



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

Rapport annuel 2017

45^e 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 ainsi que pour les contrats de prêts hypothécaires liés à un logement dans lequel l'emprunteur réside lui-même.

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

Conseil de Fondation

(état au 31 décembre 2017)

Rolf Schweiger, ancien conseiller aux Etats, Baar, président
Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire, vice-présidente
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bâriswil
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
Daniela Schneeberger, conseillère nationale, Thürmen

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,

Au cours de l'exercice 2017, notre institution a franchi deux étapes importantes :

1. Fin novembre, le conseil de fondation de la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva a décidé d'étendre la compétence de l'office de médiation aux divergences de vue sur les contrats hypothécaires relatifs à des logements en propriété à usage personnel.
2. Depuis décembre 2017, l'ensemble des compagnies d'assurances vie individuelles distribuant des polices en Suisse sont affiliées à notre Fondation.

Ces démarches ont permis, sur une base volontaire, de prendre en compte d'importantes requêtes en matière de protection des consommateurs. Un processus rendu possible uniquement

parce que le secteur des assurances, lui aussi, est convaincu de l'importance de notre activité de médiation et se montre donc disposé à collaborer avec l'Ombudsman même dans des cas individuels.

Bien que l'autorégulation du domaine de l'assurance par l'office de médiation fonctionne depuis ses débuts en 1972, j'entends régulièrement certains interlocuteurs qui souhaitent ancrer l'office de médiation dans la loi. Lorsque je leur demande pourquoi, en leur faisant remarquer que cela n'est pas nécessaire, ils me répondent le plus souvent que cette mesure créerait une sécurité juridique pour l'avenir ou accroîtrait la légitimité de l'Ombudsman. Je leur demande alors à mon tour : « Concrètement, qu'est-ce qui devrait mieux fonctionner grâce à notre ancrage dans la loi, dans l'intérêt des requérants ? » Et là, ils ne savent que répondre.

Mes expériences en ma qualité d'Ombudsman m'ont montré que l'engagement volontaire dans une relation de coopération fournit de bons résultats pour les clients. L'acceptation des offices de médiation dépend, d'une part, des structures créées et, d'autre part, de la qualité du travail fourni par les médiateurs tenus à la neutralité.

Notre office de médiation, qui est le plus ancien médiateur de branche en activité, fonctionne bien depuis bientôt 50 ans. Et au vu des derniers développements susmentionnés, il n'y a aucune raison de mettre en doute la pérennité ou le fonctionnement de notre institution au cas où elle ne serait pas ancrée dans la loi.

J'espère par conséquent que notre office de médiation pourra continuer d'exercer son activité de manière indépendante et sans bureaucratie inutile. J'en profite également pour remercier les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance qu'ils accordent à notre institution. Enfin, je remercie tous les collaborateurs et collaboratrices de l'office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les divergences de vue à l'amiable.

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

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2017

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 baissé, passant de 3479 à 3370 (-3,1%).

Dans 2991 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant. Sur la base des demandes écrites soumises à l'office de médiation, 379 requêtes ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurances concernées, ce qui correspond à un taux d'intervention de 24,6%. Parmi elles, 96% ont été réglées avant fin 2017, avec un taux de réussite de 66,2%. Dans les interventions réalisées, la valeur litigieuse la plus élevée a atteint quelque CHF 2 millions, la moins élevée CHF 117.-.

Avec 54% des cas, les requêtes dans le domaine des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de l'activité de l'office de médiation. Dans le domaine des assurances d'indemnités journalières, comme les années précédentes, nous avons constaté une nouvelle augmentation du nombre de cas d'incapacité de travail liée à un trouble psychique, qui sont sujets à des divergences d'appréciation. Cette évolution ne semble pas près de s'arrêter.

De manière générale, le médiateur a traité un éventail de cas très large. Ainsi, nous avons reçu pour la première fois des requêtes portant sur des problèmes de responsabilité civile et d'assurance en lien avec l'utilisation de drones.

L'examen de procès-verbaux pré-rédigés de certains courtiers a en outre mis en évidence des manquements systématiques en matière de conseil lors de la contraction d'assurances de prévoyance liée (pilier 3a).

Dans le cadre de requêtes relatives à des assurances voyages, nous avons eu l'occasion de visiter une centrale d'appels d'urgence. Lors de cette visite nous avons pu nous rendre compte de l'importance de leur service rendu en cas de problèmes de santé sérieux.

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2017	
Evolution du nombre de cas	1
Demandes et plaintes ventilées par branches	2
Branches principales des 5 dernières années	3
Ventilation des demandes selon leur provenance	3
– Ventilation selon le sexe ou autres critères	3
– Ventilation en fonction des régions linguistiques	3
Interventions	4
– Taux d'interventions	4
– Interventions par branche / secteur	5
– Taux de succès lors des interventions	6
Collaboration avec les compagnies d'assurances	7
L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches	
Le secteur des assurances privées	8
– Secteur vie	8
– Secteur non-vie	9
Secteur LAA et assurance militaire	14
Secteur de la prévoyance professionnelle	17
Les bureaux décentralisés	
Bureau décentralisé de Suisse italienne	19
Bureau décentralisé de Suisse romande	21
Autres activités	23
Elargissement de la compétence de l'office de médiation	24
Les statistiques 2017	
Statistique par régions : demandes reçues	25
Statistique par régions : cas traités	25
Activité de 2007 à 2017	25
Sociétés affiliées	26

Aperçu de l'exercice 2017

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2017, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'office de médiation s'est monté à 3804 (3926 en 2016).

Total des demandes			3804	(3926)
De notre compétence			3370	(3479)
Cas réglés directement	• par téléphone	1831	(1844)	
	• par écrit	1160	(1237)	2991
Interventions			379	(398)

Chiffres 2016 entre parenthèse

Le nombre de cas relevant de notre compétence a reculé de 3,1%, passant de 3479 à 3370. Après la forte augmentation de 16,6% constatée en 2016, cette évolution reste dans le cadre des fluctuations habituelles. En comparant les cinq derniers exercices, il s'agit du deuxième nombre de cas le plus élevé depuis 2013.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 447 à 434. La plupart concernaient des problèmes liés à des caisses-maladie, dont le traitement relève de la compétence de l'Ombudsman de l'assurance-maladie, à des assurances sociales, des assurances cantonales ainsi qu'à des institutions LPP autonomes.

Le nombre de demandes relatives à des assureurs privés pas encore affiliés à notre fondation au moment de l'impression du présent rapport se monte à 35. L'activité de notre office de médiation recouvre environ 99% des affaires des assureurs privés (à l'exception des caisses-maladie) avec les clients de détail.

