



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

Rapport annuel 2011

39^e édition

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

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

Médiateur Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation
Suisse allemande Nathalie Tuor, avocate
Peter Arnold, avocat
Laura Meile, avocate
Stefanie Maag, avocate (à partir du 1er janvier 2011)
Jacqueline Müller, secrétariat
Anne-Catherine De Zaiacomo, docteur ès lettres, secrétariat
Filip Bergamin, stagiaire (jusqu'au 30 avril 2011)

Bureaux décentralisés
Suisse romande Me Olivier Subilia, Docteur en droit, avocat

Suisse italienne Avv. Carlo Luigi Caimi

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2011

Au cours de l'exercice de référence 2011, 3826 cas ont été soumis à l'office de médiation, dont 3324 relevaient de son champ de compétence, tandis que 502 n'ont pu être traités car hors compétence. Le site web de l'office de médiation a enregistré 8483 visites.

Le nombre des demandes entrant dans les compétences de l'office a légèrement régressé, et ce tant en Suisse allemande qu'en Suisse romande et italienne (de 4,3% au total).

La proportion, toujours en augmentation, des cas complexes de plaintes dans le secteur des assurances de personnes reste de 55,5% malgré le recul de 637 à 519 des cas LAA. Dans le secteur de l'assurance-vie, le nombre des plaintes est resté élevé (533). Ces plaintes concernaient surtout la question des informations fournies au preneur d'assurance à la conclusion des contrats au sujet des prestations non garanties (participation aux excédents, prestations en cas de vie ou de rachat des polices liées à un fonds). Comme ces dernières années, les plaintes à l'encontre des assureurs d'indemnités journalières de maladie ont encore augmenté pour passer de 569 à 621, l'office de médiation ayant eu davantage à s'occuper d'urgence d'interruptions de prestations à effet rétroactif et d'interruptions d'indemnités journalières. Les questions afférentes à la protection des données personnelles lors du traitement de cas d'assurance ont été sensiblement plus nombreuses. Au cours de l'exercice 2011 sous revue, l'office de médiation a aussi été mis davantage à contribution par des plaintes afférentes à des refus de prestations d'assureurs responsabilité civile et par les créances en recours d'assureurs accidents à propos de dommages aux choses et aux personnes causés intentionnellement par des enfants ou des adolescents.

Dans 2949 cas, le problème a pu être réglé directement avec l'assuré ou le requérant. Il y a eu intervention auprès des compagnies concernées dans 375 cas. Dans 70,9% des cas de meilleures conditions ont pu être obtenues pour le requérant.

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2011	
Evolution du nombre de cas	1
Demandes et plaintes ventilées par branches	4
Branches principales des 5 dernières années	5
Ventilation des demandes selon leur provenance	5
– Ventilation selon le sexe ou autres critères	5
– Ventilation en fonction des régions linguistiques	6
– Provenance géographique des demandes et des plaintes	7
Interventions	8
– Taux d'interventions	8
– Interventions par branche / secteur	9
– Taux de succès lors des interventions	10
Collaboration avec les compagnies d'assurances	11
L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches	
Le secteur des assurances privées	12
– Secteur vie	12
– Secteur non-vie	13
Secteur LAA	17
Secteur de la prévoyance professionnelle	21
Les Bureaux décentralisés	
Bureau décentralisé de Suisse romande	23
Bureau décentralisé de Suisse italienne	25
Autres activités	27
Les statistiques 2011	
Statistique par régions: demandes reçues	28
Statistique par régions: cas traités	28
Activité de 2002 à 2011	29
Sociétés affiliées	30

Aperçu de l'exercice 2011

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2011, le nombre des demandes et plaintes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3826 (3983 en 2010). De son côté, le site web de l'office de médiation a enregistré 8483 visites.

Total des demandes	3826	(3983)
De notre compétence	3324	(3472)
Cas réglés directement	2949	(637)
Interventions	375	(400)

Chiffres 2010 entre parenthèses

En comparaison avec l'exercice précédent, le nombre de cas relevant de notre compétence a diminué de 148 (4,3%) pour s'établir à 3324, la proportion des questions souvent très complexes et exigeant beaucoup de travail ressortissant au secteur des assurances de personnes étant restée presque la même, soit 55,5% par rapport à l'année antérieure (56,3%). Si l'on tient également compte des plaintes à l'égard des assurances voyages portant sur la prise en charge des frais d'annulation pour des raisons de santé, les prestations d'assistance et les frais de guérison, la part des assurances de personnes de notre compétence est d'environ 59%.

Le nombre de dossiers volumineux dont la complexité provient de difficiles questions de causalité dues à plusieurs problèmes de santé préexistants à la survenance du cas d'assurance a continué à s'accroître. Quant au nombre de plaintes juridiquement ardues touchant aux assurances sur la vie (533), y compris les polices liées à un fonds et celles en monnaies étrangères, il est resté presque le même qu'en 2010 (534).

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

Branches	2011	2010
AC	9	10
AI	37	45
AVS	14	12
Assurances cantonales	18	7
Caisses-maladie	250	284
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	44	39
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	6	13
Assureurs privés non affiliés à la fondation	41	39
Divers	82	60
Assurance maternité	1	2
Total	502	511

Les demandes sortant de notre domaine de compétence ont légèrement diminué par rapport à l'an précédent. En revanche, la proportion des cas enregistrés sous la rubrique « Divers » (82) qui ne concernent aucune assurance sociale ou privée, par exemple les questions relevant du droit du travail – comme le maintien du versement du salaire par l'employeur après la survenance

d'un accident – ainsi que notamment les plaintes à l'encontre des courtiers d'assurance, a augmenté. Comme les années précédentes, ce sont les questions soulevées par les caisses-maladie qui sont en tête de la liste des demandes pour lesquelles l'office de médiation n'est pas compétent, car elles relèvent de la compétence de l'Ombudsman de l'assurance maladie.

Pour ce qui est des assurances de personnes, 621 cas (569) concernaient les assurances indemnités journalières de maladie, suivis par 533 (534) demandes relatives à l'assurance sur la vie, 519 (637) à l'assurance accidents obligatoire, 133 (151) au secteur LPP et 40 (63) aux assurances accidents privées.

Assurance indemnités journalières maladie	621	(569)
Assurance vie	533	(534)
Assurance accidents obligatoire	519	(637)
Secteur LPP	133	(151)
Assurance accidents privée	40	(63)
Total	1846	(1954)

Chiffres 2010 entre parenthèses

L'ordre de priorité des assurances de personnes s'est trouvé modifié du fait de l'accroissement du nombre de cas dans l'assurance des indemnités journalières de maladie d'une part, ainsi que par le recul du nombre des demandes au sujet des assurances accidents et de la prévoyance professionnelle d'autre part.

On ignore la raison de la baisse relativement importante de cas dans le secteur LAA (- 18,5%). Indépendamment de cela, il ressort d'une analyse plus précise des statistiques annuelles 2010 et 2011 que la proportion des demandes pour lesquelles

une décision formelle a déjà été rendue a passé de 15% à 18% dans le domaine LAA. Reste à savoir si cela est dû au fait qu'en cas de divergences d'opinion avec l'assurance LAA des décisions formelles ont été rendues plus rapidement que l'année précédente. L'Ombudsman de l'assurance privée n'a la compétence d'intervenir dans les affaires LAA qu'aussi longtemps qu'aucune décision formelle n'est intervenue. L'édiction d'une décision formelle ouvre la porte à une procédure administrative litigieuse. A partir de ce moment, il y a lieu de recourir à la voie de droit, ce qui fait qu'il n'y a pas place pour notre activité d'intermédiaire.

