'office de médiation ait le temps d'examiner les requêtes des assurés.

## Demandes et plaintes ventilées par branche

Branche	2016	A	B	C	D	2015
Accidents (privé)	<b>31</b>	8	3	14	6	38
Animaux	<b>12</b>	1	3	7	1	11
Bâtiments / bris de glace	<b>62</b>	20	9	25	8	41
Bijoux	<b>4</b>	1	0	3	0	3
Casco	<b>127</b>	14	20	74	19	137
Cautionnement	<b>0</b>	0	0	0	0	0
Chômage	<b>2</b>	0	0	2	0	7
Dégâts d'eau	<b>36</b>	4	2	28	2	66
Garantie	<b>1</b>	0	1	0	0	3
Garantie de crédit	<b>12</b>	2	0	10	0	11
Incendie et éléments naturels	<b>36</b>	3	2	22	9	35
LAA	<b>709</b>	18	9	467	215	559
LPP	<b>96</b>	21	11	40	24	74
Machines	<b>0</b>	0	0	0	0	3
Maladie	<b>621</b>	97	58	367	99	533
Ménage	<b>151</b>	36	35	58	22	109
Protection juridique	<b>328</b>	51	35	180	62	283
RC véhicules automobiles	<b>295</b>	45	60	150	40	234
Responsabilité civile	<b>235</b>	25	12	170	28	207
Téléphone mobile	<b>116</b>	7	2	44	63	38
Transport	<b>3</b>	0	0	3	0	1
Vol	<b>70</b>	5	2	52	11	78
Vie	<b>298</b>	120	17	90	71	279
Voyages	<b>234</b>	15	3	194	22	232
<b>Total</b>	<b>3479</b>	<b>493</b>	<b>284</b>	<b>2000</b>	<b>702</b>	<b>2982</b>

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 ; divisibilité 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



## Branches principales des cinq dernières années

Branche	<b>2016</b>	2015	2014	2013	2012
LAA	<b>709</b>	559	556	549	603
Maladie	<b>621</b>	533	571	522	524
Protection juridique	<b>328</b>	283	304	239	318
Vie	<b>298</b>	279	326	398	375
RC auto	<b>295</b>	234	263	294	314
RC générale	<b>235</b>	207	257	276	329
Assurance voyages	<b>234</b>	232	212	120	110

## Ventilation des demandes selon leur provenance

### Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressé à l'office de médiation en 2016 :

Hommes	2105	(1836)
Femmes	1608	(1431)
Entreprises, autorités et organisations	213	(235)

Chiffres 2015 entre parenthèses

### Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2016	2015	Différence
Suisse alémanique	3060	2800	+ 260
Suisse romande	492	404	+ 88
Suisse italienne	374	298	+ 76
<b>Total</b>	<b>3926</b>	<b>3502</b>	<b>+ 424</b>

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2016	2015	Différence
Suisse alémanique	2763	2426	+ 337
Suisse romande	407	320	+ 87
Suisse italienne	309	236	+ 73
<b>Total</b>	<b>3479</b>	<b>2982</b>	<b>+ 497</b>

La hausse de 16,6% des cas relevant de la compétence de l'Ombudsman, passés de 2982 à 3479, concerne aussi bien le siège principal de l'office de médiation à Zurich (+13,8%) que les bureaux décentralisés de Lausanne (+27,2%) et de Lugano (+30,9%).

Cette hausse significative, notamment en Suisse romande et au Tessin, pourrait être imputable à la présence croissante de l'office de médiation dans les médias. Un élément qui contribue à augmenter le degré de notoriété de notre institution tout particulièrement auprès des jeunes adultes.

## Interventions

Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 328 à 398, avec une politique d'intervention inchangée. Les interventions multiples

dans le cadre d'une même plainte apparaissent dans le tableau ci-dessous comme une seule intervention.

	2016	2015	Différence
Suisse alémanique	342	288	+ 54
Suisse romande	50	28	+ 22
Suisse italienne	6	12	- 6
<b>Total</b>	<b>398 *</b>	<b>328</b>	<b>+ 70</b>

\*Dont 377 liquidées à fin 2016.

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

Assurance privée	23,17%	(25,6%)
Assurance accidents obligatoire / LAA	28,99%	(20,6%)
Fondations collectives LPP	26,19%	(26,5%)

Chiffres 2015 entre parenthèses

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a baissé par rapport à l'exercice

précédent, passant de 72 (22,08%) à 64 (16,08%).

## Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	263	29	3			32
Chômage	2					0
Ménage	142	9				9
Téléphone mobile	102	13			1	14
Vol	63	6	1			7
Éléments naturels	17	2	1			3
Incendie	15	1				1
Casco	115	10	2			12
Bâtiments	50	8				8
Bris de glace	4					0
Garantie	1					0
Responsabilité civile	207	25	2	1		28
Maladie	567	41	12	1		54
Cautionnement	0					0
Garantie de crédit	10	1		1		2
Vie	260	27	9	1	1	38
Machines	0					0
Voyages	182	44	7		1	52
Protection juridique	302	22	4			26
Bijoux	2	2				2
Transport	3					0
Animaux	10	1	1			2
Accidents (privé)	26	4	1			5
Dégâts d'eau	33	3				3
LAA	620	77	10	2		89
LPP	85	9	2			11
<b>Total</b>	<b>3081</b>	<b>334</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>398</b>

## Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 377 interventions clôturées à fin 2016 a été positif dans 254 cas (67,4%) et négatif dans 108 cas (28,6%). Dans 15 cas (4%), le résultat a été enregistré comme neutre.

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 à cause de sa prise en charge par un avocat suite au dépôt d'une plainte ou encore d'un cas resté sans objet car la réponse de l'assureur et l'intervention se sont croisées.

Nous qualifions la prise de contact avec l'assureur (= intervention) de positive lorsqu'elle entraîne une amélioration de la situation dans laquelle se trouve le requérant. A l'inverse, le résultat est négatif si l'intervention n'a aucun effet positif sur la situation du requérant.

# Collaboration avec les compagnies d'assurances

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

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 notamment l'avantage que, du côté de l'assureur, c'est un décideur doté des compétences nécessaires qui traite le cas que nous lui soumettons. Ce qui est censé aussi garantir que l'affaire sera réexaminée par la compagnie d'assurances par une personne qui n'aura pas encore été impliquée dans le traitement du cas, c'est-à-dire avec un regard neuf, neutre et aussi impartial que possible.

La collaboration avec les assureurs ne s'est révélée insatisfaisante que dans quelques cas particuliers, par exemple lorsque les prises de position ont été émises de façon trop routinière ou schématique. Dans ces cas-là, le médiateur a été obligé de réitérer son intervention.

Dans le secteur LAA, certains collaborateurs isolés d'un assureur privé ont tenté de se faciliter la tâche en communiquant au médiateur via des prises de position trop brièvement rédigées que l'assuré pouvait exiger une décision LAA s'il était en désaccord avec le refus émis par l'assurance – refus sur lequel cette dernière refusait de revenir. Dans ces cas-là, le médiateur a informé son interlocuteur que, dans le secteur LAA aussi, l'action lancée par l'office de médiation vise à trouver des solutions à l'amiable dans les cas individuels où cela est justifié, et ceci avant la mise en route d'une procédure juridique formelle de longue haleine. Au cours

d'une intervention de médiation informelle, le médiateur attend de l'assureur qu'il détermine si la demande du requérant a ou non des chances de succès dans le cadre d'une procédure en justice.

Dans quelques autres cas liés au secteur LAA, nous avons constaté avec regret que l'assureur avait rendu par mégarde une décision LAA à l'intention de l'assuré au cours même de notre activité de médiation, au lieu de transmettre sa prise de position au médiateur. Dès lors qu'une décision est rendue, le cas ne relève plus de la compétence de l'Ombudsman. Dans ce genre de cas, il est donc impératif que l'assureur retire sa décision afin que l'office de médiation puisse poursuivre et achever son activité de médiation en cours. Ce qui a d'ailleurs été effectué dans la majorité des cas, sans même que le médiateur soit obligé de mener un quelconque travail de persuasion en ce sens.

Concernant la durée de traitement des dossiers, le médiateur n'a pas eu à formuler de réclamations à l'encontre des assureurs pour la majorité d'entre eux. Au contraire, la plupart des cas ont été traités en une à quatre semaines. Grâce à quoi nous sommes parvenus à clôturer 95% de toutes nos interventions de l'année 2016 pendant ce même exercice. Seules quelques rares compagnies d'assurances ont régulièrement traité leurs dossiers en plus de quatre semaines, même lorsqu'il n'était pas nécessaire de réexaminer les faits.

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

## Le secteur des assurances privées

### Secteur vie

La tendance au recul des chiffres qui perdurait ces dernières années dans le secteur de l'assurance vie individuelle ne s'est pas poursuivie. Les cas se sont stabilisés à hauteur de 298 (269).

Les demandes soumises au médiateur concernaient surtout le pilier 3a, les valeurs de rachat en cas de résiliation anticipée de polices d'assurance vie avec composante épargne, les litiges liés aux prestations en cas d'incapacité de gain, ainsi que quelques cas de retard de paiement de prestations d'assurance à des assurés à l'étranger.