Demandes et plaintes ventilées par branche

Branche	2017	A	B	C	D	2016
Accidents (privé)	33	6	6	17	4	31
Animaux	17	2	7	7	1	12
Bâtiments/bris de glace	66	9	16	30	11	62
Bijoux	1				1	4
Casco	107	18	14	61	14	127
Cautionnement	3			2	1	0
Chômage	1			1		2
Dégâts d'eau	45	4	2	33	6	36
Garantie	4	1		2	1	1
Garantie de crédit	16	2	1	10	3	12
Incendie et éléments naturels	28	5	1	21	1	36
LAA	718	15	12	504	187	709
LPP	91	19	3	40	29	96
Machines	0					0
Maladie	654	91	67	372	124	621
Ménage	98	22	33	31	12	151
Protection juridique	293	37	34	167	55	328
RC véhicules automobiles	277	35	52	147	43	295
Responsabilité civile	227	27	11	159	30	235
Téléphone mobile	85	1		24	60	116
Transport	5	1	1	3		3
Vol	58	3	3	49	3	70
Vie	318	130	25	100	63	298
Voyages	225	9	7	179	30	234
Total	3370	437	295	1959	679	3479

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) ; sousassurance ; 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 5 dernières années

Branche	2017	2016	2015	2014	2013
LAA	718	709	559	556	549
Maladie	654	621	533	571	522
Vie	318	298	279	326	398
Protection juridique	293	328	283	304	239
RC auto	277	295	234	263	294
RC générale	227	235	207	257	276
Assurance voyages	225	234	232	212	120

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressé à l'office de médiation en 2017 :

Hommes	2056	(2105)
Femmes	1551	(1608)
Entreprises, autorités et organisations	197	(213)

Chiffres 2016 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2017	2016	Différence
Suisse alémanique	3046	3060	- 14
Suisse romande	433	492	- 59
Suisse italienne	325	374	- 49
Total	3804	3926	- 122

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2017	2016	Différence	
Suisse alémanique	2731	2763	-	32
Suisse romande	374	407	-	33
Suisse italienne	265	309	-	44
Total	3370	3479	-	109

Le recul du nombre de cas relevant de la compétence de l'Ombudsman, passés de 3479 à 3370 (-3,1%), concerne aussi bien le siège

principal de l'office de médiation à Zurich (-1,1%) que les bureaux décentralisés de Lausanne (-8,1%) et de Lugano (-14,2%).

Interventions

Le nombre total d'interventions a baissé, passant de 398 à 379, 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.

	2017	2016	Différence	
Suisse alémanique	327	342	-	15
Suisse romande	40	50	-	10
Suisse italienne	12	6	+	6
Total	379*	398*	-	19

*Dont 364 (96%) liquidées à fin 2017.

Taux d'intervention (sur la base des demandes écrites soumises à l'office de médiation)

Assurance privée	24,73%	(23,17%)
Assurance accidents obligatoire / LAA	26,35%	(28,99%)
Fondations collectives LPP	7,89%	(26,19%)

Chiffres 2016 entre parenthèses

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a augmenté par rapport à

l'exercice précédent, passant de 64 (16,08%) à 69 (18,2%).

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	255	21	1			22
Chômage	1					0
Ménage	89	8	1			9
Téléphone mobile	84	1				1
Vol	45	10	3			13
Éléments naturels	22	1				1
Incendie	2	3				3
Casco	99	7	1			8
Bâtiments	53	5	1			6
Bris de glace	5	2				2
Garantie	4					0
Responsabilité civile	209	14	4			18
Maladie	590	46	12	6		64
Cautionnement	3					0
Garantie de crédit	13	3				3
Vie	277	32	8	1		41
Machines	0					0
Voyages	169	47	9			56
Protection juridique	259	25	6	3		34
Bijoux	1					0
Transport	5					0
Animaux	11	5			1	6
Accidents (privé)	30	2	1			3
Dégâts d'eau	37	6	2			8
LAA	640	69	7	2		78
LPP	88	3				3
Total	2991	310	56	12	1	379

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 364 (377) interventions clôturées à fin 2017 a été positif dans 241 cas (254) et négatif dans 113 cas (108). Dans 10 cas (15), le résultat a été enregistré comme neutre.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent 66,2% (67,4%).

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

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

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

Collaboration avec les compagnies d'assurances

Comme cela a été le cas jusqu'ici, la collaboration avec les compagnies d'assurances a le plus souvent bien, voire très bien fonctionné. Nous tenons à en remercier les interlocuteurs du médiateur, qui sont le plus souvent des membres de la direction des assureurs. Ils ont procédé systématiquement à un examen sérieux de nos interventions.

La bonne collaboration avec les assureurs s'explique notamment par le fait que l'autorégulation du domaine de l'assurance par l'office de médiation repose sur une base volontaire. À noter également que les directions de la plupart des compagnies d'assurances jugent l'institution de l'Ombudsman importante. Cela se reflète directement dans le traitement des interventions. Ainsi, la grande majorité des assureurs se sont montrés disposés à trouver une solution à l'amiable, pour autant que les dispositions légales et contractuelles applicables le justifient en l'espèce.

Les prises de position émises de façon trop routinière ou schématique n'ont concerné que quelques cas particuliers, qui ont amené le médiateur à réitérer son intervention.

Concernant la durée de traitement des dossiers, le médiateur n'a pas eu à formuler de réclamations à l'encontre des assureurs pour la majorité d'entre eux. La plupart des cas ont été traités en une à quatre semaines. L'office de médiation est ainsi parvenu à clôturer quelque 96% de toutes les interventions de l'année 2017 pendant ce même exercice. Comme les années précédentes, seules quelques rares compagnies d'assurances ont régulièrement traité leurs dossiers en plus de quatre semaines, même lorsqu'il n'était pas nécessaire de faire réexaminer les faits (par des médecins ou des experts en sinistres, etc.).

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a certes connu une légère hausse au cours de l'exercice 2017, passant de 298 à 318. L'Ombudsman estime toutefois que cette hausse n'engendre pas forcément davantage de problèmes liés aux assureurs vie. 41 cas (38) ont nécessité une intervention. L'issue a été positive dans 75% des cas, améliorant dans l'ensemble la situation des requérants.

Les demandes qui nous ont été soumises concernaient surtout le pilier 3a, les valeurs de rachat en cas de résiliation anticipée de polices d'assurance vie avec composante épargne, ainsi que les litiges liés aux prestations en cas d'incapacité de gain.

Par rapport aux exercices précédents, c'est le nombre de plaintes concernant des assurances de rentes viagères réversibles constituées sur deux têtes (p. ex. pour un couple) qui a tout particulièrement augmenté.

Procès-verbaux de conseil révélateurs de certains courtiers en assurances : conseils lacunaires sur les conditions requises pour les cotisations (= paiement des primes) du pilier 3a

Dans le cadre de l'examen de plaintes contre des assureurs, nous avons constaté à plusieurs reprises que les conseils fournis par un intermédiaire d'assurances indépendant (= courtier en assurances) lors de la conclusion de polices du pilier 3a étaient insuffisants, comme l'illustrent certains procès-verbaux préétablis de ces courtiers en assurances sous la forme de check-lists, où les deux parties ont coché une case vide pour confirmer entre autres les thèmes abordés ou non dans le cadre du service de conseil. Les procès-verbaux préétablis sous forme de check-lists permettent d'une part aux intermédiaires d'assurances d'être informés de tous les points importants liés à l'assurance lors de la conclusion du contrat. D'autre part, ces procès-verbaux

ont également pour but de prouver en cas de litige que les conseils requis lors de la conclusion du contrat ont effectivement été fournis.

Différents procès-verbaux de conseil se sont révélés peu pertinents, ne stipulant ni que les conditions relatives aux cotisations dans le pilier 3a impliquaient des versements annuels dans le cadre de contrats d'assurance, notamment un revenu provenant d'une activité lucrative ou un revenu de substitution soumis à l'AVS, ni que lesdites conditions doivent être réunies pendant toute la durée du contrat. Dans ces cas, l'office de médiation a dû partir du principe que le devoir d'information en rapport avec les polices du pilier 3a n'a pas été respecté (voir l'article détaillé à ce sujet dans le rapport annuel 2015, pages 9-10).

Recommandation aux assureurs vie

En vue d'optimiser le service de conseil lors de la conclusion des contrats, l'Ombudsman recommande aux assureurs vie d'examiner également, sur la base de l'expérience acquise, les propositions d'assurance conclues par le biais d'intermédiaires d'assurances indépendants avant leur approbation afin de s'assurer que le devoir d'information concernant les conditions relatives au paiement des cotisations dans le pilier 3a a bien été respecté.