Demandes et plaintes ventilées par branches

Branche	2011	A	B	C	D	2010
Accidents (privé)	40	4	6	25	5	63
Animaux	2	0	0	1	1	3
Assurance voyages	114	23	6	73	12	91
Bijoux	8	4	0	4	0	4
Bâtiments / Bris de glaces	70	20	19	23	8	71
Casco	138	35	23	70	10	134
Cautionnement	5	1	0	3	1	4
Chômage	1	0	0	1	0	5
Dégâts d'eau	32	3	3	24	2	56
Garantie de crédit	36	3	2	22	9	36
Incendie et éléments naturels	17	0	5	9	3	25
Ménage	154	38	38	58	20	180
Machines	1	0	0	0	1	0
Maladie	621	88	59	374	100	569
Protection juridique	203	51	25	85	42	245
Responsabilité civile	332	45	25	215	47	304
RC véhicules automobiles	304	60	76	139	29	303
Transport	3	1	0	1	1	2
Vie	533	208	21	233	71	534
Vol	58	6	4	42	6	55
LAA	519	41	176	163	139	637
LPP	133	27	36	58	12	151
Total	3324	658	524	1623	519	3472

- 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 5 dernières années

Branche	2011	2010	2009	2008	2007
Vie	533	534	648	752	654
RC auto	304	303	354	337	359
Maladie	621	569	475	332	358
RC générale	332	304	350	374	333
LAA	519	637	651	712	472

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

En 2011 2076 (2082) hommes, 1494 (1596) femmes, 256 (305) entreprises, autorités et organisations se sont adressés à l'office de médiation.

Hommes	2076	(2082)
Femmes	1494	(1596)
Entreprises, autorités et organisations	256	(305)

Chiffres 2010 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2011	2010	Différence
Suisse allemande	3026	3075	- 49
Suisse romande	523	593	- 70
Suisse italienne	277	315	- 38
Total	3826	3983	- 157

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2011	2010	Différence
Suisse allemande	2683	2750	- 67
Suisse romande	420	482	- 62
Suisse italienne	221	240	- 19
Total	3324	3472	- 148

A examiner de plus près l'évolution du nombre des cas dans les trois régions linguistiques, on voit que toutes les régions accusent un recul, la Suisse romande présentant la plus

forte proportion dans notre domaine de compétences (12,8%), la Suisse italienne (7,9%) et la Suisse allemande (2,4%) venant ensuite.

Provenance géographique des demandes et des plaintes

	Total	LCA	LAA	LPP	pas de notre compétence
AG	284 (280)	200 (190)	45 (57)	15 (8)	24 (25)
AI	5 (1)	3 (1)	2 (0)	0 (0)	0 (0)
AR	16 (20)	12 (14)	2 (6)	0 (0)	2 (0)
BE	399 (373)	288 (283)	47 (46)	9 (13)	55 (31)
BL	144 (124)	104 (94)	19 (12)	5 (5)	16 (13)
BS	137 (133)	107 (90)	14 (19)	4 (5)	12 (19)
FR	108 (87)	79 (63)	15 (10)	2 (3)	12 (11)
GE	126 (142)	93 (102)	11 (15)	3 (1)	19 (24)
GL	11 (16)	4 (11)	6 (5)	0 (0)	1 (0)
GR	60 (65)	40 (39)	9 (15)	1 (1)	10 (10)
JU	27 (16)	19 (13)	5 (1)	0 (1)	3 (1)
LU	123 (167)	89 (104)	15 (36)	9 (8)	10 (19)
NE	41 (47)	33 (28)	4 (11)	0 (0)	4 (8)
NW	16 (12)	10 (8)	2 (2)	0 (1)	4 (1)
OW	5 (7)	5 (5)	0 (1)	0 (0)	0 (1)
SG	137 (173)	101 (125)	17 (23)	3 (8)	16 (17)
SH	34 (40)	25 (24)	4 (8)	2 (4)	3 (4)
SO	93 (79)	74 (59)	7 (13)	1 (2)	11 (5)
SZ	63 (59)	43 (44)	12 (10)	1 (3)	7 (2)
TG	79 (94)	54 (69)	11 (15)	4 (2)	10 (8)
TI	271 (323)	191 (221)	18 (15)	17 (11)	45 (76)
UR	7 (3)	4 (2)	0 (0)	2 (1)	1 (0)
VD	273 (316)	180 (215)	22 (35)	8 (10)	63 (56)
VS	84 (113)	60 (81)	11 (17)	4 (6)	9 (9)
ZG	56 (66)	40 (42)	5 (12)	4 (6)	7 (6)
ZH	1122 (1088)	746 (676)	203 (231)	31 (41)	142 (140)
Etranger	105 (139)	68 (81)	13 (22)	8 (11)	16 (25)
Total	3826 (3983)	2672 (2684)	519 (637)	133 (151)	502 (511)

Chiffres 2010 entre parenthèses

Interventions

En relation avec le recul du nombre des cas enregistrés, le nombre des interventions a aussi régressé, passant de 400 à 375. Ce pourcentage d'interventions dans les différents secteurs (LCA, LAA, LPP) est resté presque constant, notre politique d'intervention n'ayant pas changé. Les variations respectives sont inférieures à 1%.

Des interventions multiples dans le cadre du même cas sont enregistrées comme une seule intervention dans le tableau ci-dessous.

	2011	2010	Différence
Suisse allemande	304	332	- 28
Suisse romande	64	51	+ 13
Suisse italienne	7	17	- 10
Total	375*	400	- 25

* dont 323 étaient liquidés à fin 2011

Taux d'interventions

Les cas ayant nécessité plusieurs interventions ont diminué par rapport à l'année antérieure, pour passer de 131 (32,8%) à 92 cas (24,5%).

Les assurances garantie de crédit présentent en revanche une tendance inverse. Dans cette branche, il a fallu intervenir au moins deux fois auprès de la compagnie concernée dans plus de 62% des cas.

Dans les branches vie et indemnités journalières de maladie, l'office de médiation a dû intervenir dans près de 35% des cas. Le pourcentage des interventions multiples s'est élevé à 25% dans le secteur LAA, qui présente non seulement des questions très complexes de droit, mais aussi de faits. Ces dossiers portent aussi souvent sur d'importantes questions financières tant pour le plaignant que pour les assureurs.

Assurance privée	11,9%	(12,5%)
Assurance accidents obligatoire/LAA	8,3%	(7,8%)
Fondations collectives LPP	10,5%	(10%)

Chiffres 2010 entre parenthèses

Interventions par branche / secteur

Branche/Secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC Auto	271	29	3	1	0	33
Chômage	1	0	0	0	0	0
Ménage	135	18	1	0	0	19
Vol	44	12	0	2	0	14
Éléments naturels	9	0	0	0	0	0
Incendie	7	0	0	1	0	1
Casco	133	3	1	1	0	5
Bâtiments	63	7	0	0	0	7
Bris de glace	0	0	0	0	0	0
Resp. civile	297	29	6	0	0	35
Maladie	586	23	9	1	2	35
Cautionnement	5	0	0	0	0	0
Garantie crédits	28	3	2	2	1	8
Vie	430	65	26	10	2	103
Machines	1	0	0	0	0	0
Voyages	87	23	4	0	0	27
Protect. juridique	180	20	3	0	0	23
Bijoux	6	2	0	0	0	2
Transport	3	0	0	0	0	0
Animaux	2	0	0	0	0	0
Accidents (privés)	36	3	0	1	0	4
Dégâts d'eau	30	1	1	0	0	2
LAA	476	32	10	1	0	43
LPP	119	13	0	1	0	14
Total	2949	283	66	21	5	375

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 323 interventions clôturées à fin 2011 a été positif dans 229 cas (70,9%) et négatif dans 80 cas (24,8%). Dans 14 cas, le résultat a été enregistré comme neutre.

On ne saurait conclure, du fait qu'une intervention sur quatre n'a pas abouti à un arrangement avec l'assureur, que dans ces cas l'office de médiation, au terme de son activité de médiation, a apprécié cette affaire autrement que l'assureur concerné. Dans la grande majorité des cas d'intervention où l'assureur s'en est tenu à sa position

initiale, l'office de médiation a pu saisir les raisons avancées par l'assureur après lui avoir demandé de se prononcer.

Dans quelques cas isolés seulement, le médiateur a, après d'intensives négociations et préavis correspondants à l'assureur, conseillé au plaignant de faire appel à un avocat. Tel a notamment été le cas lorsque le médiateur avait la conviction que la position de l'assureur ne résisterait pas à un examen judiciaire.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

Dans la plupart des cas, la collaboration avec les différentes compagnies d'assurances fonctionne très bien.