#### **Valeur de rachat des assurances vie mixtes : les assurés ont besoin d'être informés**

Les assurés ignorent souvent que la conclusion d'une police d'assurance vie n'équivaut pas tout simplement à une épargne bancaire. Si nous déposons tous les mois le même montant sur un livret d'épargne, la banque appliquera son taux d'intérêt à ce montant ; nous aurons donc à la fin d'une période donnée un crédit correspondant à nos versements additionnés du taux d'intérêt. Avec une assurance, les choses sont quelque peu différentes, notamment parce que le paiement des primes doit aussi financer la couverture des risques fixée lors de la conclusion du contrat (qui n'est pas comprise dans le cas d'une épargne bancaire).

Nous avons ainsi dû expliquer à quelques requérants que la valeur de rachat de leur police ne pouvait pas être mise sur un pied d'égalité avec leurs primes déjà versées ; en effet, ces primes ne servent pas seulement à financer un capital d'épargne, mais elles financent également les assurances risques (assurance décès et libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain). Sans compter les frais généraux d'acquisition, d'administration et de recouvrement. En outre, dans le cas d'un rachat de la police, les frais d'acquisition sont totalement amortis. Rien que pour cette raison, une résiliation anticipée d'un contrat de longue durée entraîne une réduction de la valeur de rachat proportionnelle au laps de temps écoulé entre le rachat et la conclusion du contrat. Sachant que le rachat n'est légalement autorisé que si les primes ont été payées pour trois années complètes au moins (cf. art. 90, al. 2 LCA).

Pour des questions de compétence, nous avons donc adressé à l'autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) les assurés qui souhaitaient une évaluation correcte du calcul de la valeur de rachat. Contrairement à l'office de médiation, la FINMA a accès aux bases de calcul et est légalement obligée de contrôler gratuitement la justesse de la valeur de rachat indiquée par un assureur pour chaque cas particulier.

### Secteur non-vie

#### **Assurances de choses**

Dans le domaine des assurances de choses, comme ces dernières années, les demandes et les plaintes portant sur la justification et le montant des prestations d'assurances étaient au premier plan, suivies des demandes relatives à la couverture et à la résiliation des contrats.

#### **Assurance téléphone portable : vol du portable à la plage ; où ranger le téléphone de manière adéquate ?**

Au cours de l'exercice sous revue, les demandes et les plaintes en lien avec l'assurance téléphone portable ont continué à grimper, passant de 38 à 116.

Un assuré a soumis une demande suite à un vol à l'arraché de son téléphone portable lors de ses vacances dans les Caraïbes. Il marchait sur la plage lorsque des inconnus lui sont tombés dessus par derrière et l'ont jeté à terre. Ce faisant, ils lui ont arraché son sac à dos, qui contenait entre autres son smartphone. Après avoir annoncé le sinistre à son assurance téléphone portable, l'assuré s'est vu répondre que le vol n'était pas couvert car le smartphone n'avait pas été rangé de manière adaptée à ce type d'objet. L'assureur campait sur sa position, même après la demande de réexamen du cas effectuée par l'assuré, arguant que les objets précieux devaient être portés directement sur le corps et que le DFAE avait mis en garde contre les vols dans le pays en question (Cuba).

Cet assuré s'est adressé par la suite à l'office de médiation. Le médiateur est intervenu auprès de l'assureur, faisant valoir que, pour des raisons bien compréhensibles, le requérant se promenait sur la plage vêtu d'un simple maillot de bain. Il avait donc placé son téléphone portable dans son sac à dos, empêchant par là-même que l'objet soit exposé à la vue de tous. Par ailleurs, cet assuré s'était soigneusement préparé à son voyage, sans omettre de lire les recommandations du DFAE ; ces dernières ne diffèrent d'ailleurs pas de celles qui valent dans les pays européens, comme la France, la Grèce, l'Italie, etc.

Le médiateur a également ajouté que si l'assuré avait porté son smartphone directement sur lui, alors qu'il n'était vêtu que d'un maillot de bain, l'appareil n'aurait pas été mieux protégé ; ce dernier aurait justement été exposé à la vue de tous et donc prédestiné au vol. De l'avis de l'office de médiation, l'assuré avait ainsi opté pour l'endroit le plus sûr pour ranger son téléphone, dans les circonstances données. Le refus de couverture du sinistre signifierait que l'on n'a pas le droit de prendre son téléphone portable sur la plage. Une insinuation que la compagnie d'assurances n'a pas formulée à l'encontre de son assuré, à juste titre.

Il faut ajouter que, dans ce cas, l'endroit où était placé l'objet n'avait aucun lien de causalité avec le vol. Le requérant ayant été attaqué et jeté à terre, les voleurs se seraient emparés de toute manière du téléphone. A notre avis, même les mises en garde du DFAE ne doivent pas entraîner une attitude différente de la part de l'assuré. Pour toutes ces raisons, nous ne voyons pas quelles mesures de précaution supplémentaires le requérant aurait dû prendre. Par la suite, l'assureur s'est montré conciliant et a remboursé à son assuré le dommage subi suite à ce vol.

### **Assurances ménage : problèmes de couverture des hébergements Airbnb et BnB (« bed and breakfast ») en l'absence d'assurance d'entreprise**

Dans le secteur de l'assurance ménage, pour la première fois, nous avons eu à traiter des demandes concernant des individus ayant accueilli des privés en leur louant une chambre (avec ou sans petit-déjeuner) via une plateforme de logements en location. L'un des cas concernait un cambriolage qui s'est produit dans la maison du requérant, entraînant des dégâts matériels au niveau d'une fenêtre du bâtiment, accompagnés du vol de CHF 1 800.- et de EUR 2 800.- en liquide. D'après les conditions générales d'assurance (CGA), le vol d'argent liquide était couvert à hauteur de CHF 5 000.- au maximum.

Suite à l'annonce du sinistre, l'assureur a pris en charge la totalité des frais liés au bris de glace. En revanche, l'argent en liquide a fait l'objet d'une divergence de vues : l'argent liquide qui provenait essentiellement des revenus des locations BnB pouvait-il être qualifié de fortune commerciale non assurée ou constituait-il une part de la fortune privée issue de revenus annexes ? L'assurance ménage ne couvre les vols d'argent liquide que lorsqu'il s'agit de la fortune privée. L'assureur a estimé qu'en matière d'argent liquide, la fortune privée ne pouvait pas dépasser env. CHF 2 500.-. Les quelque 500 nuitées par année assorties d'un revenu brut de CHF 18 000.- ne constituaient pas un hébergement occasionnel,

mais bien une activité professionnelle. Par conséquent, une grande partie de l'argent liquide dérobé pouvait être qualifiée, d'après l'assureur, de fortune commerciale. La partie plaignante était en désaccord avec ces affirmations.

Après avoir examiné d'autres documents (déclaration fiscale, etc.), l'office de médiation a contacté l'assureur en déclarant que la couverture d'assurance ne dépendait pas de la provenance de l'argent (activité professionnelle indépendante ou salariée). Le critère déterminant concerne la destination de cet argent : est-ce un moyen de subsistance ou sert-il à financer des activités commerciales ? Au vu des documents à disposition, il était impossible de prouver avec certitude quelles sommes faisaient partie de la fortune privée et quelle part pouvait être attribuée à la fortune commerciale. Une seule chose était sûre, c'est que toute entreprise implique aussi des dépenses qui exigent un financement constant ; autrement dit, une part de l'argent dérobé pouvait clairement être allouée aux activités commerciales de l'assuré. Toute activité commerciale nécessite ainsi une caisse associée à un compte doté d'une somme réaliste. Une réalité qui ne vaut pas seulement pour les applications à court terme (électricité, alimentation, nettoyage, etc.), mais aussi pour les rénovations en matière d'équipement des chambres en location (mobilier, draps, etc.).

Le médiateur a proposé aux deux parties un accord prévoyant que l'assureur prenait en charge le montant encore ouvert de CHF 2000.- à hauteur de 50%, tout en augmentant sa prise en charge de l'argent liquide à CHF 3500.-. L'assureur a accepté cette proposition, mais – pour des raisons compréhensibles – en les assortissant de la condition qu'une solution durable soit trouvée pour l'avenir entre lui-même et son assuré. Le requérant aurait ainsi dû souscrire l'assurance d'entreprise qui lui avait été proposée.

Le requérant a refusé cette offre et aucune solution à l'amiable n'a vu le jour dans ce cas.

### **Recommandations aux personnes offrant des hébergements privés**

*D'après son expérience tirée de ce dossier, l'office de médiation ne peut que recommander aux personnes proposant des hébergements privés de clarifier le plus tôt possible leur situation d'assurance avec leur assurance ménage et, si nécessaire, de conclure une assurance d'entreprise en complément afin de prévenir les difficultés en cas de sinistre. En cas de dégâts d'eau, il peut par exemple s'avérer assez problématique de déterminer si le mobilier de la chambre louée dans ces conditions fait partie du ménage ou du mobilier d'une entreprise.*

### **Assurance responsabilité civile véhicule : augmentation des requêtes suite à une résiliation de la part de l'assureur après un sinistre**

Dans le secteur de l'assurance responsabilité civile véhicule, nous avons eu le plus souvent à traiter des questions de preuve sur les circonstances du sinistre, essentielles pour déterminer les responsabilités. Nous avons aussi reçu davantage de plaintes à l'encontre de l'assurance qui avaient pour objet la résiliation de la police de la part de l'assureur après un sinistre. Selon l'art. 42 LCA, aussi bien la compagnie d'assurances que le preneur d'assurance peuvent résilier la police avant terme lors d'un sinistre couvert et indemnisé.