Étant donné que les plaintes reçues suite à des conseils insuffisants lors de la conclusion de polices du pilier 3a émanent relativement souvent de jeunes adultes, l'Ombudsman recommande aux assureurs vie ce qui suit : les polices du pilier 3a peuvent être conclues avec des personnes âgées de moins de 25 ans à condition de les interroger également sur leurs intentions pour l'avenir (p. ex. formations en cours ou à venir, séjours à l'étranger et autres interruptions de l'activité professionnelle). Les conseils y afférents doivent être documentés.

Secteur non-vie

Assurances de choses

À l'instar des années précédentes, les demandes et les plaintes dans le domaine des assurances de choses portaient principalement sur le montant des prestations d'assurances, suivies par des demandes relatives à la couverture et à la résiliation des contrats.

Assurance casco véhicules à moteur : le calcul des travaux de réparation pris en charge par l'assurance ne dépend pas (sauf accord contractuel contraire) de la réparation effective (ou non) du véhicule endommagé

Dans le domaine de l'assurance casco collision, nous avons dû étudier à plusieurs reprises la possibilité de verser une indemnité plus basse en cas de renonciation à réparer un véhicule qu'en cas de réparation effective.

Dans l'un de ces cas, un propriétaire de véhicule contestait le fait que l'offre de dédommagement (sur la base d'un remboursement plutôt que d'une réparation) ne prenait comme base pour le calcul des travaux de réparation que CHF 120.- en tant que taux horaire du garagiste, contre CHF 153.- pour la solution impliquant une réparation. Il a également réclamé ce même taux pour l'option de remboursement.

L'office de médiation, comprenant la position du requérant, s'est adressé à l'assureur. Nous avons informé ce dernier qu'il pouvait déduire du remboursement la part de TVA correspondant aux travaux de réparation, la TVA n'étant applicable qu'en cas de réparation effective. Par expérience, nous sommes partis du principe qu'outre la part de TVA, l'assureur souhaiterait probablement aussi tenir compte des déductions sociales sur la part de salaire des collaborateurs du garage, ainsi que de la déduction d'un hypothétique bénéfice d'exploitation du garagiste. Certes, un « bénéfice d'exploitation » du garagiste peut aussi s'appliquer uniquement en cas

de réparation. Néanmoins, l'office de médiation considère comme problématique d'un point de vue juridique que l'assureur déduise un hypothétique bénéfice d'exploitation et des cotisations sociales des parts de salaire du personnel du garage dans son offre de dédommagement. En cas d'assurance dommages, les dommages restent tout aussi importants, avec ou sans réparation. Dans ce sens, les conditions générales d'assurance (CGA) indiquent aussi de manière concise et pertinente que la compagnie verse des prestations pour la réparation du sinistre. Les documents contractuels ne contiennent par ailleurs aucune clause stipulant que le bénéficiaire d'une assurance casco est plus mal loti vis-à-vis de sa propre assurance casco qu'un tiers lésé disposant d'un droit d'action direct contre l'assureur. Au sens du droit de la responsabilité civile concernant les véhicules à moteur, la perception du bénéfice d'exploitation, des coûts de main-d'œuvre, des profits tirés du commerce des pièces de rechange requises, etc. fait, selon nous, partie intégrante de la demande d'indemnisation légale de la personne lésée, cette dernière ayant droit à une indemnisation au titre du préjudice occasionné par le sinistre.

En conséquence, nous avons proposé à l'assureur d'indemniser l'assuré à hauteur d'un taux horaire de CHF 153.-, y compris en cas de renonciation aux réparations. L'assureur a suivi la suggestion de l'Ombudsman et le cas a pu être réglé à l'amiable.

Assurance responsabilité civile pour véhicules automobiles : lorsqu'une chose ancienne mais toujours fonctionnelle est endommagée, l'assureur responsabilité civile adverse ne peut pas refuser de réparer le dommage au motif que la chose serait déjà amortie avant le sinistre selon le tableau de la durée de vie

Dans le secteur de la responsabilité civile pour

véhicules automobiles, des personnes lésées mécontentes s'adressent parfois à nous à propos d'une chose pleinement opérationnelle qui a été endommagée par un automobiliste, mais dont la durée de vie moyenne était déjà dépassée au moment du sinistre.

Dans l'un de ces cas, un automobiliste a embouti une clôture de jardin. La clôture a dû être réparée par la suite et en partie remplacée. La propriétaire du terrain ainsi lésée a donc adressé une offre de réparation à l'assureur en responsabilité civile pour véhicules automobiles du responsable du sinistre. L'assureur a toutefois refusé toute indemnisation, alléguant notamment que la clôture métallique, mise en place il y a 41 ans, a été amortie au bout de 25 ans, selon le tableau de la durée de vie.

Ne l'entendant pas de cette oreille, la personne lésée s'est adressée à l'office de médiation. Dans le cadre de notre intervention, nous avons informé l'assureur que sa position convenait dans le cas d'une indemnisation de dommages locatifs. Dans le cas des contrats de bail, l'amortissement est déjà payé par le loyer à l'expiration de la durée de vie des différents objets. Ce qui n'est cependant pas le cas en l'occurrence pour la clôture endommagée. Les tableaux avec des hypothèses schématiques ont par ailleurs pour but de faciliter le règlement des sinistres survenant fréquemment afin de ne pas avoir besoin d'évaluer concrètement chaque sinistre au cas par cas. En l'occurrence, il ne s'agit pas non plus d'un tel cas standard.

Concrètement, les principes généraux de calcul des dommages-intérêts doivent aussi être appliqués sur la base de la valeur actuelle. Le préjudice a entraîné une diminution du patrimoine de la personne lésée suite au sinistre. Son patrimoine doit être rétabli comme si la collision n'avait pas eu lieu. Dans le cadre de la prestation de remplacement, il convient par ailleurs de tenir compte d'une éventuelle moins-value ou plus-value.

Sur la base de l'offre de réparation, l'office de médiation a en outre souligné le fait que seule une petite section de la clôture avait été emboutie. Ce point est pris en compte en conséquence dans l'offre de réparation par le remplacement de quelques lattes métalliques seulement. Aucune plus-value résultant de la réparation prévue n'a été explicitement formulée à ce jour, selon l'office de médiation. Une clôture réparée impliquant cependant un « rafistolage », il n'est guère réaliste de vouloir calculer une plus-value pour les zones réparées. Selon l'office de médiation, la personne lésée a donc droit à la prise en charge des travaux de réparation pour sa clôture.

Se montrant conciliante, la compagnie d'assurances a accepté l'argument selon lequel la clôture endommagée de 41 ans remplirait encore sa fonction si cet événement dommageable de juillet 2017 n'était pas survenu, bien que les clôtures métalliques aient une durée de vie moyenne de 25 ans. Elle a néanmoins soutenu que la réparation envisagée apporterait une plus-value, raison pour laquelle elle serait disposée à proposer un forfait de CHF 3000.- pour les travaux de réparation sur le montant total d'env. CHF 3850.- correspondant à une autre offre de réparation (demandée par les soins de l'assureur). L'office de médiation n'a pas pu contester davantage l'argument de l'assureur selon lequel la réparation, qui prévoyait aussi, en plus de tous les autres travaux, l'application d'une couche de fond sur les points de rouille ainsi qu'une nouvelle couche de peinture sur toute la section de la clôture, engendrerait une plus-value.

Après avoir expliqué à la requérante qu'une telle réparation (« remplacement de l'ancien par du neuf ») engendrerait une plus-value pour elle et que cela constituerait autrement une forme d'enrichissement illégitime en tant que personne lésée au sens du droit de la responsabilité civile, la propriétaire lésée a accepté l'arrangement.