Les interlocutrices et interlocuteurs que les compagnies mettent à disposition du médiateur contribuent dans une très large mesure à cette bonne collaboration. Il s'agit en l'occurrence pour le moins d'un membre de la direction disposant des compétences décisionnelles nécessaires.

Dans la majorité des cas, la qualité des prises de position des compagnies était tout à fait fondée et basée sur une sérieuse élucidation des cas ayant donné lieu à l'intervention.

Au cours de l'année dernière, la collaboration avec les assureurs n'a pas été satisfaisante que dans de rares cas. Soient évoqués à titre d'exemple les cas où des arguments considérés comme importants par le médiateur n'ont pas été pris en considération, ce qui entraînait parfois une nouvelle intervention.

Dans quelques cas, l'encaissement de créances de l'assureur (en cas de demandes de remboursement de primes ou de prestations litigieuses) n'a pas, faute de coordination des échéances par l'assureur, été suspendu, ce qui rendait difficile l'élimination des divergences d'opinion.

Le temps mis par les assureurs pour traiter les cas d'intervention n'a que rarement fait l'objet de critiques. Ce temps est en moyenne de quatre à six semaines dans le secteur des assurances de personnes et de quatre semaines dans les autres branches (secteur non-vie, c'est-à-dire responsabilité civile, assurances de choses, etc.). En cas d'interventions multiples, la durée de traitement se trouve prolongée en conséquence. L'office de médiation se félicite que la majorité des assureurs aient pris l'habitude de lui faire parvenir un bref rapport intermédiaire lorsque des retards sont prévisibles dans le traitement d'un cas d'intervention, en raison, par exemple, de clarifications médicales supplémentaires auprès de médecins externes. Cette manière de procéder n'allège pas seulement nos travaux administratifs, mais évite aussi que le plaignant ait l'impression que sa plainte n'est pas traitée avec tout le sérieux et la diligence nécessaires.

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Comme ces années dernières déjà, l'office de médiation a dû, au cours du premier semestre 2011, s'occuper d'un grand nombre de nouvelles plaintes relatives aux polices liées à un fonds sans prestation garantie en cas de vie qui étaient arrivées à échéance après une durée de 10 ans ou plus. Cet afflux s'est modéré au second semestre.

En ce qui concerne ces plaintes également, elles portaient surtout sur les informations qui avaient fait défaut à la conclusion du contrat quant au mécanisme des polices liées à un fonds en cas d'évolution défavorable des valeurs du fonds, comme exposé dans le rapport annuel 2010. Selon la conclusion juridique du médiateur, ces informations constituent un élément essentiel du contrat, car sans elles le risque à assumer ne peut être évalué exactement. Dans quelques cas, l'intervention du médiateur a permis de trouver une solution accommodante avec les assureurs concernés.

///

Au cours du second semestre 2011, les questions relatives à l'évolution de polices libellées en monnaies étrangères et venues à échéance dans le courant de l'année se sont multipliées, les preneurs d'assurance ayant subi des moins-values considérables du fait de la dépréciation de l'Euro.

///

Les polices d'assurance non liées à des fonds et avec paiement garanti en cas de vie, de même que les assurances de rentes, ont également provoqué une recrudescence de questions, l'assureur ayant annoncé, en raison de la situation difficile perdurant sur le

marché des capitaux, de sensibles réductions des participations aux excédents attribuées sur le capital-épargne.

Dans ces cas, l'office de médiation a dû attirer l'attention des plaignants sur le fait que seule l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers / FINMA a, en sa qualité d'autorité de surveillance, la compétence de juger si la réduction future annoncée des attributions d'excédents ou de bonus est autorisée.

Reste que dans de tels cas l'office de médiation doit fournir quelques explications. En règle générale, les requérants savaient quelles participations aux excédents pronostiquées à la conclusion du contrat ne sont pas garanties. Ils ignoraient en revanche que les attributions d'excédents au capital-épargne ne peuvent être accordées que si les rendements obtenus par l'assureur sont supérieurs au taux d'intérêt technique garanti dont il est tenu compte dans les prestations garanties. Une participation aux excédents accordée sur le capital-épargne constitue ainsi un rendement supplémentaire venant s'ajouter au taux d'intérêt technique garanti sur le capital-épargne pour toute la durée du contrat.

Dans quelques rares cas seulement l'office de médiation a dû intervenir, car la correspondance échangée à la conclusion du contrat portait, de l'avis de l'office de médiation, des pronostics d'excédents de l'assureur ayant valeur de garantie.

Secteur non-vie

Dans le secteur des assurances choses, ce sont, comme ces années dernières, les prestations qui sont au premier plan des réclamations, suivies par les questions touchant au contenu du contrat et à sa résiliation, ainsi que les plaintes concernant la procédure, ces dernières portant fréquemment sur le temps mis pour traiter un cas de dommage.

Diverses plaintes concernant les assurances du bâtiments provenaient du refus de prestations lors de dommages dus en partie à un manque d'entretien de l'immeuble. Dans ces cas, nous avons dû faire savoir au requérant que les assurances du bâtiment n'ont pas l'entretien de l'immeuble pour objet et que, à notre avis, celui-ci ne peut pas être assuré. Seuls des événements futurs et (en même temps) incertains sont assurables.

En 2011, l'assurance vol a surtout soulevé des questions relatives à l'étendue de la couverture, à la réduction des prestations pour cause de négligence grave, comme surtout la question de savoir si la personne assurée avait fourni suffisamment du point de vue juridique la preuve des titres de propriété et de la valeur des objets disparus en plus de la preuve du vol. Les lésés n'étaient fréquemment pas en mesure, par leur propre faute, de fournir la preuve qu'ils étaient bien propriétaires des choses volées et/ou de leur valeur, parce qu'ils ne pouvaient pas présenter des quittances d'achat, des bons de garantie et/ou des certificats (pour des bijoux, par exemple), etc.

Pour les objets de valeur en particulier, il est recommandé de conserver toutes les pièces justificatives. Pour les bijoux, l'estimation faite par le spécialiste au moment de l'achat peut se révéler très utile.

///

Dans l'assurance des véhicules automobiles, les plaintes portaient en grande partie sur la question de la responsabilité et le niveau des dommages suite à des collisions entre véhicules, mais l'office de médiation a aussi eu à se pencher sur nombre de questions afférentes à la conclusion du contrat, à sa résiliation et au changement de détenteur du véhicule ainsi que sur des plaintes concernant le temps mis à traiter les cas.

Quelques plaintes portaient sur le refus de résilier le contrat suite à l'échec de négociations visant à prolonger ou modifier éventuellement le contrat (par exemple réduction de la casco intégrale pour la ramener à une casco partielle). En l'occurrence, nous avons remarqué que de nombreux preneurs d'assurance ignorent que le contrat en cours reste valable tant qu'aucune entente n'est intervenue entre les parties quant à une modification ou une prolongation du contrat et que les modalités de résiliation se règlent selon le contrat en cours jusqu'à ce qu'intervienne un éventuel arrangement.

Dans le domaine de la responsabilité civile des véhicules automobiles, nous avons eu à nous occuper de cas dans lesquels aucune faute ne pouvait être imputée à l'un ou à l'autre des conducteurs impliqués dans la collision. De telles situations peuvent par exemple se présenter lorsque, faute de témoins et de traces sur la chaussée, il n'est pas possible de déceler quel véhicule s'est trouvé sur la voie opposée ou a circulé sur la deuxième voie dans la même direction.

Dans de tels cas et du point de vue juridique, aucun des assureurs responsabilité civile pour véhicules automobiles concerné n'est, faute de preuve de responsabilité, assujéti aux prestations. Dans un cas où les deux conducteurs étaient assurés auprès du

même assureur RC auto, l'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur en faisant valoir que l'un au moins de ses assurés devait être responsable de la collision sans quoi il n'y aurait pas eu de collision. Malgré un règlement de sinistre juridiquement correct, le résultat ne serait pas satisfaisant si seul l'assureur tirait un avantage du fait qu'il ne peut être prouvé lequel de ses deux assurés est responsable de la collision. Par la suite, un arrangement à l'amiable est intervenu entre l'assureur et les deux conducteurs impliqués dans la collision.