Etant donné que la résiliation en cas de sinistre ne doit pas être motivée et qu'elle est autorisée dès le premier sinistre, nous avons dû dans ces cas-là nous contenter de vérifier si la résiliation par l'assureur avait bien eu lieu dans les temps, c'est-à-dire au plus tard lors de l'indemnisation du sinistre couvert (soit à la date où le versement a été effectué selon la déclaration de l'assureur). C'était en principe effectivement le cas, de sorte que l'office de médiation ne pouvait pas remettre en cause ces résiliations d'un point de vue juridique.



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. Et la neutralité qui caractérise la fonction de l'office de médiation fait que celui-ci n'a pas à se mêler de la politique d'entreprise des assurances.

### **Après réception d'une résiliation de police suite à un sinistre, de nombreux assurés témoignent de leurs difficultés à trouver un nouvel assureur**

Dans ce genre de cas, nous avons expliqué au preneur d'assurance que les véhicules automobiles mis en circulation étaient certes soumis à une obligation d'assurance selon l'art. 63 LCR. Indépendamment de ce point, en raison de la liberté de contracter en vigueur dans le droit des assurances privées, les compagnies d'assurances suisses n'ont toutefois aucune obligation quant à la conclusion d'une police d'assurance véhicule automobile. Ainsi, un assureur de véhicules automobiles n'a pas d'obligation de contracter. Une fois encore, pour l'assureur, la conclusion d'une police d'assurance véhicule est une question de politique d'entreprise sur laquelle l'office de médiation n'a pas son mot à dire, en sa qualité d'organe neutre.

#### **Recommandation aux automobilistes touchés**

*En règle générale, nous recommandons aux automobilistes concernés de demander des offres à plusieurs compagnies d'assurances, de préférence en se rendant directement dans l'agence, et pas en ligne. S'ils essuient un refus, ils peuvent ensuite demander s'il y a possibilité de conclure malgré tout une police d'assurance en adaptant les conditions, c'est-à-dire en les rendant plus strictes, par exemple avec une prime ajustée aux risques ou une franchise plus élevée. En cas de nouvel échec, nous leur conseillons ensuite de recontacter le premier assureur en lui présentant les refus écrits des assureurs concurrents et en lui demandant si une réadmission (toujours avec des conditions plus strictes) est envisageable, sans oublier de préciser que la résiliation subie*

*par ces automobilistes équivaldrait alors à une interdiction de conduire leur propre véhicule. A notre connaissance, ces démarches aboutissent en général à l'objectif visé.*

### **Via Sicura : obligation de recours de l'assurance responsabilité civile véhicule contre le responsable du sinistre en cas d'incapacité de conduire (assoupissement)**

L'office de médiation a traité quelques cas où l'assureur véhicule avait recouru contre son propre assuré après que celui-ci a provoqué un sinistre par négligence grave. Un de ces cas concernait le père du responsable d'un sinistre : dans un état de fatigue avancé, son fils s'était assoupi au volant du véhicule appartenant au père, provoquant des dégâts matériels à hauteur de CHF 26 000.-. Sur la base du droit d'action direct des personnes lésées, l'assureur véhicule a été obligé de couvrir ce sinistre ; ensuite, il s'est retourné contre son partenaire contractuel, à savoir le père du responsable du sinistre, en lui facturant 20% du montant des dégâts.

En désaccord avec cette facture, le preneur d'assurance s'est adressé à l'office de médiation, arguant que son fils n'était pas en incapacité de conduire et qu'indépendamment de cela, le montant du recours était excessif. Après examen des faits, nous avons expliqué au requérant que, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un assoupissement au volant équivalait toujours à une incapacité de conduire. Un conducteur en bonne santé et qui n'est pas en incapacité de conduire pour d'autres raisons ne peut pas s'endormir au volant sans autres signes de fatigue subjectifs préalables clairs. Par ailleurs, nous avons aussi précisé que, dans ce cas concret, le pourcentage du recours de 20% se situait dans la limite inférieure de la marge d'appréciation de l'assureur.

Cela étant, selon l'art. 65, al. 3 LCR (Loi fédérale sur la circulation routière), l'assureur est tenu

de recourir contre le conducteur fautif. L'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur et ce dernier a ainsi retiré sa créance récursoire contre le père, avant de corriger le tir et de l'adresser au fils, tout en maintenant le montant fixé à CHF 5200.-. En revanche, au vu de la situation financière du jeune conducteur fautif, l'assureur s'est déclaré prêt à accepter un paiement mensualisé de CHF 250.- d'acomptes en vue du remboursement de la créance récursoire.

### **Assurances responsabilité civile : refus de couverture problématiques pour des assurés mis sous curatelle par l'APEA**

Nous avons eu à plusieurs reprises affaire à des cas de refus de prestations de la part de certaines assurances responsabilité civile au motif que le responsable du sinistre assuré était incapable de discernement.

L'un de ces cas concernait le résident d'un foyer pour handicapés mentaux placé sous curatelle par l'APEA. Le résident avait endommagé le parquet de sa chambre en tentant de gratter la colle séchée qui avait coulé d'un tube, provoquant ainsi des rayures sur le sol. Son assureur responsabilité civile a ensuite refusé de couvrir le dommage subi par le foyer, justifiant essentiellement sa décision par l'incapacité de discernement de l'assuré, dont les agissements ne pouvaient par conséquent pas entraîner d'effet juridique. En d'autres termes, il n'était pas responsable du dommage survenu en l'absence de faute.

Après avoir examiné la requête formée par son curateur, l'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur, estimant que la tentative de l'assuré d'enlever la colle du sol en la grattant montrait clairement qu'il était conscient d'avoir commis un acte défendu, ce qui prouvait qu'il était bel et bien capable de discernement dans ce cas de figure. En outre, le médiateur juge problématique le fait qu'un assureur conclue une police d'assurance RC via un curateur, donc en connaissance de cause quant à la curatelle de l'assuré, puis,

lorsqu'un sinistre survient, invoque l'absence de discernement de l'assuré et refuse de couvrir le dommage censé être couvert par la police. L'office de médiation a ainsi soulevé la question : pourquoi conclure une police d'assurance et encaisser le paiement des primes si cette assurance ne s'applique pas lors d'un sinistre ? L'assureur ne devrait-il pas couvrir le dommage subi au vu des circonstances ?

Dans sa réponse, l'assureur n'a pas admis avoir induit en erreur le signataire du contrat et a déclaré que la capacité de discernement ne dépendait pas seulement du fait que l'assuré avait conscience d'avoir commis un acte défendu. Qui dit capacité de discernement, dit aussi volonté d'agir avec clairvoyance. Malgré tout, suite à l'intervention du médiateur, l'assureur a admis que l'obligation de couvrir le dommage ne pouvait pas être complètement niée dans ce cas concret, mais que le calcul de l'indemnisation devait être revu à la baisse, et ceci pour deux motifs : d'abord parce que seule une faute légère pouvait être reprochée à l'assuré du fait de ses facultés cognitives limitées, et ensuite en raison du comportement fautif du foyer, qui présente des lacunes dans la surveillance de son résident dans ce cas concret. En outre, le foyer pour handicapés ne pouvait pas répercuter à 100% le risque d'exploitation sur le résident et son assurance, alors que ce risque est indemnisé entre autres par les pouvoirs publics. Pour conclure, l'assureur a ajouté que son raisonnement n'excluait pas toute couverture et qu'il existait bien des risques susceptibles de se produire et pour lesquels l'individu sous curatelle pouvait être tenu pour responsable : par exemple si cet individu provoque un accident de la circulation en tant que piéton inattentif.

### **Problèmes analogues pour des cas concernant des résidents de foyers atteints de démence**

Des situations similaires touchent toujours plus les résidents d'établissements médico-sociaux. Là aussi, nous constatons que l'assureur refuse

de plus en plus souvent de couvrir un sinistre sous prétexte que l'individu à l'origine de ce sinistre ne pourrait pas répondre de ses actes et donc être tenu pour responsable. L'assureur exclurait ainsi automatiquement la capacité de discernement des individus présentant des signes de démence et l'office de médiation considère cette situation comme problématique. D'une part certes parce que la démence ne peut être associée à une incapacité de discernement générale, quelle que soit l'action effectuée ; mais d'autre part, il ne faut pas oublier que dans chaque Etat de droit, on part du principe que tout adulte possède une capacité de discernement, et ceci tant qu'un médecin spécialiste n'a pas établi le contraire.

#### **Recommandation aux assureurs**

*Afin que les personnes incapables de discernement et très âgées présentant des signes de démence puissent bénéficier d'une bonne couverture de la part des assurances responsabilité civile, le médiateur propose à cette branche des assureurs de proposer des modules complémentaires dans leurs polices RC. Ces modules devraient ainsi prévoir expressément la couverture des sinistres vis-à-vis de tiers en cas d'incapacité de discernement, pour autant que le curateur ou le représentant légal de la personne demande une couverture du sinistre.*

#### **Domaine des indemnités journalières en cas de maladie**

Dans le secteur des indemnités journalières de maladie, le nombre de plaintes et de demandes a subi une forte hausse, passant de 533 à 621. Même si un nombre croissant d'assureurs d'indemnités journalières est venu étoffer la liste des assureurs affiliés à notre Fondation, ce n'est pas la cause principale de cette hausse du nombre de cas qui nous ont été soumis.

L'augmentation des requêtes est essentiellement due à la tendance à la hausse qui persiste depuis des années dans le domaine des incapacités

de travail liées à des troubles psychiques, qui se prolongent souvent très longtemps.