Responsabilité civile générale : prêter un drone à quelqu'un présente des risques

Dans le secteur de l'assurance responsabilité civile personnelle, nous avons traité pour la première fois un cas relevant de la responsabilité civile, impliquant en l'occurrence l'utilisation d'un drone. Il ne s'agit pas d'un préjudice causé par le drone à des tiers, l'exploitant d'un drone devant obligatoirement conclure une assurance responsabilité civile d'une somme de 1 million de francs dès lors que le poids de son drone est supérieur à 0,5 kg, conformément à l'art. 20, al. 2, let. d OACS (Ordonnance du DETEC sur les aéronefs de catégories spéciales). En réalité, il s'agit plutôt du préjudice subi par le propriétaire du drone lorsque ce dernier, qu'il avait prêté à quelqu'un, s'est écrasé.

Concrètement, un propriétaire de drone a laissé une connaissance utiliser son drone professionnel d'une valeur d'env. CHF 36 000.- pour effectuer quelques vols d'entraînement à proximité d'un lac. L'utilisateur ayant accidentellement coupé le GPS, le drone piloté manuellement est devenu incontrôlable et s'est écrasé. Le propriétaire du drone s'étant momentanément absent, il ne se trouvait donc pas avec l'utilisateur du drone au moment de l'incident.

L'assurance responsabilité civile de l'utilisateur a certes reconnu par la suite la couverture d'assurance, mais a fait valoir une déduction pour comportement fautif du propriétaire de drone à hauteur d'un tiers du montant de CHF 8127.- correspondant à l'indemnisation des travaux de réparation. En désaccord, le responsable du sinistre, assuré en responsabilité civile privée, s'est adressé à l'office de médiation. Après avoir examiné le cas, nous avons informé le requérant que l'office de médiation ne pouvait faire aucune objection quant au point de vue de l'assureur. À la lumière des pièces portées au dossier, il faut partir du principe que l'utilisateur ne possédait pas les connaissances suffisantes pour utiliser le type

de drone professionnel en question, notamment concernant la commande à distance, et n'était manifestement pas en mesure de le piloter seul. Les erreurs de manipulation d'engins volants peuvent rapidement entraîner la chute de l'appareil et les conséquences peuvent être dramatiques, une telle chute représentant un risque pour l'environnement, voire la destruction de l'appareil. Nous sommes donc parvenus à la conclusion que le propriétaire de drone lésé aurait impérativement dû être présent lors du vol d'essai d'un engin volant aussi onéreux afin de pouvoir intervenir à tout moment si nécessaire. Son éloignement temporaire l'empêchait incontestablement, selon l'office de médiation, de pouvoir intervenir en cas d'incident ou de défaut au niveau de l'appareil. Le fait d'avoir laissé son précieux drone à un utilisateur inexpérimenté sans surveillance a donc clairement été considéré comme un comportement fautif, selon l'Ombudsman. La déduction d'un tiers du montant pour comportement fautif n'a pas pu être contestée au vu des circonstances particulières de l'affaire. À défaut de motifs valables pour une intervention réaliste auprès de l'assureur, nous avons donc dû clôturer le cas.

Recommandations aux propriétaires de drones

- 1. Renseignez-vous auprès de votre assureur responsabilité civile pour savoir si et dans quelle mesure les dommages causés à des tiers par votre drone sont couverts et élargissez votre couverture existante, le cas échéant. Lorsque vous utilisez un drone, vous êtes par ailleurs légalement tenu(e) d'observer les dispositions de l'art. 20, al. 3 OACS ; par conséquent, n'oubliez pas de vous munir de l'attestation de l'assurance responsabilité civile.*
- 2. Pour des raisons de sécurité, notamment, ne laissez des tiers inexpérimentés utiliser votre drone qu'en votre présence et après leur avoir transmis les instructions appropriées. Avant toute utilisation, déterminez au préalable si la personne concernée dispose d'une assurance responsabilité civile suffisante en cas de dommages éventuels.*

Indemnités journalières en cas de maladie : les litiges résultant d'incapacités de travail liées à des troubles psychiques continuent d'augmenter

Dans le secteur des indemnités journalières en cas de maladie, le nombre de cas a une nouvelle fois augmenté par rapport à l'exercice précédent, passant de 621 à 654. Ainsi, à l'instar des années précédentes, la tendance à la hausse du nombre de cas litigieux concernant une incapacité de travail liée à un trouble psychique persiste. Selon l'office de médiation, cette évolution ne semble pour l'instant pas près de s'interrompre.

Hausse du nombre de plaintes contre les sanctions de l'assureur pour cause d'annonce tardive des cas d'indemnités journalières en cas de maladie

Différentes plaintes d'assurés ayant souscrit une assurance d'indemnité journalière en cas de maladie concernaient les réductions de prestations par l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie pour cause d'annonce tardive d'un cas de maladie. Dans l'un de ces cas, une assurée s'est blessée à l'épaule à la mi-juillet 2016 en faisant un mouvement brusque pendant qu'elle chargeait de lourdes palettes dans un camion. Partant du principe qu'il s'agit d'un accident au sens juridique du terme, elle a notifié le cas à son assureur LAA. Ce dernier a toutefois refusé toute prise en charge fin septembre 2016, une décision contestée, mais confirmée lors de la procédure d'opposition. Après l'entrée en force de la décision sur opposition de l'assureur LAA en décembre 2016, la personne concernée a également soumis le cas à son assureur d'indemnités journalières en cas de maladie.

Ce dernier a certes reconnu son obligation de prise en charge, mais seulement à partir de l'annonce du cas de maladie en décembre 2016. Pour se justifier, l'assureur renvoie aux

conditions générales d'assurance (CGA), qui prévoient que toute incapacité de travail doit être signalée dans un délai de 30 jours après s'être produite, et dans tous les cas 5 jours au plus tard après l'expiration du délai d'attente convenu (en l'occurrence, 30 jours). Dans la mesure où l'annonce est intervenue plus de 3 mois après l'expiration du délai d'attente, l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie est par ailleurs en droit d'octroyer les prestations seulement à partir de la date d'annonce et en tenant compte de l'incapacité de travail jusque-là.

Bien que la position de l'assureur soit conforme aux conditions d'assurance, l'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur. Nous l'avons informé que de telles clauses contractuelles sont justifiées parce que l'assureur a intérêt à clarifier rapidement les circonstances de l'affaire et à se prémunir contre les réclamations injustifiées. Dans le cas présent, la personne assurée n'est aucunement restée inactive. Elle s'est seulement adressée au mauvais assureur. Pour les personnes peu familières du droit, la détermination des tenants et aboutissants d'un accident est complexe dans la mesure où le concept juridique d'accident n'a pas de reflet dans le langage courant. Si l'assureur LAA avait été tenu de fournir des prestations dans le cadre de la procédure LAA, cela n'aurait pas été le cas pour l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie. La démarche suivie par l'assurée a donc également été dans l'intérêt de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie.

Au vu des circonstances, l'office de médiation a estimé que l'assurée aurait dû annoncer le cas à l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie au plus tard après réception de la décision de refus de l'assureur LAA. Nous avons donc recommandé à l'assureur de limiter le refus de prestations au laps de temps entre la réception de la décision LAA et la réception de la décision sur opposition LAA. L'assureur a accepté cette proposition.

Recommandation aux employeurs et aux assurés ayant souscrit une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

En cas de refus d'un prétendu accident par l'assureur LAA, le cas doit être annoncé immédiatement et à titre préventif à l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie s'il y a contestation de la décision LAA. Autrement, il faut s'attendre à des sanctions de la part de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie pour cause d'annonce tardive du cas.

Domaine des assurances voyages

Dans le secteur des assurances voyages, le nombre de demandes et de plaintes a légèrement reculé au cours de l'exercice sous revue, passant de 234 à 225.