///

En matière d'assurance responsabilité privée, nous avons toujours plus souvent à nous occuper de dommages causés par des mineurs. Dans un cas, deux enfants de 11 et 12 ans lancèrent des pierres contre un bâtiment, ce qui occasionna des dommages à la façade et à une jalousie. L'assureur responsabilité civile concerné refusa de prendre le dommage en charge en arguant que, en raison de leur âge, les enfants auraient pu évaluer les conséquences possibles de leurs actes, et qu'ainsi le dommage avait été causé intentionnellement ou pour le moins que ces enfants en avaient pris la responsabilité. Du point de vue juridique, l'office de médiation ne pouvait critiquer la prise de position de l'assureur et son refus. De par la loi, les mineurs capables de discernement ont l'obligation de réparer eux-mêmes les dommages causés par des actes illicites. Il y a toutefois lieu de strictement distinguer la responsabilité envers le lésé de la question de la couverture d'assurance. L'étendue de cette dernière dépend uniquement des conventions contractuelles avec l'assureur. Les conditions générales d'assurance / CGA applicables ne prévoient (de même que la disposition législative dans l'art. 14, al. 1 LCA) pas d'obligation de l'assureur à verser des prestations pour des dommages qui ont

été provoqués intentionnellement, c'est-à-dire volontairement et délibérément, ou dont on avait pris le risque.

Dans un autre cas, la question était de savoir si un assureur responsabilité civile privée devait reprendre la créance en recours d'un assureur accidents contre un jeune de 17 ans qui avait volontairement frappé un autre jeune au visage et lui avait cassé une dent. L'office de médiation a estimé que le refus de l'assureur RC était correct en raison du dommage éventuellement prémédité.

///

A l'occasion d'un cas où l'office de médiation a eu à apprécier la réticence selon l'art. 6 LCA commise à la conclusion du contrat avancée par l'assureur, il s'est présenté des questions relevant notamment de la protection des données. L'assureur fondait sa décision sur des pièces de l'assurance invalidité fédérale, tout en refusant cependant d'en remettre copie à disposition en faisant valoir que l'AI lui avait interdit de les transmettre à un tiers. L'office de médiation fit alors valoir qu'en l'occurrence le requérant n'était pas un tiers, mais qu'il s'agissait de l'assuré habilité à prendre connaissance de ses propres données. L'assureur s'est alors trouvé obligé à autoriser la consultation du dossier tant la sur base de la loi fédérale sur la protection des données que sur celle du fardeau de la preuve lui incombant quant à la réticence existante. Par la suite, l'assurance remit au requérant les copies des pièces demandées.

Des questions relevant de la protection des données nous ont aussi été soumises dans quelques cas par des assurés qui ne voulaient pas autoriser leur assureur indemnités journalières de maladie à consulter les pièces médicales afférentes à leur cas auprès des médecins et autres assureurs concernés pour examiner leur demande d'indemnités.

Les requérants faisaient d'ordinaire valoir que l'autorisation exigée allait trop loin, parce qu'elle permettait aussi, en plus du service du médecin conseil, à d'autres collaborateurs de l'assureur de prendre connaissance des pièces médicales.

Ces plaintes ont chaque fois pu être liquidées sans intervention auprès de l'assureur. L'office de médiation faisait notamment savoir aux assurés concernés qu'en plus de l'appréciation des données médicales par un médecin, les questions de la couverture d'assurance et des prestations devaient aussi être tranchées, et ce non par le service médical mais par les collaborateurs spécialisés. Pour que ces derniers soient en mesure d'apprécier si les conditions juridiques pour l'octroi des prestations sont remplies, ils doivent aussi pouvoir prendre connaissance des pièces médicales ayant servi à juger le cas ainsi que des conclusions que le service du médecin-conseil en a tirées.

///

Le grand nombre de plaintes portant sur les prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'incapacité de travail déjà évoqué dans le rapport annuel 2010 où les avis des médecins traitants et des médecins-conseil des assureurs divergeaient diamétralement a continué à s'accroître en 2011.

Dans ce contexte, l'office de médiation a aussi dû s'occuper de plaintes où l'assureur avait, avec effet rétroactif (par exemple à la date de l'expertise par un médecin externe spécialisé auquel on avait fait appel), entièrement stoppé ses prestations. Dans ces cas, l'office de médiation ne devait pas seulement vérifier si l'expertise était – conformément aux exigences posées par la pratique judiciaire – complète en ce qui concerne les faits médicaux à examiner,

c'est-à-dire reposait sur tous les examens, si elle tenait compte des affections incriminées, si elle avait été établie en connaissance des pièces antérieures (anamnèse) et si elle mettait en lumière l'appréciation des connexions médicales et la situation médicale.

Dans de tels cas, la question se pose aussi parfois de savoir si l'on a donné assez de temps à la personne assurée pour se préparer à la reprise du travail que l'on attend d'elle.

Dans un cas, un psychiatre a, dans son expertise, bien tenu compte d'une période de transition jusqu'à la reprise partielle du travail par une personne assurée. Par la suite, la personne assurée n'a toutefois reçu qu'après l'expiration de cette période transitoire une communication de l'assureur disant qu'il se fondait sur cette expertise. La conséquence en fut que la requérante s'est trouvée assise entre deux chaises et, bien qu'elle se soit immédiatement annoncée à l'assurance chômage, elle n'a pu percevoir les prestations de la caisse de chômage que des semaines après que l'assurance maladie ait cessé de verser ses prestations. Suite à l'intervention de l'office de médiation, l'assureur des indemnités journalières de maladie a prolongé ses prestations jusqu'à ce que la caisse chômage accorde ses paiements.

///

La branche des assurances voyages nous a aussi valu l'an dernier quelques plaintes à propos de refus ou de réductions des prestations motivés par des négligences (par exemple bagages insuffisamment surveillés au cours du voyage) ou non-observation de l'obligation de limiter les dommages après la survenue d'un cas d'assurance. Nous avons aussi dû nous occuper à diverses reprises de plaintes dues au refus de l'assureur de prendre en charge les frais de guérison ou

d'annulation de voyage en raison d'une affection préexistante.

Nous avons aussi eu le cas d'une divergence d'opinion avec un assureur voyages au sujet d'une obligation de prestation supplémentaire provenant d'une assurance frais de guérison pour les hôtes en Suisse. Au cours de ses vacances en Suisse, une personne assurée a été victime d'une fracture qui nécessita une opération le jour suivant. Les frais ont été pris en charge par l'assurance voyages. En revanche, les frais pour une opération supplémentaire nécessaire dix mois plus tard pour enlever la plaque de métal fixée lors de la première opération ont été contestés. Après avoir pris connaissance de la position de l'assureur, l'office de médiation a dû faire savoir à la partie plaignante que l'assurance avait seulement pour but de couvrir les processus de guérison nécessaires dus à des nouveaux accidents et maladies survenus depuis l'entrée en Suisse et subis pendant la durée du séjour assuré en Suisse, ce dont on ne peut tirer la conclusion que des traitements consécutifs en Suisse seraient également couverts. Au vu des circonstances de ce cas, la compagnie se déclara prête à participer à bien plaisir aux frais d'un traitement consécutif au domicile étranger de la personne assurée.

///

En matière d'assurance garantie de crédit, divers refus de prestations lors de chômage ou d'incapacité de travail due à la maladie nous ont été soumis pour examen.

Dans l'un des cas, un assureur refusa ses prestations sous prétexte de chômage à un assuré qui avait perdu son emploi. Il justifiait sa décision en arguant que l'assuré était responsable de son chômage parce que l'assurance chômage avait décidé un

arrêt de prestations de 16 jours en raison de faute personnelle. Le requérant avait fait recours contre la décision de l'AC. Après examen des pièces, l'office de médiation a estimé que le chômage était involontaire. Par ailleurs, les CGA de l'assurance garantie de crédit ne prévoyaient aucune exclusion de prestations en cas d'interruption limitée dans le temps des prestations par l'AC par suite de faute personnelle. Suite à l'intervention de l'office de médiation, l'assurance garantie de crédit revint sur sa position et assura la prise en charge des traites assurées depuis le moment où l'AC a accordé ses prestations.

///

En 2011, les divergences d'opinion qui ont été soumises à l'office de médiation pour la branche de la protection juridique concernaient surtout des questions d'interprétation de la couverture d'assurance et de la durée de traitement d'un cas de protection juridique.

Secteur LAA

Au cours de l'exercice sous revue, 519 demandes ont été adressées à l'office de médiation, soit une baisse de 18,5% par rapport à l'année précédente (637). Sur ce total, 451 cas émanaient de la Suisse allemande (553 en 2010), 42 de la Suisse romande (60) et 26 de la Suisse italienne (24). Les demandes de Suisse allemande ont donc reculé de 18,4%, celles de Suisse romande de 30%. La Suisse italienne, pour sa part, enregistre une hausse de près de 8,3%. A noter que, comme l'année précédente,

l'essentiel des cas (86,9%) proviennent de Suisse allemande. La proportion de la Suisse latine reste inchangée, à 13%.

Les raisons pour lesquelles la grande majorité des demandes émane de Suisse allemande sont difficiles à déterminer. Me Subilia et Me Caimi, qui mettent depuis des années leurs compétences au service de l'office de médiation, entretiennent des contacts étroits avec les médias et s'expriment publiquement sur leur activité.

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
A Obligation d'affiliation	17	(4)	1	(0)	0	(0)
Début de l'affiliation	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Fin de l'affiliation	0	(1)	0	(2)	0	(2)
Conclusion du contrat	15	(25)	0	(0)	1	(2)
Primes	5	(18)	0	(0)	2	(0)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	37	(49)	1	(2)	3	(4)
B Prévention des accidents	1	(9)	0	(0)	0	(0)
Traitement médical	34	(28)	3	(1)	2	(0)
Remboursement des frais	52	(76)	4	(4)	1	(3)
Indemnités journalières	55	(78)	4	(3)	3	(1)
Rentes invalidité	9	(15)	0	(0)	0	(1)
Indemnité atteinte à l'intégrité	8	(4)	0	(1)	0	(1)
Total	159	(210)	11	(9)	6	(6)
C Réduction/refus de prestation	132	(163)	19	(35)	8	(7)
Recours contre tiers responsable	3	(2)	1	(1)	0	(0)
Total	135	(165)	20	(36)	8	(7)
D Renseignements généraux/ procédures	120	(129)	10	(13)	9	(7)
TOTAL	451	(553)	42	(60)	26	(24)

Chiffres 2010 entre parenthèses

476 des 519 dossiers ont été réglés directement avec les requérants et 43 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'assureur. Dans 31 des 37 cas liquidés, le résultat a été positif.

Dans 4 cas, l'intervention n'a pas eu de succès et, dans 2 autres cas, le dossier a été classé comme « neutre ».

///

Dans de nombreux 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.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales/LPGA). Certaines lésions corporelles, qui figurent dans la liste exhaustive de l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents/OLAA (p. ex. fractures, déchirures du ménisque, de muscles et de tendons), sont, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

S'agissant de la notion d'accident telle que définie par la loi, les divergences d'opinion ont souvent porté sur la question de savoir si un facteur extérieur de caractère extraordinaire a exercé une action sur le corps. C'est indubitablement le cas lorsqu'une personne assurée chute, glisse ou trébuche et se blesse, par exemple à la jambe. Il n'en va pas de même lorsqu'une personne assise se lève et, sans qu'il y ait de « mou-

vement non programmé » (qui peut consister en une glissade ou un choc occasionné par une seconde personne), ressent une douleur lombaire soudaine, qui sera diagnostiquée comme résultant d'une hernie discale. En l'absence de facteur extérieur de caractère extraordinaire, ce cas ne peut plus être qualifié d'accident au sens juridique.

A cela s'ajoute le fait que la quasi-totalité des hernies discales apparaissent en raison d'une dégénérescence des disques intervertébraux. Un accident au sens juridique ne peut entrer en considération qu'à titre exceptionnel comme cause proprement dite. Pour cela, il est impératif que l'événement en question ait été d'une gravité particulière et susceptible d'endommager le disque intervertébral, et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) soient apparus sans délai et avec incapacité de travail immédiate. Si une hernie discale préexistante ne se manifeste que par le biais de l'accident, les douleurs ainsi déclenchées doivent apparaître dans un court laps de temps pour être considérées comme conséquences naturelles dudit événement.

Dans plusieurs cas d'« accidents de sport », la question de l'existence de l'élément constitutif de l'atteinte portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire s'est posée. Deux considérations interviennent : premièrement, la cause extérieure n'est réputée extraordinaire que – sur la base d'un critère objectif – si elle n'entre plus dans le cadre quotidien et usuel du domaine concerné, mais pas si un événement s'inscrit dans les schémas de mouvement habituels du sport en question. Deuxièmement, il est essentiel de noter que l'élément constitutif de la cause extérieure extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. S'agissant des mouvements du corps, un principe s'applique : l'exigence d'une

incidence extérieure n'est remplie que si un phénomène extérieur a influencé de manière non programmée le déroulement naturel du mouvement du corps. Dans le cas d'un mouvement non coordonné, il y a bien une cause extérieure extraordinaire, car la cause extérieure – changement entre corps et monde extérieur – est également une cause extraordinaire, en raison de son caractère non programmé.

L'application des principes présentés ci-dessus ne cesse de soulever des questions dans la pratique. Si un adulte subit une blessure visible à la tête après un mauvais saut depuis un plongeur de 3 mètres et que l'éventualité d'une maladie ayant causé la blessure constatée est clairement écartée, il s'agira selon la conception de l'office de médiation d'un accident au sens juridique. Il n'est guère convaincant de nier l'accident en avançant que, selon la description de l'assuré, aucun élément extraordinaire n'a perturbé le saut. Le fait que l'atterrissage dans l'eau fasse partie du saut, et donc était voulu, n'induit pas qu'une blessure subie clairement à cet instant, pour laquelle, compte tenu de toutes les circonstances, on a pu écarter la cause d'une maladie, ne doit pas être couverte par l'assurance accidents sociale. Partant du principe que, d'après la loi, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail, le critère de l'élément extraordinaire vise au fond uniquement à ce que les dommages engendrés par la maladie ne soient pas pris en charge par l'assurance accidents.

///

Afin d'établir les circonstances concrètes de l'événement annoncé, les assureurs accidents

utilisent régulièrement des questionnaires, en vertu de la maxime inquisitoire. Les « déclarations de la première heure », à savoir les indications données dans la déclaration d'accident LAA ou les questionnaires LAA susmentionnés, jouent un rôle de poids. Du point de vue de l'office de médiation, il est donc crucial que les questions posées permettent un exposé des faits le plus complet possible. Inutile de demander à un non-juriste si quelque chose d'extraordinaire ou de « non programmé » est survenu lors du cas annoncé : ce genre de questions est incompréhensible et inefficace.

En revanche, il s'agit d'inviter la personne assurée à exposer les faits en question de la manière la plus détaillée et complète possible, tout en restituant l'ensemble des impressions ressenties quant aux événements et aux circonstances concomitantes.

///

Dans plusieurs cas, l'office de médiation a rappelé au cours de ses interventions qu'un état antérieur dégénératif ou pathologique n'excluait pas l'obligation d'indemniser selon la LAA. S'il est légalement établi qu'une dent fortement endommagée auparavant, preuve à l'appui, s'est cassée lors d'un accident au sens juridique, il est nécessaire et suffisant de ne pas pouvoir faire abstraction de l'accident sans que l'atteinte à la santé survenue ne tombe aussi. En revanche, l'affirmation du lien de causalité naturelle ne nécessite pas qu'un accident soit la cause unique de l'atteinte à la santé. Si cette dernière est imputable en partie à un accident, en partie à un état antérieur pathologique, la question de la réduction des prestations en cas de concours de diverses causes de dommages se pose. Toutefois, pour ce qui est, entre autres, des prestations pour soins, une réduction des prestations n'entre pas en ligne de

compte ; d'où le fait que l'assureur accidents prenne en charge à juste titre l'intégralité des coûts du traitement de la dent fracturée.