#### **Hausses massives des primes des assurances collectives d'indemnités journalières pour des petites entreprises ayant sollicité des indemnités journalières**

Nous avons reçu plusieurs demandes de la part de petites entreprises suite à des hausses massives de primes (jusqu'à environ 300% d'augmentation). Lors de l'examen de ces cas de figure, l'office de médiation a constaté que les assureurs indemnités journalières maladie ajoutent de plus en plus souvent des clauses dans leurs conditions générales d'assurance (CGA) qui autorisent une adaptation des primes selon l'évolution individuelle des sinistres d'une entreprise collectivement assurée. Cette pratique entraîne une désolidarisation au sein de la communauté des assurés auprès des assureurs en question. Elle peut mettre une lourde pression sur le dos des petites entreprises en particulier, lorsqu'elles sont touchées par certains cas de maladie. A plusieurs reprises, nous avons renvoyé les entreprises concernées à la FINMA, l'autorité de surveillance à même de juger d'un éventuel abus concernant les primes de l'assurance indemnités journalières de maladie.

#### **Convention de libre passage entre les assurances indemnités journalières de maladie : lors d'un changement d'assureur, la responsabilité d'éviter les lacunes de couverture incombe à l'employeur – et non à l'assurance collective**

L'office de médiation doit parfois se consacrer à des questions liées à la convention de libre passage entre les assurances indemnités journalières en cas de maladie. Cette convention vise à régler le passage d'un individu assuré d'une assurance indemnités journalières maladie collective à une autre. Elle règle également le transfert d'effectifs d'assurés des assurances indemnités journalières collectives entre assureurs ayant adhéré à cette convention.

L'un de ces cas concernait la propriétaire d'un salon de coiffure qu'elle avait repris le 1er juin 2016. Le changement de propriétaire ayant mis fin au contrat collectif en cours, la nouvelle propriétaire avait donc effectué une nouvelle demande auprès d'une autre assurance indemnités journalières de maladie collective après la reprise du salon de coiffure, à savoir le 2 juin 2016. Le nouveau contrat est entré en vigueur au 22 juin 2016.

Après le changement de propriétaire, mais peu avant l'entrée en vigueur proprement dite du contrat d'assurance, une collaboratrice de longue date du salon de coiffure s'est retrouvée en incapacité de travail suite à une maladie, donnant lieu à un cas de figure problématique. La nouvelle assurance indemnités journalières collective a refusé d'octroyer les indemnités requises par son assurée parce que l'incapacité de travail de l'employée était survenue pendant le laps de temps non couvert. En désaccord avec ce refus, la requérante s'est adressée à l'office de médiation, déclarant qu'elle avait demandé une couverture d'assurance immédiate et que l'assureur devait donc indemniser son assurée.

Lors de l'examen du cas, l'office de médiation a constaté que la requérante n'avait pas reçu de garantie de couverture provisoire jusqu'à l'acceptation du contrat lors de l'envoi de sa demande d'assurance ; elle n'en avait d'ailleurs pas même fait la demande. Nous avons malgré tout effectué une intervention auprès de l'assureur, en soulignant que la convention de libre passage entre les assureurs indemnités journalières vise à éviter les préjudices excessifs vis-à-vis des assurés et des preneurs d'assurance. La convention prévoit à cet égard que, lorsqu'un contrat d'indemnités journalières collectif est remplacé par un autre, les assurés restent couverts même pendant une phase sans contrat de six mois maximum. Les sinistres en cours devraient donc être pris en charge par le nouvel assureur dès que le contrat d'assurance change de mains.

Dans sa réponse, le nouvel assureur a souligné à raison que ce cas précis de maladie ne constituait pas une rechute d'un cas couvert par l'assureur précédent ; il a ajouté que le Tribunal fédéral (dans son arrêt 4A\_327 / 2016) admet une prolongation de couverture de la part du nouvel assureur pour les sinistres s'étant déjà produits pendant la période d'assurance antérieure. Le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé quant à la couverture des sinistres survenus pendant une période non couverte par un contrat d'assurance. Il est cependant d'avis que la convention de libre passage réglemente seulement la sélection des risques, mais pas la couverture des cas survenus pendant un laps de temps sans contrat d'assurance.

Cela étant, au vu des circonstances particulières de ce cas d'espèce, la compagnie d'assurances a offert de prendre en charge la moitié des indemnités en discussion, tout en priant l'office de médiation de communiquer sa position quant au point de vue de l'assureur.

Étant donné qu'il s'agissait là d'une question de principe essentielle pour les cas à venir, le médiateur a procédé à des vérifications juridiques plus approfondies en se référant à Gebhard Eugster, docteur en droit et avocat spécialiste des assurances maladies cité dans l'arrêt du Tribunal fédéral. Ces vérifications effectuées, nous avons pu confirmer vis-à-vis de l'assureur concerné que la convention de libre passage implique de renoncer à l'examen des risques et d'interdire la sélection des risques ainsi que de maintenir les acquis au moyen de la prolongation de couverture des cas d'assurance survenus du temps de l'assureur précédent. En revanche, la convention n'a pas pour objet de combler les interruptions de couverture lors d'un changement d'assureur. Une telle obligation à reprendre en charge les sinistres violerait l'interdiction de la rétroactivité de l'assurance selon l'art. 9 LCA et remettrait par ailleurs en question le but premier de la convention de libre passage. Car au final, l'obligation d'éviter ou de réduire au minimum les lacunes de couver-

ture incombe à l'employeur, et non à l'assureur indemnités journalières de maladie.

La requérante s'est déclarée satisfaite de la compensation offerte grâce au travail de médiation de l'Ombudsman auprès de l'assureur, qui a ainsi consenti à volontairement verser cette somme à son assurée.

### **Assurance voyage : le virus Zika**

Dans le secteur de l'assurance voyage, les demandes qui nous ont été soumises se sont stabilisées à un niveau relativement élevé (de 232 à 234). Ce qui correspond à un niveau trois fois plus élevé qu'en 2010.

Certaines plaintes concernaient un refus de prestations lors de l'annulation d'un voyage effectuée en raison de la présence du virus Zika sur le lieu de destination.

Citons le cas d'un couple qui avait réservé en mai 2016 un voyage en Floride du 16 septembre 2016 au 30 septembre 2016. Entre-temps, l'épouse est tombée enceinte et a annulé son voyage en août 2016 en raison de la propagation du virus Zika. Son assureur a refusé de prendre en charge les frais d'annulation en arguant que le voyage avait été annulé à seul titre préventif, une situation que l'assurance voyage ne couvre pas. En outre, une grossesse ne constitue pas un motif d'annulation couvert par cette assurance. Il aurait fallu que le couple conclue une assurance complémentaire en ce sens.

Après avoir examiné le cas, le médiateur a contacté l'assureur en lui notifiant que les frais liés à une annulation (préventive) sont couverts entre autres si, une fois la réservation effectuée, une épidémie qui pourrait mettre concrètement la vie de la personne assurée en danger se produit sur le lieu de destination et que les autorités déconseillent le voyage. Quant à la question de savoir si un voyage dans un pays connaissant une épidémie est raisonnable ou non, ce sont les recommandations en vigueur émises par les autorités

suisses qui sont déterminantes, conformément aux pratiques d'assurance qui ont largement fait leurs preuves. Au moment où la requérante a appris sa grossesse, aussi bien le DFAE que l'OFSP déconseillaient les voyages dans les zones affectées par le virus Zika aux femmes enceintes. Les avertissements aux voyageurs se rendant à Miami ou en Floride n'ont débuté, d'après nos recherches sur Internet, qu'au début du mois d'août, soit précisément lorsque le voyage a été annulé. D'après notre analyse, la couverture d'assurance a bien lieu d'être, l'assurée jugeant déraisonnable de s'aventurer dans une région touchée par le virus Zika (Caraïbes) pendant sa grossesse, au vu des menaces pesant sur sa santé.

De son côté, l'assureur a fait valoir que l'itinéraire n'avait pas été précisément défini avant le début du voyage. D'après lui, en se fondant sur l'obligation de limiter les dommages, il aurait été raisonnable d'effectuer ce voyage si le couple avait évité les zones faisant l'objet d'un avertissement de la part des autorités. Malgré tout, compte tenu des circonstances particulières, l'assureur a voulu se montrer accommodant en proposant à la requérante de lui rembourser la moitié des frais d'annulation.

Après avoir examiné cette offre de dédommagement, le médiateur a communiqué à la partie plaignante que le preneur d'assurance est effectivement tenu de veiller à limiter les dommages. En ce sens, un voyage ne peut être complètement annulé s'il peut avoir raisonnablement lieu malgré des obstacles, moyennant quelques adaptations. En nous basant sur les documents à disposition, les régions touchées par le virus Zika concernaient concrètement Wynwood et Miami Beach. L'aéroport n'étant pas situé sur ces zones, le voyage aurait pu être effectué sans que le couple ne se rende dans les endroits à risques. En outre, en cas d'exposition brève au virus, les individus peuvent se protéger en portant des vêtements adéquats et en appliquant un anti-moustiques. Le couple a ainsi accepté la compensation offerte par l'assureur.

## Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 709 demandes relatives au secteur LAA et à l'assurance militaire ont été adressées à l'office de médiation, soit 21% de plus qu'en 2015 (559). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement de 590 (480), 78 (49) et 41 (30). En 2016 également, une grande partie des cas provenaient de Suisse alémanique (83,2%). Les demandes de Suisse latine ont représenté 16,8%.