Plusieurs demandes concernaient des refus de prestations émis par l'assureur suite à des rapatriements depuis l'étranger pour raisons de santé organisés par l'assuré lui-même ; ce dernier avait omis de contacter la centrale d'urgence ou d'alarme de l'assurance voyage.

Il faut savoir que les conditions générales d'assurance (CGA) des assureurs voyages stipulent qu'il n'y a pas obligation de fournir une prestation si le rapatriement n'est pas organisé par le biais de la centrale d'urgence ou d'alarme.

Dans certains cas, après leur retour en Suisse, les assurés concernés ont fait faire un certificat par leur médecin traitant, attestant que la prise en charge médicale ne pouvait pas être garantie sur le lieu de destination ou qu'un traitement en Suisse était à la fois urgent et indiqué, en raison de la nécessité de connaître les antécédents médicaux de l'assuré pour lui proposer un traitement adéquat. L'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur dans les cas où ces certificats étaient dûment justifiés et clairs. Afin de trouver une solution et de résoudre le cas, le médiateur a avancé l'argument économique : les coûts engendrés n'auraient-ils pas été tout

aussi élevés si l'assuré avait contacté la centrale d'urgence et suivi ses instructions ?

L'un des assureurs impliqués a saisi cette occasion pour inviter l'office de médiation à une rencontre avec la société Medicall AG. Cette dernière est chargée par certaines assurances voyages d'organiser et de diriger entre autres les prestations d'assistance aux personnes à l'intention des assurés. À ce titre, elle reçoit directement les appels passés par les assurés qui s'adressent aux numéros d'appel d'urgence de leur assureur. Lors de cette visite sur le site de Medicall AG, une délégation de l'office de médiation a ainsi pu directement observer le travail accompli sur place, et notamment les processus qui régissent les prestations apportées lors de l'assistance aux personnes. Medicall AG propose des clarifications d'ordre médical (incluant des discussions entre médecins) et des conseils par téléphone grâce à son service médical spécialisé dans la médecine du voyage et de l'aviation. En cas de besoin, elle détermine par le biais de son réseau où se situe l'hôpital le plus proche offrant une prise en charge médicale d'un niveau comparable à celui de la Suisse. S'il s'avère nécessaire, le rapatriement est parfois effectué directement par des médecins de Medicall AG.

Recommandation aux assurés au bénéfice d'une assurance voyages

Que ce soit sur le plan médical ou juridique, un assuré souffrant de problèmes de santé sérieux ne devrait pas hésiter à contacter la centrale d'urgence de son assureur. Un conseil est valable non seulement si un rapatriement est envisagé, mais aussi dans les cas où l'assuré ignore s'il peut bénéficier d'un traitement médical adéquat et, le cas échéant, à quel endroit (avant ou pendant son voyage à l'étranger).

L'Ombudsman recommande par conséquent aux assurés de bien vérifier avant leur départ qu'ils disposent du numéro de la centrale d'urgence de leur assurance voyages. Ce numéro d'urgence est toujours indiqué au dos de leur carte d'assurance maladie.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 718 demandes ont été adressées à l'office de médiation, soit 1,2% de plus qu'en 2016 (709). Parmi elles, 620 (590) requêtes concernaient la Suisse alémanique, 65 (78) la Suisse romande et 33

(41) la Suisse italienne. Comme c'était déjà le cas lors de l'exercice précédent, la grande majorité des cas, soit 86,4%, provient de la Suisse alémanique. Les demandes de Suisse latine représentent un total de 13,6%.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A Obligation d'affiliation	5	(6)	0	(1)	1	(2)
Conclusion du contrat	8	(8)	0	(0)	1	(1)
Total	13	(14)	0	(1)	2	(3)
B Primes	10	(9)	1	(0)	1	(0)
Total	10	(9)	1	(0)	1	(0)
C Traitement médical	76	(86)	12	(18)	2	(6)
Moyens auxiliaires	7	(7)	0	(0)	1	(0)
Indemnités journalières	64	(52)	8	(3)	6	(11)
Rente invalidité	0	(12)	0	(0)	3	(3)
Indemnité atteinte à l'intégrité	2	(7)	1	(2)	0	(0)
Causalité	177	(150)	9	(10)	5	(3)
Notion d'accident)	108	(70)	12	(7)	5	(1)
Réduction / refus de prestation	4	(3)	1	(1)	0	(0)
Recours contre tiers responsable	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Total	439	(392)	43	(51)	22	(24)
D Prévention des accidents	2	(2)	1	(0)	0	(0)
Renseignements généraux / procédures	146	(158)	20	(25)	5	(11)
Avocat / spécialiste	10	(15)	0	(1)	3	(3)
Total	158	(175)	21	(26)	8	(14)
Total	620	(590)	65	(78)	33	(41)

Chiffres 2016 entre parenthèses

Sur un total de 718 dossiers, 640 cas ont été réglés directement avec le requérant. L'office de médiation a été obligé d'intervenir dans 78 cas. Sur les 76 interventions réglées, le taux de réussite se monte à 59,2%, soit 45 dossiers. Enfin, 28 cas (36,8%) ont obtenu un résultat négatif et le dossier a été classé comme « neutre » dans trois autres requêtes (4%).

Dans quelques cas, savoir s'il s'agissait d'un accident au sens juridique ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident a été source de contestations

Étant donné que, parfois, l'assureur ne s'était pas livré à un examen du cas concret sous l'angle des différentes caractéristiques des termes juridiques, ces décisions étaient incompréhensibles aux yeux de la personne concernée. Nos interventions ont permis à plusieurs reprises de clarifier les choses ou de corriger la décision suite à un examen approfondi du cas par l'assureur LAA.

Nouvelle réglementation de la lésion corporelle assimilée à un accident dans l'art. 6, al. 2 LAA

Selon l'al. 2 de l'art. 6 de la LAA entré en vigueur au 1er janvier 2017, en présence d'un des diagnostics qui y sont énumérés, l'assureur accidents est obligé de prendre en charge le traitement thérapeutique, même si les conditions d'un accident ne sont pas remplies, pour autant que la lésion corporelle **ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie**. Une énumération de diagnostics laissant supposer qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cette disposition entraîne un renversement du fardeau de la preuve à la charge de l'assureur accidents. Ce dernier ne peut se libérer de son obligation de fournir une prestation que s'il fournit la preuve que la lésion corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Selon les nouvelles règles en vigueur de l'art. 6, al. 2 LAA, une cause extérieure n'est certes plus un critère déterminant la question de l'obligation de verser une prestation. Cela dit, selon notre expérience, les circonstances ayant provoqué une atteinte à la santé – et plus précisément la question de savoir si un élément extérieur a agi sur le corps – peuvent fournir des informations importantes et déterminer si un événement est de nature dégénérative ou lié à une maladie. Le critère de la cause extérieure reste par conséquent un indica-

teur significatif, même avec cette modification juridique.

Concernant la proportion des causes (au sens de l'art 6, al. 2 LAA), il n'existe certes à notre connaissance pas encore de jugement émis par le Tribunal fédéral. Aux yeux de l'Ombudsman, le caractère prépondérant (de l'usure ou d'une maladie) ne devrait toutefois laisser place à aucun doute raisonnable lorsque l'assureur refuse de verser une prestation en présence d'un des diagnostics énumérés dans la liste.

Problèmes isolés dans l'application de la nouvelle loi

Dans certains cas isolés, les requérants nous ont transmis des courriers de refus reçus de leur assurance accidents qui omettaient la question de la lésion corporelle assimilée à un accident (que ce soit selon l'ancien ou le nouveau droit), bien que cela s'impose en l'espèce. En examinant ces dossiers, nous avons constaté essentiellement en début d'année des problèmes de mise en place en lien avec la nouvelle réglementation de l'art. 6, al. 2 LAA. Les questions posées aux médecins n'avaient souvent pas encore été adaptées ou étaient basées sur l'ancien droit, ce qui entraînait des prises de position erronées ou lacunaires.