///

D'après la loi, dès la survenance de l'événement dommageable, l'assureur LAA est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable.

Cette subrogation ne signifie pas que l'assureur LAA qui a pris en charge le traitement de la personne accidentée ne devrait pas justifier la demande (de dommages-intérêts) correspondante en invoquant le droit à la protection des données de son assuré. En conséquence, l'office de médiation a estimé que l'assureur accidents devait tout de suite justifier sa créance en recours, à l'instar du lésé s'il faisait directement valoir ladite créance vis-à-vis de l'auteur du dommage. Par la suite, l'assureur a remis dans les plus brefs délais les justificatifs de coûts exigés relatifs au traitement médical consécutif à l'accident.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de demandes relatives à la prévoyance professionnelle a à nouveau légèrement reculé. Au cours de l'exercice sous revue, 133 personnes se sont adressées à l'office de médiation (151 en 2010). Ces cas relevaient de fondations collectives LPP d'un assureur-vie suisse. S'y sont ajoutées 44

demandes qui n'ont pu être traitées, faute de compétence. Etant donné qu'il s'agissait de divergences d'opinion avec une caisse de pension autonome, les assurés concernés ont, en règle générale, été aiguillés vers l'institution « LPP renseignements gratuits » ou vers leur assurance protection juridique privée.

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	6	(6)	0	(0)	0	(1)
Etendue de la couverture	4	(3)	0	(0)	2	(2)
Réticence	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Rachat	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Règlement	1	(3)	0	(0)	1	(1)
Changement d'institution de prévoyance	11	(3)	0	(0)	0	(0)
Libre passage	20	(27)	2	(1)	0	(1)
Anticipation des prestations	8	(6)	0	(0)	0	(0)
Saisie	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	6	(10)	0	(0)	0	(1)
Clause bénéficiaire	6	(3)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	23	(23)	3	(9)	9	(3)
Informations générales	7	(21)	5	(10)	2	(1)
Prescription	2	(0)	0	(0)	1	(0)
Retraite anticipée	1	(3)	0	(0)	3	(0)
Divorce	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Salaire coordonné	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Avocat	3	(0)	0	(1)	0	(0)
TOTAL	105	(120)	10	(21)	18	(10)

Chiffres 2010 entre parenthèses

Les cas adressés à l'office de médiation étaient souvent très complexes et ont demandé beaucoup de temps. Outre les questions liées à la coordination avec d'autres assurances sociales, à la surindemnisation et aux prestations dans des cas d'invalidité, quelques plaintes relatives aux prestations de libre passage selon la LPP ont été soumises.

Une controverse a porté sur le nombre de comptes de libre passage LPP dont la même personne peut disposer auprès d'une institution de prévoyance. S'agissant de l'une des plaintes soumises, deux comptes de libre passage LPP séparés ont été créés après la dissolution de deux rapports de travail différents d'un employé auprès de la même fondation collective LPP. Lorsque ladite fondation a voulu regrouper les deux comptes, la personne concernée s'est adressée à l'office de médiation. Après avoir examiné les faits

et recueilli la position de l'assurance, l'office de médiation a dû informer le requérant en ces termes : il est bel et bien autorisé de disposer de deux comptes de libre passage différents, mais, selon la jurisprudence en vigueur, le splitting de l'avoir déposé auprès d'une institution de libre passage n'est pas permis. Par conséquent, la fondation collective LPP concernée a proposé au requérant de faire virer le solde du compte de libre passage résilié sur celui d'une autre institution de prévoyance.

Différentes plaintes particulièrement complexes concernaient le montant de la prestation de libre passage en cas de faillite de l'employeur. Lors du traitement de certains cas, il s'est avéré que l'employeur avait bien procédé aux retenues LPP sur le salaire, mais n'avait pas respecté son engagement de transférer les cotisations LPP vers l'institution de prévoyance.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse romande

En 2011, l'office décentralisé pour la Suisse romande a enregistré 523 requêtes. Ce nombre, en recul par rapport à 2010, correspond assez exactement à celui de l'année 2009. Il est en revanche frappant de constater que le nombre des dossiers de la compétence de l'office de médiation a été de 420 sur 523, soit 80,3%. Me Subilia apprécie à sa juste valeur l'excellente coopération avec l'Ombudsman des caisses-maladie à Lucerne : la transmission systématique de dossiers entre ces deux institutions permet, dans la majorité des cas, d'aiguiller l'assuré de manière très simple.

Me Subilia relève que même s'il n'a pas pour vocation de se faire le défenseur des assurés et tient à sa neutralité, son rôle de médiateur est mieux connu, notamment des associations de défense des consommateurs. Ces organismes lui adressent régulièrement des assurés auxquels il a pu fournir des informations utiles sur des questions relevant du droit des assurances.

///

Le nombre des cas d'intervention du bureau de Lausanne auprès des compagnies a passé de 48 à 50 en 2011, soit un léger accroissement, alors que le chiffre national a régressé. Le taux de réussite (41 interventions couronnées de succès, soit 82%) est le plus élevé obtenu par Me Subilia depuis le début de son activité en 2002. Pour Me Subilia, ce taux doit être mis au crédit de l'excellente collaboration que la Fondation entretient avec la plupart de ses correspondants dans les compagnies d'assurances. Dans tous ces cas, la solution trouvée a permis de transformer un assuré mécontent en un client satisfait, permettant souvent de maintenir des relations d'assurance mises à mal avant l'intervention du médiateur.

Le bureau de Lausanne a aussi connu quelques difficultés occasionnelles. Il a, par

exemple, été confronté à une assurance semble-t-il gérée depuis l'étranger qui rendait extrêmement difficile l'obtention de renseignements cohérents. Dans un autre dossier, le médiateur a été confronté à une procédure très longue où, malgré de multiples interpellations consécutives, il n'a pas été possible d'obtenir une solution négociée, les arguments de l'assureur variant à chaque nouveau contact avec le bureau.

C'est parfois également la situation géographique des assurés qui a rendu le travail plus ardu. Ainsi, en présence d'assurés résidant à l'étranger, l'obtention de documents, notamment médicaux, a été rendue extrêmement complexe. On touche parfois ici aux limites de l'action du médiateur qui, d'une part, contrairement à un avocat, ne procède pas lui-même à la recherche d'éléments de preuves et de pièces, mais est d'autre part confronté à des gens non assistés et ne comprenant guère les enjeux des moyens de preuves demandés. La constitution d'un dossier suffisant a finalement été possible, mais au prix d'efforts importants.

///

Plusieurs plaintes concernaient l'assurance de crédit. Il s'agit-là de contrats proposés conjointement par un assureur et un organisme de financement. Le contrat d'assurance de crédit est proposé d'office par l'organisme de crédit lui-même à la signature du contrat de prêt, mais avec un assureur tiers. En cas de difficultés ultérieures, il n'est pas possible d'opposer à l'organisme de crédit les exceptions que l'on aurait pu faire valoir contre l'assureur. La longue durée mise à traiter le cas a, certaines fois, suscité des problèmes considérables entre la personne assurée et l'organisme de crédit.

Me Subilia a également été confronté à un assureur offrant ses produits sous une autre dénomination, c'est-à-dire faisant vendre ses

produits par un assureur tiers. Sur base des documents contractuels il était difficile de voir quel était l'assureur compétent. La question ayant pu être élucidée, l'assureur compétent se montra très coopératif pour traiter le cas.

///

Du point de vue statistique, 103 des 368 cas relevant de l'assurance privée concernaient l'assurance maladie.

La valeur probatoire des rapports médicaux contradictoires a fréquemment été contestée. Lorsqu'un rapport médical fondé fourni par la personne assurée allait à l'encontre du rapport du médecin de confiance de la compagnie d'assurances, l'office de médiation a proposé un examen neutre par un médecin externe.

///

Me Subilia évoque aussi la problématique des assurances maladie de courte durée offertes à des étrangers où les prestations ont été refusées, ces maladies pouvant avoir une origine antérieure à la conclusion de l'assurance, que cette origine ait été connue ou pas de l'assuré.

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Le nombre total des cas traités au cours de l'exercice sous revue par le bureau décentralisé de Suisse italienne a régressé, passant de 315 à 277.

Ce recul concerne avant tout les demandes sortant de la compétence de l'office de médiation, passant de 75 en 2010 à 56. Dans la plupart des cas, il s'agissait de problèmes rencontrés par des assurés avec l'assurance maladie sociale, et de demandes ne relevant pas du droit des assurances.

Dans le domaine de compétence de l'Ombudsman, le nombre de demandes a reculé, pour s'établir à 221, contre 240 en 2010. La baisse des cas dans le secteur de l'assurance privée (177 contre 206) a été partiellement compensée par le secteur LPP, qui a enregistré une augmentation des demandes (18 contre 10), et par le secteur LAA (26 contre 24).

Depuis 2004, le nombre total des demandes adressées chaque année en Suisse italienne était stable, à environ 320. Me Caimi ne peut pas encore juger si le recul constaté en 2011 doit être considéré comme exceptionnel. La plupart des plaintes ont pu être traitées directement, avec 10 interventions de moins qu'en 2010 pour clarifier les plaintes soumises.

///

Pour l'essentiel, l'activité a consisté à renseigner, par écrit et par oral, sur les prestations d'assurance, la situation en termes de droit des assurances, le point de vue de la compagnie d'assurances concernée, la portée et les limites des dispositions des CGA en vigueur. En 2011 également, la participation des assureurs au traitement des plaintes s'est avérée positive.

Dans leur majorité, les cas traités sont liés à l'assurance RC auto et casco (43), à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (36) et à l'assurance vie (30). Le recul des cas en Suisse italienne concerne pour l'essentiel les trois secteurs suivants : l'assurance responsabilité civile (de 35 à 19), l'assurance ménage (de 17 à 7) et l'assurance accidents privée (de 13 à 4).

///

Dans le secteur de l'assurance RC auto et casco, la question des éléments de preuve a joué un rôle essentiel. En traitant ces cas, Me Caimi s'efforce toujours de se faire l'idée la plus claire possible des faits et de se procurer les preuves à disposition. Les cartes satellites et routières, ainsi que des photos provenant d'Internet, l'ont aidé dans cette tâche.

Certains requérants qui avaient signalé un vol de voiture se trouvaient dans une situation difficile, parce qu'ils n'étaient pas en mesure de prouver de manière suffisante ledit vol.

///

Une bonne partie des plaintes concernant des assurances indemnités journalières ont mis en évidence les intérêts opposés des parties : les compagnies d'assurances tendaient à clore certains dossiers trop rapidement, tandis que les assurés aspiraient à une extension des prestations par trop étendue dans le temps.

Cette problématique était le plus souvent imputable aux divergences entre les rapports des médecins de confiance des compagnies d'assurances et ceux des médecins traitants des requérants. Certains cas que Me Caimi

a traités dans les secteurs des indemnités journalières et de l'assurance voyages découlaient de certificats médicaux trop succincts, peu clairs, voire incorrects.

///

Dans le secteur de l'assurance vie, quelques plaintes concernaient des pertes financières subies lors d'un rachat, qui peuvent survenir après un délai très court en cas de dissolution du contrat. L'ensemble des requérants se sont plaints d'un manque de transparence et de conseils lors de la conclusion du contrat au sujet des frais de conclusion et des frais administratifs à leur charge. Plusieurs plaintes portaient pour leur part sur des prévisions d'excédents s'étant finalement avérées trop optimistes. Bien que les assureurs vie aient toujours indiqué par écrit, à la conclusion du contrat, que les prévisions quant aux participations aux excédents ne peuvent pas être garanties, les assurés s'estimaient mal conseillés : les prévisions fournies avaient considérablement influé sur leur décision de rachat.

///

Dans le secteur LAA, le bureau de Suisse italienne a enregistré 26 cas. Aucun n'a donné lieu à une intervention. Ils concernaient essentiellement des réductions et des refus de prestations, ou encore des informations générales sur l'assurance.

Comme cela a déjà été le cas dans les années passées, certaines demandes portaient sur la notion d'accident, la délimitation de la maladie, ainsi que sur des divergences d'opinion, complexes et demandant beaucoup de temps, quant au rapport de causalité entre un accident et les douleurs existantes, contesté par l'assureur. Différents cas soumis avaient pour objet les critères de calcul des indemnités pour atteinte à l'intégrité après un accident.

///

Dans le secteur LPP, les demandes relatives aux prestations d'assurance ainsi qu'à la possibilité et aux conséquences d'une retraite anticipée figuraient au premier plan.

Autres activités

En mai 2011, le président du Conseil de Fondation, accompagné d'une délégation du Conseil de Fondation et du médiateur, a eu un entretien avec le directeur de la FINMA. Cette rencontre avait pour objet la proposition de la FINMA dans son « Rapport FINMA distribution de produits financiers » de créer un office de médiation pour l'ensemble du secteur des prestations financières. La prise de position de la Fondation adressée à la FINMA a été publiée sur notre site web (www.versicherungsombudsman.ch).

Au cours de l'année sous revue, le médiateur a eu divers contacts directs avec les membres des directions de quelques assureurs et a aussi rencontré certains de nos interlocuteurs auprès des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. Ces entretiens ont permis de tirer des questions de principe au clair, d'aborder des sujets essentiels, comme de procéder à des échanges de vues sur des questions ne relevant pas des affaires courantes.

Le médiateur a également eu des entretiens avec d'autres médiateurs, notamment le médiateur des banques, le médiateur des assureurs maladie et le médiateur de la

branche voyages. Ces contacts ont permis d'aborder des sujets généraux qui préoccupent les différents offices de médiation et de coordonner les cas qui touchent à la compétence de deux offices de médiation.

En 2011, le médiateur a aussi pu entretenir divers contacts au niveau international. En plus de sa participation à la conférence annuelle de l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes », il a eu la possibilité de participer deux fois, en qualité d'observateur, à un meeting du FIN-NET (Financial Services Complaint Net) de l'Union européenne dont font partie tous les membres de l'UE et de l'EEE. Les problèmes transfrontières et les questions de compétence allant s'accroître à l'avenir, ces contacts et l'échange d'informations et d'expériences qui les accompagnent sont importants et précieux pour l'office de médiation.

En plus de quelques contacts avec la presse écrite, le médiateur a eu l'occasion de participer en novembre 2011 à une émission « Treffpunkt » de Radio DRS 1 afin de répondre directement aux questions d'assurés et de faire connaître l'activité de l'office de médiation.

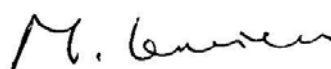
Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le président



R. Schweiger

Le médiateur

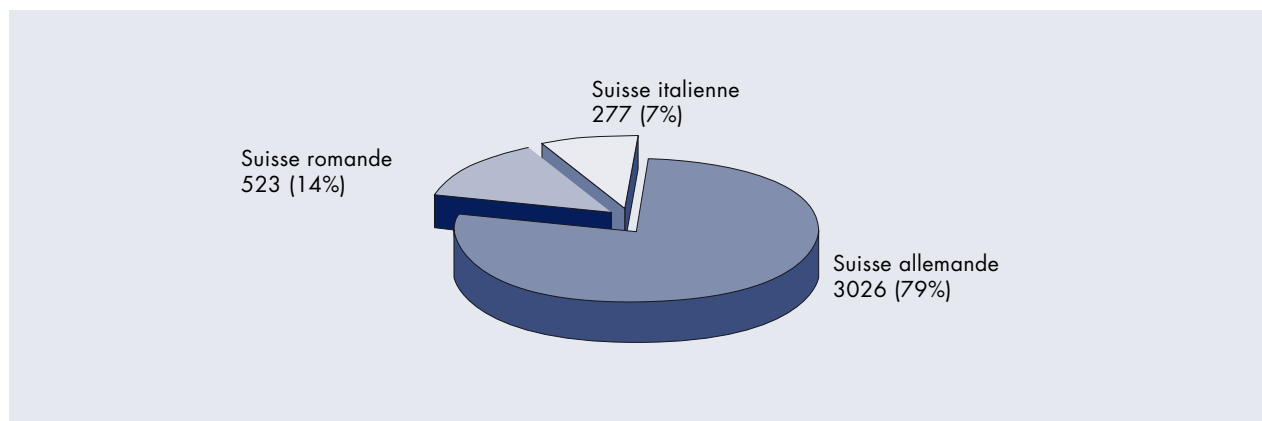


M. Lorenzon

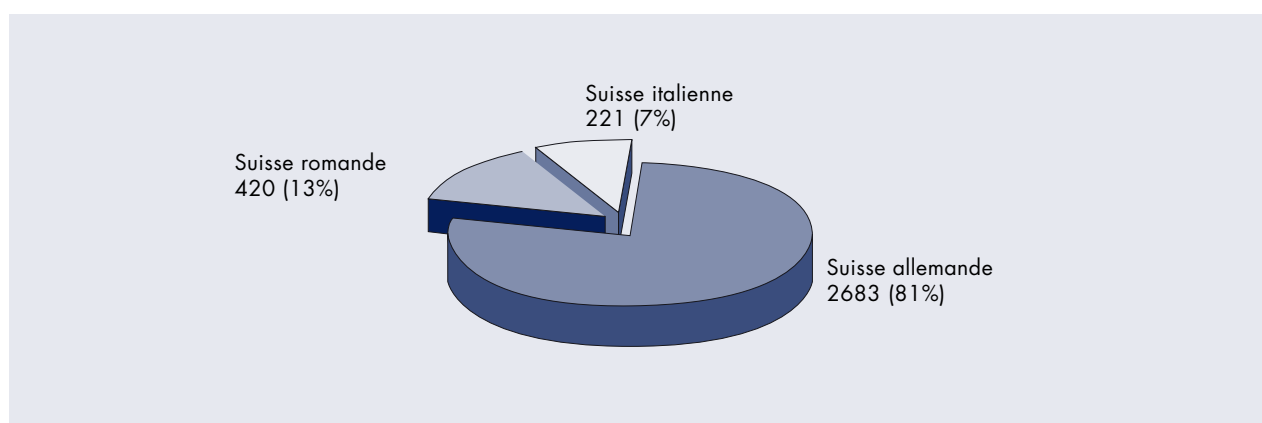
Zurich, mars 2012

Les statistiques 2011

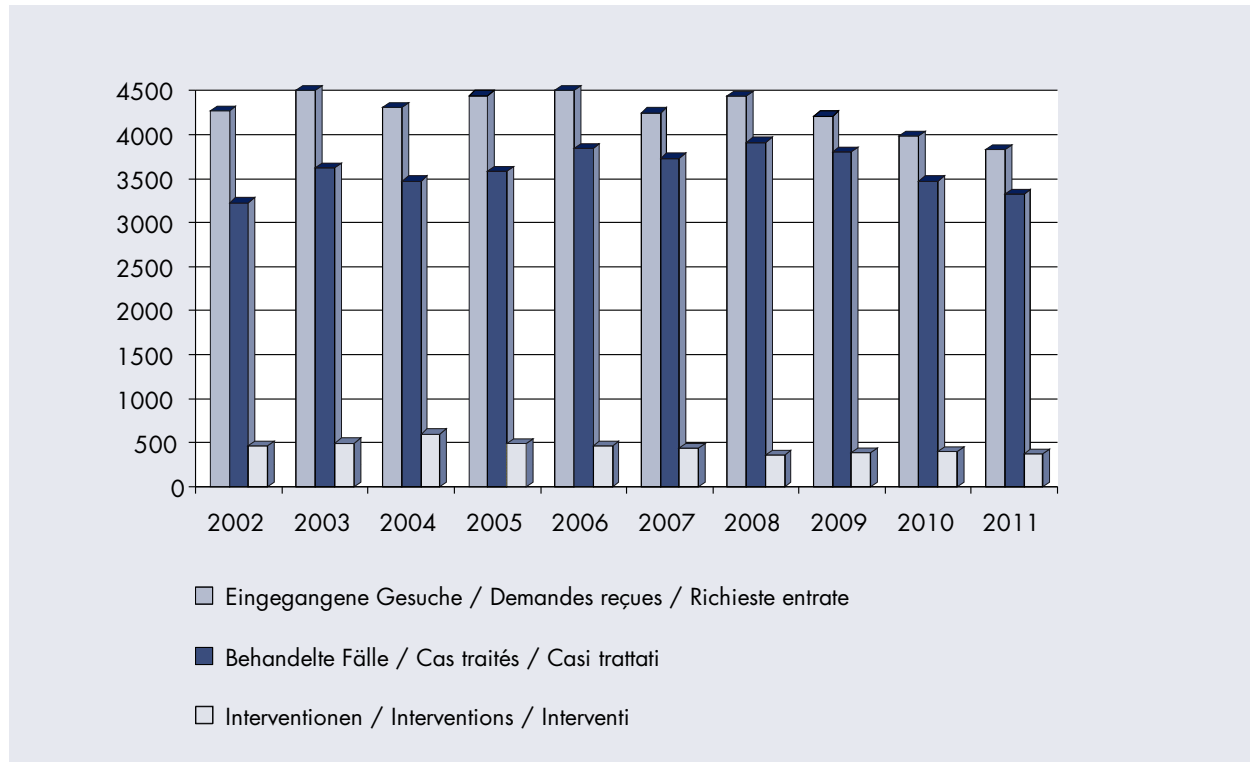
Statistique par régions: demandes reçues



Statistique par régions: cas traités



Activité de 2002 à 2011



Sociétés affiliées

ACE Assurances
AIG Europe (act. Chartis Europe SA)
AIG Life
Alba (maintenant Helvetia)
Allianz Suisse (y c. ex Bernoise, ex Elvia)
Allianz Suisse Vie
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista TCS SA
Assurances de la Fédération des
médecins suisses
Aurora Assurances SA (anc. Garanta)
AXA ARAG (anc. Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Vie
Bâloise
Bâloise Vie
CAP Protection juridique
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance
Populaire
Chartis Europe SA (anc. AIG Europe)
Chubb
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA
DAS
Elvia Assurance Voyages (act. Mondial
Assistance Schweiz)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection Juridique
GAN
Garanta (act. Aurora Assurances SA)
Generali
Generali Assurances de personnes
Genworth Financial
Groupe Mutuel Assurances GMA SA
(assurance-maladie exceptée)
Groupe Mutuel Vie GMV SA
HDI-Gerling (anc. Gerling)
Helsana Accidents SA
Helsana Protection juridique
Helvetia (incl. ex Alba, ex Phenix)
Helvetia Vie
Império
Innova
Inter Partner Assistance
La Mobilière
La Mobilière Vie
Mannheimer
Mondial Assistance Schweiz (anc. Elvia)
Nationale Suisse
Nationale Suisse Vie (y c. ex Coop Vie)
Orion
Pax
Phenix (maintenant Helvetia)
Protekta
Providentia (act. Mobilière Suisse
Société d'assurances sur la vie)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas assurance privée SA
(assurance-maladie exceptée)
Skandia Vie SA
Société suisse d'ass. contre la grêle
smile direct assurance sa (anc. Coop)
Suva
SuvaCare Assurance militaire
Swiss Life
Sympany
TSM
UBS Life SA
UNIQA
VA Assurance des Médecins Suisses société
coopérative
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)
XL Assurance Suisse SA
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

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
Postfach 2646
8022 Zürich

Tel: 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

Tel: 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