Sur les 709 dossiers traités, 620 ont été directement réglés avec les requérants. L'office de médiation est intervenu dans 89 cas. Le résultat a été positif dans 48 (56,5%) des 85 cas liquidés. Dans 33 cas (38,8%), l'intervention s'est soldée par un échec et 4 autres dossiers (4,7%) ont été classés comme « neutres ».

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A Obligation d'affiliation	6	(20)	1	(1)	2	(2)
Conclusion du contrat	8	(10)	0	(0)	1	(0)
Total	14	(30)	1	(1)	3	(2)
B Primes	9	(6)	0	(0)	0	(0)
Total	9	(6)	0	(0)	0	(0)
C Traitement médical	86	(117)	18	(9)	6	(7)
Moyens auxiliaires	7	(8)	0	(0)	0	(0)
Indemnités journalières	52	(70)	13	(13)	11	(9)
Rente invalidité	12	(15)	0	(3)	3	(0)
Indemnité atteinte à l'intégrité	7	(2)	2	(1)	0	(0)
Causalité	150	(68)	10	(4)	3	(3)
<i>Notion d'accident (nouvelle rubrique)</i>	70	(/)	7	(/)	1	(/)
Réduction / refus de prestation	3	(39)	1	(5)	0	(0)
Recours contre tiers responsable	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Total	392	(320)	51	(35)	24	(19)
D Prévention des accidents	2	(3)	0	(0)	0	(0)
Renseignements généraux / procédures	158	(121)	25	(13)	11	(9)
<i>Avocat / spécialiste (nouvelle rubrique)</i>	15	(/)	1	(/)	3	(/)
Total	175	(124)	26	(13)	14	(9)
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>(480)</b>	<b>78</b>	<b>(49)</b>	<b>41</b>	<b>(30)</b>

Chiffres 2015 entre parenthèses

### **Le traitement médical fait partie des prestations provisoires conformément à la loi fédérale sur l'assurance accidents**

Dans le secteur LAA, nous avons été confrontés plusieurs fois à une question : jusqu'à quel moment l'assurance doit-elle couvrir dans les cas reconnus le traitement médical nécessaire afin de maintenir la capacité de gain ou de la préserver d'une diminution ?

L'un des cas soumis concernait une enseignante de danse victime d'une blessure à l'épaule. Bien que son médecin lui ait recommandé une intervention chirurgicale, elle a opté pour un traitement conservateur, car elle ne souhaitait pas s'absenter de son travail pendant une longue période. Une nouvelle méthode thérapeutique a permis d'améliorer substantiellement la mobilité de son épaule. Par l'intermédiaire d'exercices ciblés, les douleurs ont diminué, si bien qu'elle a pu accomplir son temps de travail habituel.

L'assurance accidents a couvert les séances de thérapie durant une année, avant de mettre un terme à ses prestations au motif que, selon le rapport du médecin traitant, seule une opération permettrait vraisemblablement d'améliorer l'état de santé de la requérante. Elle a ajouté que le traitement conservateur ne servait pour sa part qu'à maintenir le statu quo. L'enseignante de danse a contesté cette décision. Dans sa plainte, elle a fait valoir qu'on l'obligeait indirectement à se faire opérer.

Tout en comprenant les arguments de la requérante, nous sommes arrivés à la conclusion que, d'un point de vue juridique, la position de l'assureur ne pouvait être critiquée. En vertu de l'art. 18 ss de la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA), le traitement médical fait partie des prestations provisoires, contrairement, par exemple, à une rente d'invalidité, considérée comme prestation durable classique. Selon une jurisprudence constante, l'assureur, sur la base

de l'art. 19 LAA, n'est tenu de couvrir le traitement médical que tant qu'il y a lieu d'attendre de sa poursuite une amélioration sensible de l'état de l'assuré. En vertu de l'art. 21 LAA, l'assurance accidents n'est tenue de prendre en charge les coûts du traitement médical destiné (uniquement) à conserver la capacité de gain ou à l'empêcher de diminuer que si une rente a été accordée à l'assuré. Etant donné que les lésions de la requérante ne la limitaient pas dans l'exercice de son activité professionnelle et que, par conséquent, elle ne pouvait prétendre à une rente, l'assurance accidents a refusé à juste titre sa demande de prise en charge de la poursuite du traitement médical.

La requérante a ainsi dû s'adresser à son assurance obligatoire des soins, qui, en vertu de l'art. 32 LAMal, est tenue de prendre en charge les coûts d'un traitement médical efficace, approprié et économique, sous réserve de la franchise convenue et de la quote-part légale.

Un autre cas soumis soulevait la question du remboursement des coûts d'un traitement médical à un requérant bénéficiant d'une rente après qu'il a atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS. Nous avons été obligés d'informer la partie plaignante que, vu qu'il n'exerçait plus d'activité lucrative, l'une des conditions requises par l'art. 21 LAA faisait défaut. En conséquence, l'assurance accidents était en droit de suspendre ses prestations à partir de ce moment. Nous avons donc aiguillé le requérant vers son assurance obligatoire des soins, en invoquant l'art. 32 LAMal.

## Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de requêtes liées à la prévoyance professionnelle a légèrement augmenté par rapport à 2015. Au cours de l'exercice sous revue, 96 (74) personnes se sont adressées à l'office de médiation ; leurs demandes portaient sur une

fondation collective LPP d'un assureur vie suisse. Il faut y ajouter 37 (49) cas n'ayant pu être traités faute de compétence.

Motif de la plainte	Suisse		Suisse		Suisse	
	alémanique	romande	italienne			
Conclusion du contrat	7	(2)	0	(0)	0	(0)
Etendue de la couverture	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Réticence	3	(1)	0	(0)	0	(0)
Rachat	3	(0)	1	(0)	0	(0)
Règlement	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Changement d'institution de prévoyance	4	(8)	2	(1)	1	(0)
Libre passage	7	(11)	0	(0)	0	(1)
Anticipation des prestations	4	(3)	0	(1)	0	(0)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	6	(3)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	3	(5)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	19	(10)	3	(4)	0	(2)
Informations générales	13	(6)	1	(2)	1	(0)
Prescription	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	2	(0)	1	(0)	0	(0)
Divorce	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Salaire coordonné	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	4	(2)	1	(0)	0	(0)
Avocat	1	(2)	0	(0)	0	(0)
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>(63)</b>	<b>9</b>	<b>(8)</b>	<b>2</b>	<b>(3)</b>

Chiffres 2015 entre parenthèses

Onze cas ont donné lieu à des interventions. Cinq (50%) des dix cas liquidés se sont soldés par un résultat positif pour l'assuré, trois (30%) par un résultat négatif et deux (20%) neutre.



### **Valeurs litigieuses élevées dans le cadre de prétentions à des rentes**

Dans l'un de ces cas, un assuré LPP (né en 1927) s'est fait verser son capital lorsqu'il a atteint l'âge de la retraite, en 1992. Il l'a investi dans une rente viagère. Après le décès de cet homme en 2015 à l'âge de 88 ans, son épouse, de 31 ans sa cadette, a demandé une rente de veuve auprès de l'assureur. Ce dernier lui a signifié son refus, au motif que le mariage, en vigueur depuis 1980, ne lui avait jamais été communiqué. Il a expliqué que cet élément avait des conséquences sur le tarif appliqué et, par conséquent, également sur la réserve mathématique qui, du fait de la grande différence d'âge entre les conjoints, ne suffisait pas pour assurer une rente à la veuve. Sollicités, nous sommes intervenus auprès de la compagnie d'assurances en faisant remarquer que,

pour ce qui est de la notification de l'épouse concernant son mariage, c'était la parole de celle-ci contre celle de l'assureur. Nous lui avons également demandé de procéder à un examen approfondi de cette situation qui remontait à plus de vingt ans. Notre intervention a abouti à l'octroi d'une rente annuelle d'environ CHF 23 000.- en faveur de la requérante. Compte tenu de l'espérance de vie d'au moins 30 ans d'une femme de 58 ans, cette mesure correspond à un arrangement à l'amiable par rapport aux futures prestations d'une valeur d'environ CHF 700 000.-.

# Les bureaux décentralisés

## Bureau décentralisé de Suisse italienne

Au cours de l'exercice sous revue, la quantité de demandes soumises au bureau décentralisé de Suisse italienne a enregistré une croissance significative de 25,5%, passant de 298 à 374. Le nombre de cas relevant de sa compétence a même augmenté de 30,9%. Ces chiffres constituent un record pour Me Carlo Luigi Caimi depuis le début de son activité le 1<sup>er</sup> janvier 1999 en tant que représentant de notre Fondation au sein de la Suisse italophone.

Les efforts fournis en Suisse italienne par la Fondation en matière de sensibilisation du public se soldent ainsi par la hausse massive des demandes. Cela dit, cette augmentation n'est pas uniquement le fait de la participation de Me Caimi à des émissions de télévision et de radio. Les assurés ont pris conscience de la complexité croissante du secteur des assurances et expriment le souhait de mieux s'y repérer, ce qui se traduit par un besoin grandissant en matière de conseils.

Le nombre de cas traités relevant de la compétence de l'office de médiation est passé de 203 à 266 dans le secteur des assurances privées (LCA) et de 30 à 41 dans le domaine de la LAA. Avec 2 demandes, le secteur LPP est resté pratiquement au même niveau que l'année précédente (3). Quant aux demandes soumises qui ne relevaient pas de la compétence de Me Caimi, elles sont restées stables, se chiffrant à 65, au même niveau que l'année précédente (62).

Par rapport à l'année 2015, le nombre d'interventions a reculé. Elles concernaient essentiellement les différentes branches de la responsabilité civile (RC auto et RC générale) et se sont soldées par un résultat positif pour le requérant dans deux tiers des cas.

Parmi les requêtes relevant de la compétence de l'Ombudsman, on retrouve en tête de liste les branches RC (RC auto et RC générale) en première place, avec un total de 67 cas, suivies des branches de l'assurance indemnités

journalières de maladie et de l'assurance-accidents privée, avec 56 cas. En troisième place, 40 requêtes concernaient les assurances de protection juridique. Quant aux branches des assurances bâtiment et de l'assurance ménage, elles ont donné lieu à 31 plaintes.

Tous domaines et branches confondus, les requérants ont motivé leur recours à l'office de médiation essentiellement par un sentiment d'insatisfaction vis-à-vis des offres de prestations des assureurs (136 requêtes contre 85 en 2015) ; la seconde cause des demandes concernait des questions sur la conclusion et la résiliation des polices d'assurance (39).

### **Interprétation plus stricte des conditions contractuelles par les assureurs protection juridique**

Les plaintes liées à l'assurance protection juridique ont subi une hausse saisissante de 363%, passant de 11 à 40. Ces divergences de vue étaient essentiellement dues au fait que les assureurs protection juridique ont interprété les conditions et les motifs d'exclusion contractuels beaucoup plus strictement que par le passé. Me Caimi a par ailleurs constaté que les assureurs protection juridique avaient tendance à fixer des indemnisations de plus en plus basses pour les frais d'avocats. Et ceci aussi bien pour les tarifs horaires ou les honoraires que pour la rémunération globale.

### **Important besoin d'information auprès des assurés pour conclure et résilier une police d'assurance**

Une fois à l'âge adulte, tout individu est amené plusieurs fois dans sa vie à conclure des polices d'assurance ; pourtant, comme Me Caimi a pu le constater, nombreuses sont les personnes qui connaissent mal les processus de conclusion et de résiliation d'une police d'assurance. Une lacune qui va même jusqu'à toucher certains courtiers, ce qui n'a pas manqué de surprendre Me Caimi. La plupart des personnes qui se sont adressées à Me Caimi dans ce contexte

ignoraient que lorsqu'elles reçoivent un formulaire de proposition de la part de leur assureur, cela constitue uniquement une offre ; autrement dit, le contrat d'assurance n'entre pas directement en vigueur, même une fois le formulaire de proposition signé. Le formulaire signé par le proposant doit encore être avalisé par l'assureur (souscription ou direction). Me Caimi souligne ainsi que la proposition correspond uniquement à une offre qui doit ensuite être acceptée.

Certaines personnes étaient persuadées de ne pas être liées dans les dix premiers jours suivant la signature de la proposition et de pouvoir révoquer unilatéralement ce document ; à l'inverse, d'autres ignoraient qu'elles étaient légalement dégagées si l'acceptation de l'assureur ne leur parvient pas avant l'expiration du délai de quatorze jours où le proposant est lié (délai qui passe à quatre semaines si l'assurance exige un examen médical). Le délai pendant lequel le proposant est lié constitue donc un délai d'acceptation pour l'assureur ; ainsi, si ce dernier signe la proposition trop tard, son envoi aura pour seul effet de constituer une nouvelle offre de la part de l'assureur.

Certains requérants ignoraient par ailleurs que, lorsqu'ils reçoivent une police d'assurance ou une facture de primes, cela correspond à une acceptation tacite de la part de l'assureur, pour autant que le contenu de ces documents concorde avec la proposition d'assurance initiale.

Enfin, plusieurs requêtes ont été adressées par des personnes qui pensaient pouvoir résilier leur police d'assurance indépendamment de la durée convenue, que ce soit à la fin d'une année d'assurance ou même à tout moment, moyennant un préavis de trois mois.

### **Assurance responsabilité civile privée : quelques requêtes sur la couverture des dommages du véhicule d'une tierce personne**

Quelques demandes adressées à l'office de médiation avaient pour objet les différentes

variantes de couverture proposées par les assurances responsabilité civile privée. La question de la « conduite du véhicule d'un tiers » reste toujours d'actualité, et plus particulièrement quand il s'agit d'interpréter le critère de « l'usage occasionnel », dont l'énoncé diffère fortement selon l'assureur dans les conditions générales d'assurance (CGA) des polices de responsabilité civile privée. Ainsi, certains éléments dépendent du contenu même des CGA, par exemple la qualification de véhicule de tiers attribuée (ou non) au véhicule du conjoint ou d'une personne vivant en ménage commun avec l'assuré.

### **Assurance vol : mieux vaut examiner si la couverture d'assurance est suffisante en cas de vol hors du domicile**

L'office de médiation a été confronté à quelques cas où les requérants ont été obligés de reconnaître qu'ils n'avaient pas prévu une somme assurée adéquate pour le « vol simple hors du domicile » dans leur assurance ménage. Et ceci alors que de nombreux sinistres pour vol se produisent justement à l'extérieur, hors du domicile (vol de vélos) ou en chemin (vol dans un véhicule garé, vol par ruse dans le train, etc.), et qu'ils peuvent se révéler très chers, lorsqu'il s'agit par exemple d'un vélo, d'un snowboard, d'un équipement de ski ou d'un appareil photo.

### **Secteur LAA : les indépendants ne sont pas couverts par l'assurance accidents obligatoire ; possibilité de conclure une assurance accidents facultative**

Dans le secteur LAA, Me Caimi a traité un total de 41 cas au cours de l'exercice sous revue, ce qui correspond à une hausse de 36,6% par rapport à 2015. La plupart des plaintes (17) étaient liées aux indemnités journalières et au traitement médical. Dix autres demandes concernaient des informations générales : les assurés voulaient par exemple se renseigner sur les conditions d'assurance des frais de guérison et des autres suites d'un accident s'ils sont à la fois employés et indépendants. La plupart

d'entre eux ont sous-estimé le fait que l'activité exercée à titre indépendant n'est pas couverte par l'assurance accidents obligatoire de l'employeur, même si celle-ci est censée couvrir les accidents survenant pendant les loisirs (accidents non professionnels) ; par conséquent, ils devraient conclure soit une assurance accidents facultative, soit, s'ils ne remplissent pas les conditions pour conclure cette dernière, une assurance accidents individuelle privée. De cette manière, ils seront à même d'assurer les risques d'invalidité ou les prestations supplémentaires complétant la couverture de base de la caisse-maladie.

### **Séquelles tardives suite à un accident : la LAA ne couvre pas les séquelles tardives lorsqu'un enfant a un accident**

Quelques demandes ont concerné aussi les séquelles tardives d'un accident. On parle de séquelle tardive lorsqu'un trouble apparemment guéri provoque des modifications organiques au cours d'un laps de temps prolongé et confère souvent à la maladie un aspect pathologique complètement différent.

Nous avons expliqué à plusieurs assurés que l'assurance accidents n'est obligée de prendre en charge les séquelles tardives d'un accident invoquées que si celles-ci sont imputables avec une vraisemblance prépondérante à un accident qui serait survenu pendant la durée d'assurance auprès de l'assureur accident en question. Les problèmes qui se posent à cet égard concernent entre autres de jeunes adultes actifs ayant eu un accident pendant leur enfance qui a provoqué des séquelles tardives. Citons par exemple le cas d'une personne âgée de 24 ans qui a subi une blessure accidentelle au genou à l'âge de 12 ans ; cet accident a entraîné une arthrose qui doit être opérée à l'âge adulte ; dans ce cas, l'assurance accidents de son employeur actuel ne couvre pas l'opération.

### **Activités de Me Caimi dans les médias**

Comme par le passé, Me Caimi a régulièrement été invité dans les médias. Au cours de l'exercice sous revue, il a eu l'occasion de participer à l'émission télévisée « Patti Chiari » sur la chaîne RSI LA1 à deux reprises : le 19 février 2016, avec un programme intitulé « Sull'orlo del baratro (la casa in bilico) », puis le 6 mai 2016, avec « Assicurati, ma non rimborsati ». Le 24 mars 2016, il a également été invité à l'émission de télévision « Falò », qui diffusait un reportage intitulé « Assicurazioni / caccia ai truffatori ». Le 17 mai 2016, il a participé par ailleurs à l'émission de radio « La consulenza » sur RSI Rete1, consacrée à la thématique des « Assicurazioni private, tra polizze, clausole e inevitabili reclami ». Ces activités ainsi que les articles publiés dans les médias en ligne et imprimés contribuent à étendre le degré de notoriété de l'office de médiation. Elles ont été très appréciées du public et perçues positivement par les compagnies d'assurances.

## Bureau décentralisé de Suisse romande

Alors qu'il faisait état d'une tendance générale à la baisse du nombre de cas en 2015, Me Olivier Subilia a enregistré au cours de l'exercice sous revue une hausse importante des requêtes et des plaintes dans la partie francophone de la Suisse, passant ainsi de 404 à 492. Cela correspond à une augmentation de 21,7%. Les requêtes relevant du champ de compétences de l'Ombudsman ont même augmenté de 27,2% (passant de 320 à 407).

Le nombre de requêtes issues du domaine de l'assurance privée est passé de 263 à 320 (+21,7%). Le secteur LAA a également connu une hausse des demandes de 49 à 78, ce qui correspond à une progression de près de 60%. Seules 9 requêtes adressées concernaient le secteur LPP, soit une augmentation d'un cas par rapport à l'exercice précédent (8).

Le nombre d'interventions pour les plaintes issues de la Suisse romande a augmenté, passant de 28 à 50, alors que la politique d'intervention est restée inchangée.

### **Secteur LAA : forte hausse de ces cas souvent complexes en Suisse romande**

Lors d'une analyse approfondie des chiffres, Me Subilia a constaté que le nombre de cas où une médiation était possible avait augmenté, et ceci dans le secteur LAA en particulier. Au cours de l'exercice sous revue, l'office de médiation a effectué treize interventions (5) dans le secteur LAA pour le compte de plaignants domiciliés en Suisse romande. Parmi celles-ci, douze (2) ont pu être finalisées avant la fin de l'année. Dans le secteur de l'assurance accidents obligatoire, il faut savoir que l'office de médiation ne peut plus intervenir une fois que l'assureur LAA a rendu une décision et que notre compétence n'est de ce fait plus d'actualité. Cela n'ayant jamais été le cas dans les requêtes adressées à Me Subilia au cours de l'exercice sous revue, la hausse du taux d'intervention dans le secteur LAA s'est par conséquent révélée assez significative.

Les demandes concernant l'assurance accidents obligatoire étaient les plus complexes parmi celles que Me Subilia a dû traiter au cours de l'exercice 2016. Deux dossiers de personnes domiciliées en France ont été particulièrement ardues : il fallait notamment gérer la coordination des prestations de différentes assurances sociales suisses, tout en prenant aussi en considération le système étranger d'assurance sociale lors de l'examen du dossier. Dans ce genre de cas, le fait de pouvoir intervenir de manière informelle auprès de l'assureur pour recevoir une réponse rapide et, le cas échéant, trouver une solution à l'amiable constitue un avantage indéniable. Et ceci par opposition à la voie juridique formelle où cette situation mêlant plusieurs systèmes juridiques (suisse et français) est beaucoup plus compliquée.

### **Assurances indemnités journalières en cas de maladie**

En 2016, l'activité de Me Subilia a été marquée par un total de 102 requêtes et plaintes (59) dans le domaine de l'assurance indemnités journalières maladie ; 72 d'entre elles concernaient une plainte de l'assuré par rapport au montant des prestations d'assurance.

L'affiliation récente de plusieurs assureurs maladie à notre Fondation en relativement peu de temps explique en partie la hausse des chiffres dans le domaine des assurances indemnités journalières en cas de maladie. Cela étant, après examen approfondi des documents, Me Subilia a constaté que les perspectives de réussite d'une intervention ne concernaient que six plaintes contre un assureur indemnités journalières.

### **Assurances voyages**

Dans le domaine des assurances voyages, seules trente demandes issues de la Suisse romande ont été soumises à Me Subilia, mais les cas en question étaient particulièrement complexes. L'un de ces cas concernait un assuré qui a eu un accident peu avant le début du voyage

réservé. Après cet accident, son médecin lui a indiqué que son voyage prévu n'était pas remis en question. Malheureusement, l'état de santé de l'assuré s'est malgré tout détérioré, entraînant l'annulation du voyage. L'assureur voyages a ensuite admis la couverture des frais d'annulation invoqués, mais il a réduit ses prestations en arguant que l'assuré avait procédé à l'annulation trop tard, ce qui a entraîné des frais d'annulation plus importants.

L'office de médiation a ainsi analysé si l'assuré pouvait effectivement s'en tenir aux recommandations de son médecin ou s'il aurait dû immédiatement annuler son voyage sur la base de son obligation de limiter le dommage. Dans ce cas concret, nous avons estimé que l'assuré avait eu une attitude correcte et nous avons présenté à l'assureur ce point de vue de l'office de médiation. L'assureur a ensuite renoncé à la réduction de prestation et a payé la part encore ouverte des frais d'annulation.

Dans un autre cas particulièrement complexe relevant des assurances voyages, l'assureur a fini, après de longues négociations, par se montrer conciliant ; le montant en jeu, qui se montait à CHF 10 000.-, était le plus élevé parmi les cas soumis à l'office de médiation en Suisse romande dans ce domaine.

### **Certains assurés ont des attentes excessives vis-à-vis de l'Ombudsman**

Déjà évoquée en 2015, la tendance des assurés à revendiquer une consultation juridique de la part de l'office de médiation, malgré la fonction neutre de ce dernier, s'est amplifiée. Me Subilia et ses collaborateurs ont été confrontés à plusieurs reprises à une attitude excessivement exigeante, voire agressive, de la part de certains assurés. Citons par exemple le cas d'un individu qui a menacé de faire immédiatement appel à la police si l'office de médiation ne le rappelait pas dans les minutes suivantes. D'autres requérants se sont montrés injurieux lorsque nous les avons informés que

leur cas sortait de notre compétence, faute de litige avec un assureur, et que nous les avons adressés à un autre service compétent pour répondre à leur demande. Le cas le plus extrême concernait une assurée qui avait commis une fraude à l'assurance. Lorsque Me Subilia lui a annoncé que sa position était non seulement sans fondement, mais en plus malhonnête, elle l'a menacé d'alerter la presse s'il ne faisait pas ce qu'elle lui demandait. Présumant que cette personne n'avait pas conscience des possibles conséquences pénales de son comportement, Me Subilia n'a pas tenu compte de ces menaces, puis est parvenu à désamorcer le conflit en fournissant de nouvelles explications à l'assurée.

Cela dit, Me Subilia ne veut pas oublier de mentionner aussi le nombre important d'assurés satisfaits que l'office de médiation a pu aider dans leur démarche et qui ont vu leur situation s'améliorer après une intervention auprès de l'assureur.

### **Tendance à la hausse pour les modifications de contrats pendant la durée initialement convenue de polices d'assurance conclues à long terme**

En se basant sur les contrats d'assurance à long terme qui lui ont été soumis, Me Subilia a observé une tendance : les assureurs adaptent unilatéralement le contrat pendant sa durée précédemment convenue et fixée, et ceci bien plus fréquemment que par le passé. A titre d'exemple, citons les plaintes de plusieurs personnes d'un certain âge qui se sont montrées insatisfaites suite à l'annonce de la hausse de leurs primes d'assurance. Ces personnes ne s'attendaient aucunement à une modification du niveau initial des primes pendant la durée minimale convenue de leur contrat. Après examen de leurs dossiers respectifs, Me Subilia a été obligé d'informer tous ces requérants que le montant des primes n'était pas garanti dans le contrat d'assurance et que ce dernier contenait une clause légale d'adaptation des primes.

Dans le cas où, après un recours de l'assuré auprès de la FINMA, cette dernière ne juge pas abusive la hausse des primes en question, la seule option pour l'assuré consiste à résilier le contrat s'il ne veut pas payer la prime plus élevée fixée par l'assureur.

La plupart des assurés concernés ont eu de la peine à accepter cette situation. Ils pensaient pouvoir, comme par le passé, se fier à un montant convenu et immuable. Certains d'entre eux étaient même d'avis que les assureurs doivent eux-mêmes assumer un risque inhérent à toute entreprise, qui ne doit pas pouvoir être répercuté sur les preneurs d'assurance par le biais d'une hausse des primes.

Cet exemple montre bien comment une adaptation unilatérale du contrat par l'assureur peut entamer la confiance des assurés dans leur produit d'assurance, et influencer ainsi sur le marché des assurances.

## Autres activités

En janvier 2016, notre Fondation a eu l'opportunité de se prononcer sur le message du Conseil fédéral concernant la loi sur les services financiers (LSFin) face à la commission CER du Conseil des Etats ; elle a exposé ainsi les raisons pour lesquelles l'assujettissement de l'office de médiation des assurances à la LSFin n'est ni nécessaire, ni même indiqué. L'Ombudsman a eu de nouveau l'occasion de présenter son point de vue lors d'une rencontre avec les parlementaires à Berne, au début du mois de décembre 2016.

L'Ombudsman a par ailleurs continué à entretenir ses contacts au sein des médias, qui servent non seulement à informer le public sur notre activité, mais également à faciliter l'accès des requérants à nos prestations neutres et gratuites.

Outre quelques rencontres avec d'autres médiateurs visant à coordonner des cas lui ayant été soumis, l'Ombudsman a participé à un échange avec la FINMA concernant des questions liées à l'assurance maladie complémentaire.

Dans le cadre de ses contacts internationaux, l'Ombudsman a pris part en qualité d'observateur à deux rassemblements FIN-NET de l'Union européenne, à Bruxelles et à Berlin. A Linz, lors d'un colloque entre spécialistes organisé par la Chambre du travail de Haute-Autriche, il a donné en outre une conférence sur notre activité ainsi que sur les problèmes récurrents des assurés avec les compagnies d'assurances en Suisse. Urs Bucher, responsable adjoint du service juridique, a participé en qualité de représentant de l'Ombudsman à la conférence annuelle de l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes », qui s'est déroulée en Arménie au cours de l'exercice sous revue.

Enfin, l'Ombudsman se félicite de ses contacts directs avec les membres de la direction de certaines compagnies d'assurances, ainsi que de ses rendez-vous et entretiens annuels avec les interlocuteurs de l'office de médiation auprès des différentes compagnies d'assurances ; il juge ces entrevues particulièrement précieuses et importantes. Ces dernières sont réparties sur toute l'année et permettent de tirer au clair des questions fondamentales et de discuter des grandes thématiques.



## Changements au sein du Conseil de Fondation

Au cours de l'exercice sous revue, l'ancienne conseillère nationale Gabi Huber a quitté le Conseil de Fondation à fin 2016, où elle exerçait ses fonctions depuis dix ans. Gabi Huber a fortement marqué de son empreinte le développement de la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva, tout en faisant preuve d'un esprit d'engagement actif en faveur des intérêts de l'office de médiation et de son indépendance. Nous lui adressons notre sincère reconnaissance pour son précieux travail ainsi que nos meilleurs vœux pour son avenir.

En décembre 2016, pour succéder à Madame Gabi Huber au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Conseil de Fondation a élu en son sein la conseillère nationale Daniela Schneeberger.

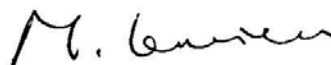
## Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président



Rolf Schweiger

L'Ombudsman

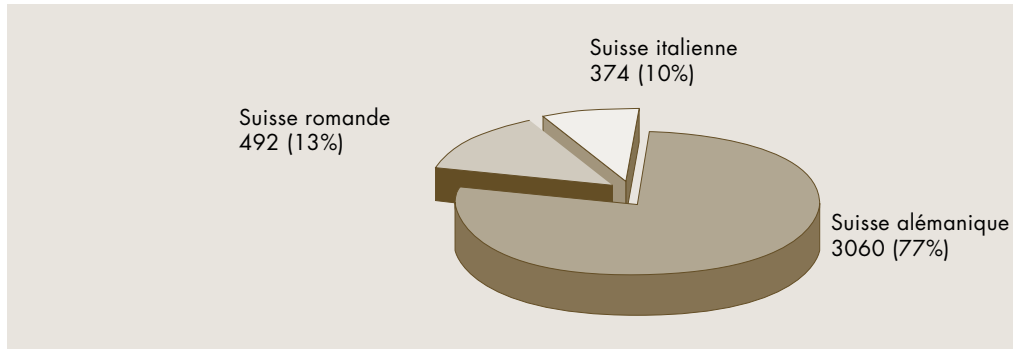


Martin Lorenzon

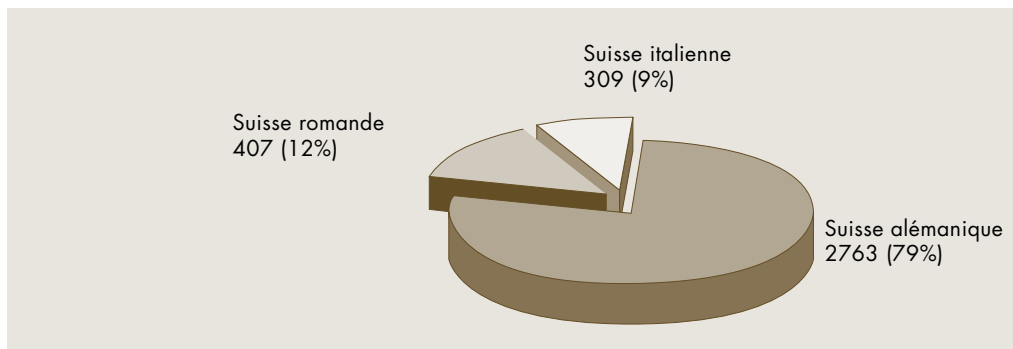
Zurich, mars 2017

# Les statistiques 2016

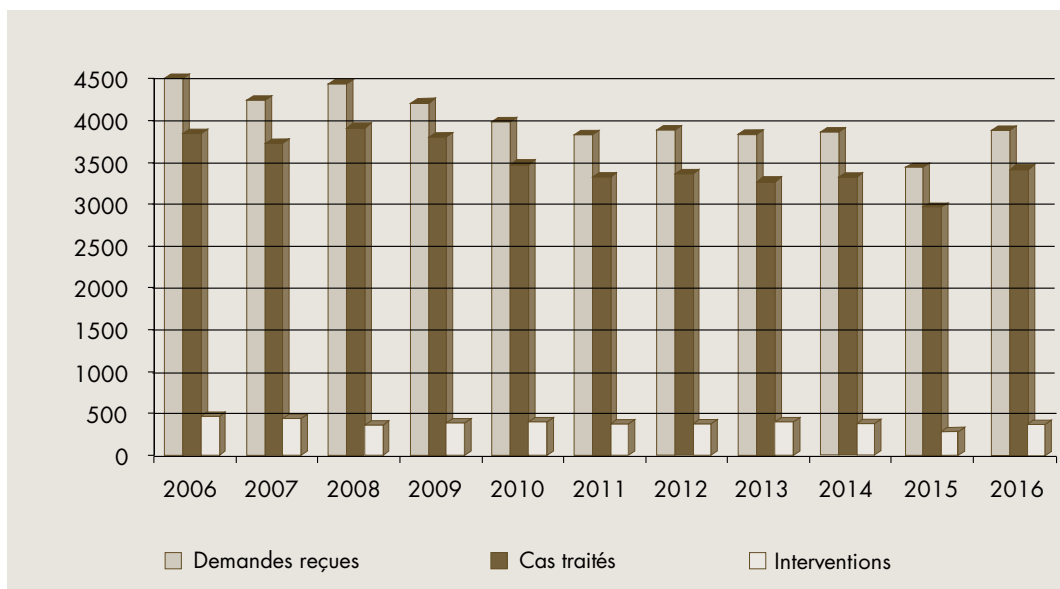
## Statistique par régions : demandes reçues



## Statistique par régions : cas traités



## Activité de 2006 à 2016



# Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2017)

ACE Assurances (maintenant Chubb Assurances (Suisse) SA)  
AIG Europe  
AIG Life  
Alba (act. Helvetia)  
Allianz Global Assistance (anc. Elvia, Mondial Assistance)  
Allianz Suisse (incl. Ex-Bernoise, Ex-Elvia)  
Allianz Suisse Vie  
Animalia  
Appenzeller Versicherungen  
Aspecta  
Assista Protection juridique SA (anc. Assista TCS SA)  
Assurances des Médecins suisses  
Assurance des Métiers Suisse  
Assurance Militaire SuvaCare  
AXA ARAG (anc. Winterthur ARAG)  
AXA Partners (anc. Genworth)  
AXA Winterthur  
AXA Winterthur Vie  
Bâloise Compagnie d'Assurances  
Bâloise Vie  
CAP Protection juridique  
Cardif  
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire  
Chubb Insurance Company of Europe SA, Zurich  
Chubb Assurances (Suisse) SA (anc. ACE)  
Cigna  
Coop Protection juridique  
CSS Assurance SA (assurance-maladie exceptée)  
DAS  
Dextra  
Emmental Assurance  
Epona  
Européenne Assurances Voyages SA  
Fortuna Protection juridique  
GAN  
Generali  
Generali Assurance de personnes  
Genworth Financial (act. AXA Partners)  
Groupe Mutuel Assurances GMA SA  
(assurance-maladie exceptée)  
Groupe Mutuel Vie GMV SA  
HDI Global SE (anc. HDI Gerling)  
Helsana Accidents SA  
Helsana Protection juridique  
Helvetia (incl. Ex-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)  
Helvetia Vie  
Hotela (accident seulement: LAA obligatoire, complémentaires  
LAA facultatives, LCA individuelle, assurance indemnités  
journ. maladie LCA)  
Império  
Innova  
Inter Partner Assistance  
La Mobilière  
La Mobilière Vie  
Lloyd's, London, ZN Zürich  
Mannheimer  
Mondial Assistance (act. Allianz Global Assistance)  
Mutuel Assurances SA (assurance-maladie exceptée)  
Nationale Suisse (act. Helvetia)  
Nationale Suisse Vie (act. Helvetia Assurance vie)  
Orion  
Palladio Assurances SA  
Pax  
Phenix (act. Helvetia)  
Protekta  
Providentia (act. La Mobilière Vie)  
Rentes Genevoises  
Retraites Populaires  
Sanitas assurance privée SA (assurance-maladie  
exceptée)  
Skandia Vie SA  
smile.direct assurances (anc. Coop)  
Suisse Grêle  
Suva  
SWICA (assurance-maladie exceptée)  
Swiss Life  
Sympany  
TCS Assurances SA (TCS exceptée)  
TSM  
UBS Life SA (act. Skandia)  
UNIQA  
Vaudoise Générale  
Vaudoise Vie  
Visana Assurance SA (assurance-maladie exceptée)  
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)  
XL Assurance Suisse SA  
XL Insurance Company SE  
Zenith Vie  
Zurich  
Zurich Vie

Ombudsman  
de l'assurance privée et de la Suva  
Ch. des Trois-Rois 2  
Case postale 5843  
1002 Lausanne

Tél: 021 317 52 71  
Fax: 021 317 52 70  
E-Mail: [help@ombudsman-assurance.ch](mailto:help@ombudsman-assurance.ch)

Ombudsman  
der Privatversicherung und der Suva  
In Gassen 14  
Postfach  
8024 Zürich

Tél: 044 211 30 90  
Fax: 044 212 52 20  
E-Mail: [help@versicherungsombudsman.ch](mailto:help@versicherungsombudsman.ch)

Ombudsman  
dell'assicurazione privata e della Suva  
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](mailto:help@ombudsman-assicurazione.ch)

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