Hausse du nombre de cas LAA où les prestations sont suspendues peu avant une opération nécessaire

Nous avons observé cette année une augmentation des cas où l'assurance accidents a commencé par reconnaître son obligation d'indemniser, avant de se rétracter lorsqu'un traitement onéreux était prévu (par exemple une opération chirurgicale), après s'être procuré des informations complémentaires : il motivait son refus face à l'obligation d'indemniser par le fait qu'il n'y avait plus de lien de causalité.

L'office de médiation peut certes concevoir que, dans la mesure où une demande paraît plausible et que les prestations en jeu sont minimales,

une assurance accidents renonce à se procurer des informations complémentaires afin d'éviter des frais inutiles. Cela dit, cette démarche aboutit en règle générale à une inversion du fardeau de la preuve (pour autant qu'il ne s'avère pas par la suite qu'il n'y a pas de caractéristiques d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident). Concrètement, dans un cas d'accident, l'assureur ne peut suspendre ses prestations que si, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, les troubles encore existants ne sont plus imputables à l'accident. C'est dans ce genre de cas que la preuve nous a semblé souvent remise en question. Ainsi, plusieurs décisions en matière de prestations se basaient sur des rapports médicaux manifestement incomplets ou contradictoires. De notre point de vue, certains de ces rapports médicaux comportaient des déclarations très générales, comme « le mécanisme propre à l'accident ne correspond pas aux blessures subies », qui ne sont par conséquent guère convaincantes. À

plusieurs reprises, nous avons aussi constaté la présence d'erreurs dans la description des faits de l'avis du médecin, ce qui avait une influence négative au niveau de l'évaluation médicale. Dans ces cas, notre intervention a abouti en général à une réévaluation approfondie des circonstances de la part de l'assurance accidents. L'assureur a alors pris en charge les coûts résultant des demandes complémentaires de renseignement.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de requêtes liées à la prévoyance professionnelle a légèrement diminué par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 91 (96) 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 52 (37) cas concernant des caisses de pension autonomes qui n'ont pas pu être traités faute de compétence.

Motif de la plainte	Suisse		Suisse		Suisse	
	alémanique		romande		italienne	
Conclusion du contrat	6	(7)	1	(0)	1	(0)
Etendue de la couverture	3	(1)	1	(0)	0	(0)
Réticence	0	(3)	1	(0)	0	(0)
Rachat	0	(3)	2	(1)	0	(0)
Règlement	2	(3)	0	(0)	0	(0)
Changement d'institution de prévoyance	3	(4)	1	(2)	0	(1)
Libre passage	5	(7)	0	(0)	1	(0)
Anticipation des prestations	0	(4)	0	(0)	0	(0)
Saisie	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	3	(3)	1	(0)	0	(0)
Réductions / refus	13	(19)	2	(3)	6	(0)
Informations générales	13	(13)	0	(1)	2	(1)
Prescription	1	(1)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	1	(2)	0	(1)	1	(0)
Divorce	3	(3)	0	(0)	1	(0)
Salaire coordonné	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Procédure	6	(4)	0	(1)	0	(0)
Avocat	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Total	70	(85)	9	(9)	12	(2)

Chiffres 2016 entre parenthèses

Trois cas ont donné lieu à des interventions. Tous trois ont été liquidés ; une intervention s'est soldée par un résultat positif pour l'assuré, et les deux autres par un résultat négatif.

Les cas qui nous sont soumis touchent souvent aux questions des prestations de libre passage, des rentes d'invalidité et de veuvage, ainsi que des réserves en matière de prévoyance subobligatoire. Nous avons constaté une augmentation des demandes de conseils généraux sur les assurances visant à déterminer si le requérant doit retirer son capital LPP lors de son départ à la retraite. Bien entendu, nous n'avons pas pu aider ces personnes. En notre qualité d'office de médiation, notre fonction consiste **exclusivement** à faire office d'intermédiaire neutre en cas de divergence avec les fondations collectives LPP des assurances vie suisses. Par conséquent, nous ne pouvons pas organiser des consultations visant à donner des conseils généraux en matière d'assurance.

Selon la LPP, la rente de partenaire fait partie des prestations extra-obligatoires

D'après nos constatations, selon une idée répandue en Suisse, la rente de partenaire en cas de décès ferait généralement partie des prestations assurées par la prévoyance professionnelle. Or, cela n'est vrai que s'il s'agit d'un

partenariat enregistré ou d'un mariage. Dans les autres cas, selon la LPP, la rente de partenaire fait partie des prestations extra-obligatoires : celles-ci ne sont dues que si le plan de prévoyance applicable contient une réglementation en ce sens. Ainsi, dans un des cas qui nous ont été soumis, nous avons été dans l'obligation d'informer le requérant qu'il ne pouvait pas bénéficier d'une rente de partenaire vu que le plan de prévoyance n'envisageait pas de telles prestations.

Recommandation aux couples non mariés et à ceux qui vivent en partenariat non enregistré

Si vous prévoyez avec votre partenaire une couverture de prévoyance mutuelle en cas de décès, mieux vaut contrôler au plus vite les prestations fournies par vos caisses de pension, avant de prendre ensuite les dispositions nécessaires.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Au cours de l'exercice 2017, 325 requêtes ont été soumises au bureau décentralisé tessinois. Au cours des dix dernières années, le nombre de dossiers soumis n'a jamais été aussi élevé au Tessin, si l'on fait exception de l'année record 2016 où 374 demandes ont été recensées (un chiffre probablement lié à la présence particulièrement marquée de Me Carlo Luigi Caimi dans les médias en sa qualité de responsable du bureau décentralisé de Suisse italienne).

Dans le domaine des assurances privées, les demandes sont passées de 260 à 220, et de 41 à 33 dans le secteur LAA. Le secteur LPP a en revanche connu une hausse significative des cas soumis, qui sont passés de 2 à 12. Les demandes sortant de notre domaine de compétence ont légèrement diminué, quant à elles, passant de 65 à 60. La grande majorité d'entre elles concernaient des problèmes n'ayant aucun lien avec le droit des assurances. La plupart des demandes de la Suisse italienne ont pu être réglées directement avec les requérants suite à un échange de renseignements téléphonique ou écrit.

Le nombre d'interventions en Suisse italophone a augmenté, passant de 6 à 12. Avec un résultat positif dans la plupart des cas, elles concernaient les branches des assurances vol, incendie, bâtiments, dégâts d'eau, voyages, protection juridique et indemnités journalières.

Les requêtes issues des branches de l'assurance indemnités journalières et de l'assurance accidents privée sont arrivées en tête des cas soumis à Me Caimi relevant de sa compétence ; elles se chiffrent au nombre de 63. Viennent ensuite les 38 requêtes du secteur de l'assurance responsabilité civile (RC auto et RC générale). Les cas liés à l'assurance protection juridique viennent en troisième place, avec un total de 20 demandes. Les secteurs de l'assurance bâtiments et ménage ont quant à eux donné lieu à 19 requêtes, de même que le secteur assurance vie individuelle, avec également 19 requêtes.

Sur le plan des thématiques, les problèmes liés au montant des prestations étaient majoritaires (117 demandes), suivis par les questions de la conclusion du contrat et de sa résiliation (34).

Sous-assurance : les assurés ont besoin d'être informés afin de déterminer la somme assurée adéquate

À plusieurs reprises, Me Caimi s'est retrouvé face aux cas de certains assurés qui ignoraient qu'ils étaient eux-mêmes responsables de déterminer la somme assurée adéquate et que les assurances ménage couvrent la valeur à neuf des objets. Suite à un dégât total, une assurance à la valeur à neuf indemnise donc en se basant sur les coûts engendrés par le rachat d'un nouvel objet identique effectué au moment du sinistre.

Afin de déterminer la somme assurée adéquate, il convient donc de se baser sur la valeur à neuf (=valeur de remplacement) de la totalité des objets assurés. Si la somme assurée est trop basse, il y a sous-assurance. Dans ce cas, selon la réglementation légale en vigueur dans l'art. 69 LCA, la compagnie d'assurances est dans l'obligation de réparer le dommage seulement dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement (plus élevée), pour autant que le contrat d'assurance concret ne prévoit pas de solution plus avantageuse.

Assurance voyage – réductions fréquentes des prestations pour non-respect de l'obligation de limiter les dommages

Comme les années précédentes en Suisse italienne, les requêtes à l'encontre des assurances voyage étaient liées à des réductions ou à des refus de prestations pour cause de non-respect de l'obligation de réduire les dommages. D'après cette dernière, l'individu assuré s'engage à faire tout son possible afin de réduire le sinistre survenu et empêcher une aggravation de la situation. Cela implique notamment d'annuler

en temps voulu un voyage que l'on a réservé, si un motif d'annulation survient, et ceci avant que les frais d'annulation n'augmentent. En pratique, dans ce genre de cas, il arrive souvent que les annulations soient tardives parce que l'assuré malade ou accidenté espère guérir à temps pour pouvoir effectuer son voyage. Hélas, cet espoir ne fait pas partie des objets assurés, à moins que l'assuré ait contacté son assurance voyage une fois le motif d'annulation survenu et que les deux parties se soient mises d'accord en ce sens.

Secteur LAA :
la plupart des problèmes sont liés à des litiges concernant les indemnités journalières LAA et les rentes AI

Dans le secteur LAA, Me Caimi a traité 33 cas au cours de l'exercice 2017, ce qui représente un recul de 8 cas par rapport à l'exercice précédent (41). Parmi ces dossiers, trois ont nécessité une intervention.

Les personnes victimes d'un accident qui se sont adressées à Me Caimi se montraient pour la plupart satisfaites des indemnisations fixées par l'assureur LAA concernant le traitement médical, les mesures thérapeutiques et les autres frais assurés. Ce sont en revanche surtout les indemnités journalières et les rentes invalidité litigieuses qui ont posé problème – et notamment (dans dix cas), la notion d'accident ainsi que le lien de causalité entre un accident et les troubles de la santé invoqués.

Assurance LAA par convention :
en cas d'absence professionnelle prolongée ou de période sans engagement professionnel, elle permet de prolonger l'assurance accidents de 6 mois au maximum

À plusieurs reprises, Me Caimi a constaté que certains assurés ignoraient que la protection offerte par l'assurance accidents obligatoire ne durait que 31 jours (!) à compter du dernier jour de droit au salaire. Lors d'une interruption prolongée non payée de leur activité professionnelle (par exemple lors d'un voyage à l'étranger pendant un congé sans solde), les assurés peuvent demander à leur assureur LAA une prolongation de leur couverture LAA de 180 jours au maximum, le tout par le biais d'une assurance par convention. Cette dernière doit être contractée avant que le délai de prolongation de couverture ne soit écoulé, soit – au plus tard – le 31^e jour qui suit le dernier jour de travail.

Secteur LPP

Me Caimi a eu affaire à 12 cas liés à la prévoyance professionnelle. Aucun d'entre eux n'a nécessité une intervention. La moitié des requêtes concernaient des réductions ou des refus de prestations, deux cas touchaient à la retraite anticipée et d'autres questions étaient liées au divorce.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Après l'augmentation inhabituelle des cas au cours de l'exercice 2016 (de 404 à 492), le nombre de requêtes soumises au bureau décentralisé de Lausanne a baissé en 2017, passant à 433 dossiers. La proportion des cas ayant nécessité une intervention est restée relativement stable et se chiffre à 40 (50).

Il est particulièrement satisfaisant de constater que le nombre de cas sortant de notre domaine de compétence a baissé. En effet, au cours de l'année 2017, seules 59 requêtes sortant de son domaine de compétence ont été soumises à Me Subilia, sachant qu'elles étaient encore au nombre de 85 pendant l'exercice précédent. Cela permet au bureau décentralisé de se concentrer essentiellement sur la gestion des requêtes liées à son propre domaine de spécialisation.

Secteur LAA : certains assurés s'adressent trop tard à l'office de médiation, une fois que l'assureur LAA a rendu sa décision

Le secteur LAA s'est avéré être un cas particulier. Seuls 5 dossiers ont donné lieu à une intervention, soit sensiblement moins que l'année précédente (13), revenant ainsi au niveau de l'année 2015.

Ce nombre peu élevé d'interventions est notamment lié au fait qu'en Suisse romande, de nombreux assurés se sont adressés à l'office de médiation seulement après avoir reçu la décision rendue par leur assurance. Or, une fois la décision rendue, le médiateur n'est plus autorisé à exercer son activité de médiation.

Dossiers liés aux indemnités journalières et à l'incapacité de gain : grande complexité et attentes élevées de la part des assurés

L'importance qui incombe à l'assurance maladie (assurances perte de gain ou indemnités journalières) se confirme année après année. Sur 300 dossiers adressés au bureau décentralisé qui concernaient les assurances privées,

pas moins de 92 d'entre eux étaient liés au domaine de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie. Ces cas se distinguent par leur grande complexité. Souvent, il s'agit de juger d'un avis médical. L'office de médiation ne disposant pas de son propre service médical, il n'est pas à même de fournir un nouvel avis médical sur le cas. Il peut seulement examiner si les informations contenues dans le dossier sont convaincantes et contrôler la présence éventuelle d'éléments contradictoires ou lacunaires. Pour un non-spécialiste, cette nuance s'avère souvent difficile à comprendre. Certains requérants demandent au médiateur de reconnaître leur incapacité de travail liée à une atteinte à la santé. Une requête qui n'est toutefois pas du ressort du médiateur. Me Subilia n'a par conséquent pas toujours pu répondre aux attentes des personnes qui se sont adressées à lui. Cela dit, les interventions de l'office de médiation ont abouti à plusieurs reprises à une réévaluation du cas, parfois aussi suite à un nouvel examen, ce qui a contribué à désamorcer la situation conflictuelle.

Les cas d'assurés en incapacité de travail due à plusieurs facteurs différents se sont avérés particulièrement complexes. Dans un de ces cas, la personne souffrait de plusieurs troubles physiques simultanés : certains d'entre eux étaient liés à un accident, d'autres à une maladie. Le médiateur est intervenu auprès de l'assureur pour obtenir des éclaircissements de sa part : conformément à sa position, les prestations d'indemnités journalières étaient-elles effectivement épuisées ? Et dans quelle mesure l'assureur était-il tenu de verser des prestations de l'assurance accidents et de l'assurance indemnités journalières ? Après d'âpres négociations, cette intervention s'est soldée par un résultat positif. L'assureur a approuvé la demande de l'assuré à hauteur d'un montant de CHF 144 500. Ce cas a toutefois dû être clôturé avant que toutes les divergences aient pu être éliminées. En effet, la complexité du dossier (qui touchait entre autres aussi à des questions de droit du travail)

aurait obligé le médiateur, s'il avait poursuivi le traitement du cas, à quasiment assumer le rôle d'un avocat, ce qui lui est interdit.

Assurances voyages : la clé du succès réside souvent dans un examen sérieux des faits

Dans certains cas, Me Subilia s'est penché sur des dossiers relatifs à des faits s'étant déroulés sur d'autres continents. Ce fut par exemple le cas d'une intervention concernant un vol survenu en Australie. Dans cette affaire, Me Subilia a offert son soutien à une globe-trotteuse assurée en soulevant des questions quant aux faits afin de clarifier la question de la couverture. Bien que l'arrangement obtenu de la part de l'assureur n'ait pas complètement été à la hauteur des attentes initiales de la requérante, cette dernière s'est montrée satisfaite de cette solution.

Dans certains cas, nos efforts en matière de médiation se soldent par un échec, même si les compagnies d'assurances proposent des arrangements équitables

Tout n'est pas toujours bien qui finit bien. Une affaire s'est avérée particulièrement déplaisante : elle concernait un problème lié à une double assurance imputable au seul preneur d'assurance et qui perdurait depuis plusieurs années. Cela étant, dans le cadre de son intervention, Me Subilia a réussi à convaincre l'assureur de proposer volontairement à l'assuré une des solutions à l'amiable que nous lui soumettions, au vu des circonstances concrètes. L'assuré ne s'est malheureusement pas laissé convaincre par le résultat obtenu et a exigé des compensations immédiates pour l'injustice subie à ses yeux. Il a par ailleurs rejeté la faute sur Me Subilia, qu'il rendait responsable de sa situation. Manifestement, ce requérant (qui, soulignons-le, est un cas exceptionnel) avait des attentes erronées vis-à-vis de l'office de médiation : notre fonction ne consiste pas à contester les décisions des compagnies d'assurances, mais à rechercher une solution ensemble.

Empêcher les litiges grâce à la communication

Me Subilia souhaiterait conclure son rapport par un cas exemplaire qui montre bien l'importance de la communication. Une entreprise assurée est venue se plaindre que son assurance avait été résiliée pour cause de retard de paiement des primes. En raison d'une erreur d'adresse, le courrier légal de sommation qui informe les assurés des conséquences du retard de paiement ne serait jamais arrivé à son destinataire, à en croire le requérant. Une intervention auprès de l'assureur a permis de clarifier la situation. La compagnie d'assurances a apporté la preuve qu'elle avait bien envoyé la sommation légale par courrier recommandé et que la personne qui s'était adressée au bureau décentralisé avait elle-même signé le reçu. Le requérant était par conséquent en tort, ce qu'il a d'ailleurs reconnu par la suite. Quoiqu'il en soit, l'intervention du médiateur a permis de désamorcer la crise et de clarifier la situation litigieuse, une fois que la communication entre les deux parties avait cessé de fonctionner.

Ce genre de cas montre bien que notre rôle neutre est reconnu par la plupart des personnes qui consultent l'office de médiation.

Autres activités

Selon l'usage, plusieurs contacts directs entre l'Ombudsman et les membres haut placés de la direction de certaines compagnies d'assurances se sont déroulés en 2017, sans oublier les rencontres et les entretiens annuels avec les interlocuteurs de l'office de médiation auprès des compagnies d'assurances. L'Ombudsman juge ces entrevues particulièrement précieuses et importantes. Elles permettent de tirer au clair des questions fondamentales et d'échanger ses points de vue sur la collaboration en cours. L'Ombudsman profite par ailleurs de ce cadre pour émettre des recommandations individuelles à l'intention de certains assureurs afin d'optimiser les relations respectives avec la clientèle.

Au cours de l'exercice sous revue, l'office de médiation a entretenu ses contacts avec certains médias. Il a notamment publié dans le magazine de la branche « Schweizer Versicherung » des comptes rendus réguliers de cas anonymisés afin de sensibiliser les compagnies d'assurances à un traitement constructif des requêtes des assurés.

L'office de médiation a par ailleurs été convié à un échange avec la FINMA consacré aux questions de l'assurance maladie complémentaire. Depuis l'automne 2017, l'Ombudsman est devenu membre d'un groupe de travail du SFI (Secrétariat d'État aux questions financières internationales) ; ce groupe est chargé des travaux préparatoires précédant la révision à venir de la LSA (Loi sur la surveillance des assurances). Au vu de l'importance de son réseau international et des échanges de points de vue qui en résultent, l'Ombudsman a aussi entretenu des contacts avec des institutions étrangères et internationales dans le domaine des règlements extrajudiciaires de litiges.

Élargissement de la compétence de l'office de médiation

Fin novembre 2017, le Conseil de fondation s'est prononcé en faveur de l'élargissement du domaine de compétence de l'office de médiation ; ce dernier fera désormais office d'intermédiaire en cas de divergence avec des assureurs dans le cadre de contrats hypothécaires liés à un logement en propriété pour les propres besoins du client. À l'avenir, les clients des assureurs auront ainsi accès à l'office de

médiation dans le cadre d'un litige portant sur leur contrat de prêt hypothécaire pour un logement en propriété destiné à leurs propres besoins. Cette décision est entrée en vigueur en février 2018. Depuis sa fondation en 1972, l'office de médiation a ainsi vu pour la première fois son activité gratuite de médiation élargie à un domaine étranger au droit des assurances.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président



Rolf Schweiger

L'Ombudsman

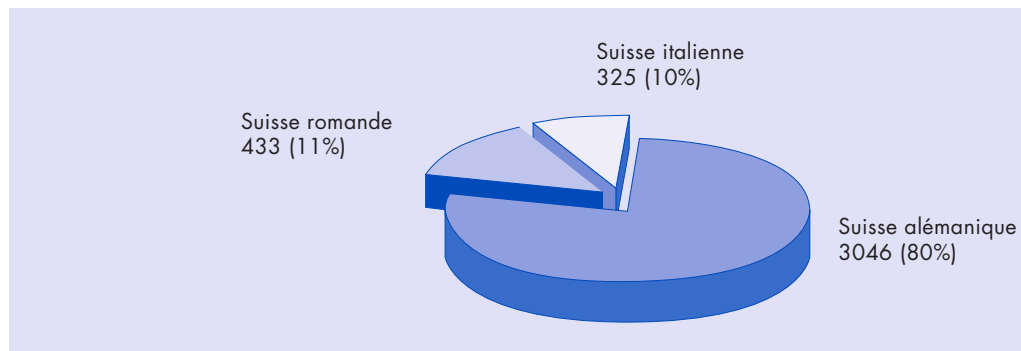


Martin Lorenzon

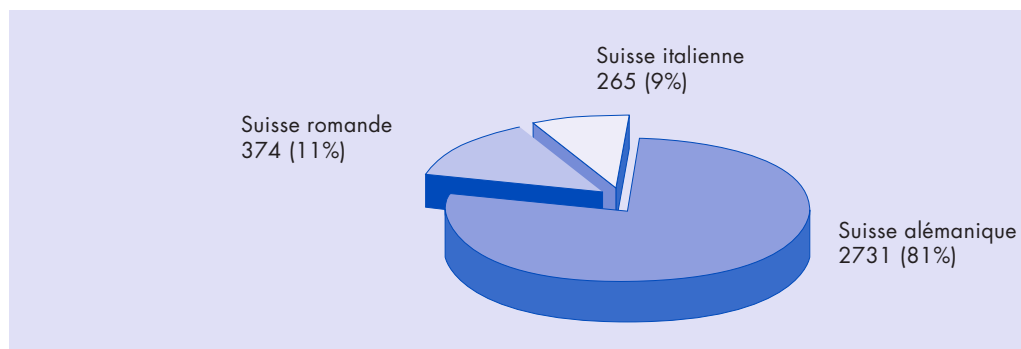
Zurich, mars 2018

Les statistiques 2017

Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2007 à 2017



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2018)

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
elipsLife
Elvia (= Allianz Suisse)
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
Lloyd's, London, ZN Zurich
La Mobilière
La Mobilière Vie
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
USS Assurances
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 (act. Palladio)
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

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

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

www.ombudsman-assurance.ch
www.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch