

Assurances privées

Sommaire

Généralités

Descriptif

- La conclusion du contrat d'assurance
- La déclaration des risques
- La réticence
- Durée, prolongation et fin du contrat
- La modification du risque au cours du contrat
- Refus ou réduction de la prestation
- La prescription
- Le recours de l'assureur contre le tiers responsable du dommage
- Les assurances contre les dommages
- Surassurance et sous-assurance
- Les diverses notions de valeur
- Les assurances de personnes

Procédure

Recours

Généralités

Les assurances privées sont organisées par des sociétés (anonymes, coopératives, associations, fondations) pour offrir des prestations en argent ou en nature à des personnes - les preneurs d'assurances - qui veulent se protéger de certains risques et paient pour cela des primes.

Les assurances privées sont soumises à la surveillance de la Confédération, concrètement par la FINMA. Elles ont formé entre elles des cartels pour limiter la concurrence; ainsi, dans la plupart des cas, les compagnies offrent les mêmes prestations aux mêmes tarifs. Les tarifs sont soumis au contrôle de l'Etat. C'est dans la façon de payer les prestations et d'évaluer les dommages qu'il y aura des différences entre les compagnies. Toutefois, début 1989, le Département fédéral de l'économie publique a cassé le cartel des assureurs dans le domaine des assurances de choses (incendie, vol, dégâts d'eau, bris de glace, assurance-ménage) estimant que l'entente sur les primes et les conditions d'assurance n'était pas favorable pour les consommateurs. Il y a donc des choix possibles dans ce domaine d'assurance.

Le contrat d'assurance fait l'objet d'une loi spéciale, la Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vigueur depuis 1910, mais la plupart des conditions du contrat figurent dans des formules prérédigées, intitulées "conditions générales d'assurance". Ces conditions sont soumises à l'autorité fédérale de surveillance. Les conditions générales sont complétées par des conditions particulières, non soumises à surveillance, adaptables aux circonstances spéciales des cas concrets. Les conditions particulières priment sur les conditions générales.

Si certains points des conditions générales ne sont pas clairs et font l'objet d'une contestation, ils sont interprétés selon les variantes qui sont favorables à l'assuré. On relèvera enfin que certains contrats, bien que conclus avec des assurances privées, sont obligatoires. Il s'agit notamment de l'assurance responsabilité pour véhicule.

Descriptif

La conclusion du contrat d'assurance

Les points essentiels du contrat d'assurance sont:

- le risque;

- la personne, la chose ou le patrimoine exposé au risque;
- la prestation d'assurance;
- la prime;
- le début de l'assurance et sa durée.

Ces éléments figurent dans la police d'assurance qui inclut les conditions générales d'assurance, document très complet qui définit précisément les limites de la couverture d'assurance. L'assureur a en effet un devoir d'information à l'égard du preneur d'assurance, qui permet à celui-ci de se déterminer sur sa volonté de conclure en toute connaissance de cause. Si l'assureur viole son obligation d'information, le preneur dispose alors du droit de résilier le contrat dans un délai de quatre semaines après qu'il ait eu connaissance du cas de la violation du devoir d'information de l'assureur, mais au plus tard deux ans après la conclusion du contrat.

La conclusion du contrat se fait en deux étapes:

Première étape: le client signe une formule de proposition d'assurance, qui est souvent remplie par l'agent d'assurance. Contrairement à ce que l'on croit généralement, ce n'est pas la compagnie d'assurance qui fait la proposition d'assurance au client, mais toujours le futur assuré qui fait une offre à la compagnie. Le client est lié par son offre pendant 14 jours ou pendant 4 semaines si l'assureur exige un examen médical. Si le client retire son offre avant l'écoulement du délai, l'assureur peut exiger des dommages et intérêts.

Donc attention! Signer une proposition d'assurance, c'est être déjà lié par le contrat, à moins que l'assureur ne l'accepte pas.

La formule de proposition d'assurance est pré-imprimée par l'assureur; le client, par sa signature, reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales. Celles-ci doivent avoir été présentées au client avant qu'il ait remis son offre à l'assureur. Si ce n'est pas le cas, le client est délié de son offre.

Il est vivement recommandé de lire attentivement les conditions générales avant de remettre la proposition à l'assureur. Si l'on n'est pas convaincu que l'assurance en question est la meilleure solution, ne pas hésiter à demander un délai de réflexion, pendant lequel on peut s'informer.

Deuxième étape: la proposition du client est acceptée par l'assureur qui manifeste son accord par lettre ou par l'envoi de la police. Le silence de l'assureur doit être interprété comme un refus de sa part. Lorsque le contrat est conclu par l'acceptation de l'assureur, le client est assuré dès le moment où cette acceptation a été expédiée ou dès une date postérieure convenue expressément.

L'absence de réponse ou une réponse tardive de l'assureur ne justifie pas le versement de dommages et intérêts dans le cas où le risque s'est réalisé.

Si le contenu de la police ne correspond pas à ce qui a été décidé, l'assuré doit en demander la rectification dans les quatre semaines après réception, sans quoi la teneur de la police est considérée comme acceptée (art. 12 LCA).

Si, au moment de la conclusion du contrat, le risque a disparu ou s'est réalisé, le contrat est nul et chacune des parties peut demander la restitution de ce qu'elle a payé.

La déclaration des risques

Le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur tous les faits importants pour l'appréciation du risque (art. 4 LCA). L'assureur doit poser des questions écrites: les faits qui ne font pas l'objet d'une telle question sont considérés comme sans importance pour le contrat. Le proposant n'a pas à faire de déclarations spontanées. Ce n'est donc qu'au sujet des faits faisant l'objet d'une question écrite de l'assureur qu'il peut y avoir réticence.

La réticence

C'est l'omission de déclarer par écrit ou la déclaration inexacte, lors de la conclusion du contrat, d'un fait important pour l'appréciation du risque, fait que le proposant connaissait ou devait connaître et sur lequel il avait été questionné par écrit. Toute modification des faits importants entre la déclaration du preneur et l'acceptation de l'assureur doit être signalée, sans quoi il y a aussi réticence. En matière d'assurance privée, la notion de réticence est fondamentale, et donne souvent lieu à litige. L'assuré qui souffre d'une maladie longue et pénible dix ans avant la conclusion de la police doit en avertir son assurance! De fait, cette maladie pourra avoir, cinq ans après sa guérison, des incidences quant à la survenance d'un risque assuré!

En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat dans le délai de quatre semaines après la connaissance du cas. Il doit le faire par écrit. L'obligation de fournir sa prestation s'éteint pour les sinistres qui sont déjà survenus s'il existe un lien de causalité entre le fait non déclaré et le sinistre survenu par la suite. Dans ce cas seulement, l'assuré devra rembourser les prestations indûment versées. Dans les autres cas, à savoir si le fait non déclaré n'a pas eu d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations de l'assureur, l'obligation d'octroi des prestations subsiste et l'assuré n'aura pas à les rembourser si elles ont été déjà accordées (art. 6 LCA).

En conséquence, l'assureur ne pourra pas résilier le contrat malgré la réticence:

- si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre;
 - si l'assureur a provoqué la réticence;
 - si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré;
 - si l'assureur a renoncé au droit de résilier le contrat;
- si, bien que le déclarant n'avait pas répondu à l'une des questions posées dans la déclaration, l'assureur avait néanmoins conclu le contrat. Cette règle ne s'applique pas lorsqu'à la lumière de l'ensemble des réponses aux questions posées et aux autres communications

du déclarant, on pouvait considérer que la question avait reçu une réponse dans un sens déterminé, laquelle apparaît comme une réticence sur un fait important connu ou devant être connu du déclarant. (art. 8 LCA).

Durée, prolongation et fin du contrat

Le client et l'assureur conviennent de la durée du contrat lors de sa conclusion. Elle peut être très courte (durée d'un voyage, d'une manifestation) ou de plusieurs années. Lorsque le contrat est de longue durée, il est susceptible d'être modifié, notamment lorsque l'assureur change ses conditions générales. En principe, le contrat reste régi par les anciennes conditions générales pendant sa durée; cependant, le client peut demander que son contrat soit adapté aux nouvelles conditions générales, en payant une prime plus élevée s'il y a lieu. Dans la pratique, l'assureur informe ses clients, qui ont le choix entre le maintien des conditions existantes et l'adaptation aux nouvelles conditions.

Sauf convention contraire, un contrat qui arrive à échéance est prolongé d'office sur la base d'une clause de "reconduction tacite" qui ne peut avoir d'effet que pour un an au plus. Le preneur d'assurance qui veut se départir du contrat doit le résilier par lettre recommandée au moins trois mois avant l'échéance. L'assurance prend fin en cas de disparition du risque. Le décès du preneur d'assurance n'entraîne pas la fin du contrat, à moins qu'il ne s'agisse d'une assurance liée à la personne (assurance-vie par exemple). Le contrat passe aux héritiers du défunt.

En cas de non-paiement des primes, l'assureur doit envoyer une sommation à son client; celui-ci doit payer dans les 14 jours, à défaut de quoi le contrat est considéré comme suspendu; aucune prestation ne sera versée en cas de sinistre. S'il ne paie pas et que l'assureur renonce à le poursuivre dans les deux mois qui suivent le délai de sommation, le contrat est réputé résilié de par la loi (art. 21 LCA), depuis la fin du délai de sommation.

En principe, la dénonciation du contrat ne peut pas intervenir avant l'échéance prévue. Certaines circonstances particulières permettent cependant de mettre fin au contrat avant terme:

- Le preneur peut dénoncer le contrat:
 - en cas d'augmentation de la prime par l'assureur en cours de contrat. Le preneur peut résilier dès qu'il a connaissance de la nouvelle prime et jusqu'à la fin de l'année d'assurance en cours;
 - en cas de survenance d'un dommage et si une indemnité est réclamée. Le droit de se départir du contrat existe au plus tard jusqu'au paiement de l'indemnité. L'assurance dispose du même droit. La responsabilité de l'assurance prend fin quatorze jours après la notification de la résiliation à l'autre partie. (art. 42 LCA); l'assureur garde la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion. Sinon, la prime payée est remboursée pour la période qui n'est plus couverte par le contrat. Si aucune résiliation ne survient après un sinistre, l'assureur n'est plus tenu à l'avenir que pour le reste de la somme assurée (après déduction des prestations versées pour le sinistre), sauf convention contraire;
 - en cas de retrait de l'agrément de l'assureur: les entreprises sont soumises à surveillance et doivent avoir obtenu un agrément pour pouvoir exercer leur activité. Le retrait de l'agrément constitue la sanction la plus sévère prise à l'encontre d'une assurance par l'autorité de surveillance, au sens de l'article 61 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Le preneur peut alors réclamer le remboursement de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. S'il s'agit d'une assurance-vie, il a droit à la réserve. Il dispose en outre du droit d'action en dommages-intérêts.

Sous réserve du cas de résiliation après sinistre survenue dans l'année qui suit la conclusion du contrat, les primes payées sont remboursées pour la période non couverte, lorsque le contrat a été résilié ou a pris fin avant son échéance, sauf en cas de dommage total (art. 24 LCA).

- L'assureur peut résilier le contrat:
 - en renonçant à poursuivre une prime non payée;
 - en cas d'aggravation essentielle du risque (voir paragraphe suivant);
 - lors d'un sinistre au plus tard au moment du paiement de l'indemnité. L'assurance prend alors fin quatorze jours après la notification de la résiliation à l'assuré. La prime est remboursée pour la période qui n'est plus couverte par le contrat;
 - en cas de changement de propriétaire de l'objet du contrat, le contrat prend fin de par la loi (art. 54 LCA). La notion de mutation correspond, s'il s'agit d'un immeuble, à la date à laquelle l'acte authentique est porté pour inscription au Registre foncier. En matière d'assurance RC automobile, l'article 67 de la loi sur la circulation routière (LCR) prime l'article 54 LCA. En cas de changement de détenteur du véhicule, le contrat d'assurance passe au nouveau détenteur. Ce dernier peut mettre fin au contrat s'il présente une attestation d'assurance d'une autre compagnie. L'ancien assureur peut résilier le contrat dans les quatorze jours dès qu'il a connaissance du changement de détenteur. La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat (art. 24 LCA);
 - en cas de réticence.

La modification du risque au cours du contrat

Il s'agit d'une modification qui porte sur un fait important qui a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur lors de la conclusion du contrat. S'il y a diminution durable du risque et que la prime a été fixée en considération du risque, le preneur peut exiger une réduction de prime. En cas d'aggravation durable du risque (par exemple, dans l'assurance-incendie, un hydrant placé près d'un chalet est supprimé à la suite de travaux), la loi prévoit deux possibilités:

- si le preneur n'avise pas l'assureur, le contrat est annulé avec effet rétroactif à la date de l'aggravation du risque, ce qui signifie que les sinistres qui surviennent depuis le moment de l'aggravation ne sont pas couverts;
- si l'aggravation est annoncée à l'assureur, celui-ci peut choisir s'il veut continuer à couvrir le risque ou s'il résilie le contrat dans les 14 jours.

Refus ou réduction de la prestation

En dehors des cas de refus de prestation liés à la rupture du contrat, il y a des circonstances qui justifient le refus ou la réduction des prestations: le dommage est causé intentionnellement par l'assuré ou il survient par sa faute ou encore la demande de l'assuré est frauduleuse.

Le dommage intentionnel

Si le dommage a été causé intentionnellement par l'assuré, l'assureur n'est plus lié par le contrat et ne paie aucune prestation. C'est à l'assureur de prouver l'intention de causer le dommage.

Dans l'assurance-vie, le cas particulier du suicide intentionnel (par opposition au suicide pathologique) est réglé dans les conditions générales: dans la règle, il est assuré après un délai d'attente de trois ans après le début de l'assurance, sauf dans les assurances collectives.

Le dommage causé par la faute de l'assuré

Si le dommage est dû à une faute légère (inattention, imprudence), l'assureur paie normalement les prestations dues. En cas de faute grave, par contre, l'assureur peut réduire sa prestation en fonction du degré de la faute (art. 14 LCA). La réduction ne tient pas compte de la situation économique de l'assuré. La faute grave est un manquement aux règles élémentaires de la prudence, par exemple: un piéton traverse la route sans s'assurer qu'il n'y a pas de risque, un motocycliste circule de nuit sans lumière, une femme sort dans la foule après une fête avec ses bijoux dans un sac non fermé. La faute grave est donc un comportement inexplicable, qui appelle une réaction de surprise "comment peut-on agir ainsi?".

C'est à l'assureur qu'il incombe de prouver l'existence de la faute, ainsi que le lien de causalité entre la faute et le dommage (c'est bien l'imprudence inexcusable qui a provoqué le dommage).

Souvent, la réduction fait l'objet de contestations: il est parfois utile de faire vérifier l'offre de la compagnie.

La demande frauduleuse

Il y a demande frauduleuse lorsque l'assuré donne sciemment des indications fausses sur la valeur des objets assurés ou sur les circonstances du dommage ou lorsque l'assuré fait tardivement les communications requises à l'assureur dans le but de le tromper (art. 40 LCA). C'est à l'assureur de faire la preuve de l'intention de fraude. La demande frauduleuse délie l'assureur du contrat; il ne verse donc aucune prestation.

Dans l'assurance-incendie, il y a par exemple déclaration frauduleuse si l'assuré réclame une indemnité pour des objets qui n'ont pas été brûlés ou s'il falsifie la liste des marchandises détruites par le feu.

La prescription

Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à partir du moment où naît l'obligation (art. 46 al.1 LCA). Ce délai est valable tant pour les prestations à verser à l'assuré que les primes dues aux assurances. Tout délai plus court en défaveur de l'assuré est nul (art. 46 al.2 LCA). Pour plus d'information sur la prescription, se référer à la fiche "[prescription des créances](#)".

Le recours de l'assureur contre le tiers responsable du dommage

Il est une règle générale selon laquelle celui qui cause un dommage, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer (art. 41 CO). Ainsi, celui qui subit un vol a le choix - pour autant que le voleur soit connu - entre obtenir réparation directement du voleur ou par l'intermédiaire de son assureur. Il est le plus souvent plus simple de s'adresser à l'assurance; c'est à elle qu'incombera la tâche d'exiger réparation du voleur. La loi sur le contrat d'assurance prévoit en effet que le droit du lésé d'obtenir réparation du dommage auprès de celui qui l'a causé passe à l'assureur (art. 72 LCA).

Les assurances contre les dommages

Ce sont les assurances destinées à réparer financièrement le dommage effectif subi par l'assuré. Elles sont régies par le principe que l'assuré ne doit pas faire un profit en obtenant plus que le préjudice effectivement subi. L'assuré ne peut donc pas cumuler les prestations de plusieurs assurances ou celles d'une assurance avec les indemnités qu'il pourrait obtenir de l'auteur du dommage.

Les assurances contre les dommages comprennent:

- les assurances du patrimoine qui couvrent une dette ou une perte de gain jusqu'à un montant déterminé d'avance. Il s'agit de toutes les assurances responsabilité civile, de protection juridique, de perte d'exploitation ou de loyers ou de récoltes, de perte de gain en cas de maladie ou accident;
- les assurances de choses qui couvrent la perte matérielle due à la détérioration ou à la disparition de la chose assurée. C'est par exemple l'assurance-ménage qui couvre tous les objets dans un lieu donné contre les risques d'incendie, événements naturels, vol, bris de glace et

dégâts d'eau. C'est la valeur de la chose qui est assurée; l'indemnité ne doit pas créer un profit pour l'assuré, d'où les règles qui évitent la surassurance et l'assurance multiple.

Surassurance et sous-assurance

Il y a surassurance lorsque la somme assurée dépasse la valeur de remplacement de la chose; la surassurance est inutile, puisque l'assureur ne couvre que le dommage effectivement subi. L'assuré paie donc en pure perte une partie des primes. De même, il est inutile d'assurer un même objet par plusieurs compagnies d'assurance pour les mêmes risques; il n'y aura pas de prestation double car les compagnies intéressées vont s'entendre pour partager les frais, mais l'assuré ne recevra la somme qu'une fois.

Il y a sous-assurance lorsque la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement. Cela peut être le cas lors de la signature du contrat ou se produire ultérieurement par le fait du renchérissement ou par l'acquisition de nouveaux objets. Actuellement, certains contrats d'assurance-ménage prévoient une adaptation automatique des sommes à l'augmentation des prix. En cas de sous-assurance, l'indemnité pour un sinistre sera proportionnellement réduite. En matière d'assurance incendie pour un immeuble, il y a lieu d'être très prudent, et de faire correctement réévaluer la valeur de l'immeuble au fil des années, pour la communiquer à l'assureur.

Exemple: l'inventaire du ménage est assuré pour Fr. 60'000.-; un sinistre survient pour un montant de Fr. 25'000.-. L'expert constate que l'inventaire total du ménage vaut en fait Fr. 100'000.-; le sinistre ne sera couvert que jusqu'à concurrence de Fr. 15'000.-, soit les 3/5e, puisque la sous-assurance est de 2/5e sur l'ensemble du ménage.

Les diverses notions de valeur

La valeur d'assurance est la valeur de la chose lors de la conclusion du contrat. Il faut que la somme corresponde à la valeur effective de la chose, sans quoi il y a surassurance ou sous-assurance; pendant la durée du contrat, il est nécessaire d'adapter la valeur d'assurance lors d'acquisitions nouvelles.

La "valeur de remplacement ou valeur actuelle" est la valeur de la chose au moment du dommage. Elle est déterminée de la façon suivante:

- selon le prix courant pour les marchandises et les produits naturels;
- selon la valeur locale de la construction pour les bâtiments, déduction faite de la dépréciation depuis le moment de la construction;
- selon le prix d'achat d'objets nouveaux pour les meubles, instruments de travail, machines, déduction faite de la moins-value due à l'usure. Pour les objets qui prennent de la valeur avec l'âge, il y a lieu de faire une expertise.

Il est possible de conclure une assurance à la "valeur à neuf". Dans ce cas, l'indemnisation se fera au prix de remplacement de l'objet au moment du sinistre, sans tenir compte de la dépréciation due à l'âge ou à l'usure.

La valeur agréée est celle qui, par accord spécial, est à la fois valeur d'assurance et valeur de remplacement, à moins que l'assureur puisse prouver qu'elle est trop élevée. Cela revient à charger l'assureur de faire la preuve de la valeur de la chose endommagée; dans les autres cas, c'est l'assuré qui doit apporter cette preuve.

Les assurances de personnes

Il s'agit de la promesse d'indemnités versées par l'assureur lorsque se réalise un événement donné lié à une personne (décès, invalidité, interruption de travail, âge fixé pour une rente par exemple). Des assurances multiples sont parfaitement admissibles, puisqu'il ne s'agit pas de réparer un dommage. L'assuré peut cumuler les indemnités.

En assurance contre les accidents, la couverture peut être accordée, à choix, pour les risques suivants: décès, invalidité, capitaux, perte de salaire, frais de guérison.

En assurance-vie, la couverture la plus fréquente est l'assurance mixte, soit une prévoyance combinée pour la vieillesse et les survivants. Un capital est payable à l'âge de 65 ans par exemple; si l'assuré décède avant cet âge, les bénéficiaires toucheront le capital prévu. Le capital peut être remplacé par une rente-vieillesse, soit la garantie à vie d'un revenu déterminé; la rente peut être combinée avec une rente de veuf ou de veuve et avec une assurance-décès.

L'assuré a le droit de résilier le contrat après avoir payé la prime pour une année entière. Le contrat doit être dénoncé par écrit avant le commencement d'une nouvelle période d'assurance (consulter le contrat pour déterminer la période) (art. 89 et 89a LCA). Les conditions générales d'assurance peuvent prévoir d'autres règles concernant la résiliation à condition qu'elles ne soient pas plus défavorables à l'assuré (art. 98 LCA).

Succession

Dans les assurances de personnes, le preneur peut désigner un bénéficiaire tout à fait librement, sans l'accord de l'assureur. Il peut le faire par testament ou par avis à l'assureur. S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné, le capital est versé aux héritiers du preneur, selon les règles du droit de succession. Le capital est versé aux bénéficiaires - s'il s'agit du conjoint, des descendants, père, mère, grands-parents, frères, sœurs - même s'ils répudient la succession. Dans les autres cas, la somme d'assurance sert à dédommager les créanciers.

Lorsque le bénéficiaire est désigné, le montant de l'assurance-vie ne fait pas partie de sa part successorale.

Poursuites

Lorsque les bénéficiaires sont le conjoint ou les descendants, la somme d'assurance ne peut être saisie lors de poursuites par les créanciers, sauf

si la police avait été mise en gage. Une assurance-vie peut être cédée ou mise en gage sous forme écrite, avec avis à la compagnie d'assurance.

Réduction et rachat de l'assurance sur la vie

Si les primes ont été payées pour trois ans au moins, l'assurance-vie peut être libérée des primes futures (art. 90 LCA); l'assuré cesse de verser des primes et l'assureur continue d'octroyer sa garantie sur la base d'un montant réduit, déterminé selon un calcul actuariel. L'assuré peut aussi, s'il a versé les primes pendant trois ans, demander le rachat de son assurance: la valeur de rachat, qui est la dette de l'assureur envers l'assuré, est déterminée au moyen d'un calcul actuariel. Cette possibilité de rachat existe aussi en cas de conclusion, à l'initiative du preneur d'assurance, d'un contrat d'assurance-vie en prestation de service transfrontalière avec des entreprises ayant leur siège dans un Etat de l'Union européenne ou de l'AELE, aux conditions de l'article 89a LCA: droit du preneur de résilier par écrit le contrat d'assurance sur la vie conclu pour plus de 6 mois, dans le délai de 14 jours; libération de toute obligation découlant du contrat pour l'avenir, y compris du paiement de la prime, qui, si elle a déjà été payée, doit être remboursée par l'assureur; obligation de l'assureur de renseigner le preneur sur son droit à se départir du contrat et à quelles conditions, faute de quoi le contrat peut être résilié en tout temps.

Procédure

Si une prestation d'assurance ou toute autre question relative au contrat fait l'objet d'un différend entre assuré et assureur, la première démarche à faire est de clarifier la situation avec un responsable de la compagnie d'assurance ou avec une permanence juridique. Si aucun accord ne peut être trouvé, l'assuré peut soumettre gratuitement son cas à une institution neutre, le médiateur des assurances privées, qui donnera un avis sur le cas après avoir consulté la compagnie d'assurance. L'ombudsman n'a pas le pouvoir de faire exécuter ses recommandations par la compagnie d'assurance. Il n'est pas compétent dans le domaine des assurances sociales et des caisses-maladies. En cas d'échec des pourparlers par l'intermédiaire de l'Ombudsman, l'assuré peut porter son cas devant le Tribunal de première instance; l'instance d'appel sera ensuite le Tribunal de deuxième instance, puis le Tribunal fédéral pour un recours en réforme.

Recours

Comme décrit dans le paragraphe concernant la procédure, en cas d'échec des pourparlers par l'intermédiaire de l'Ombudsman, l'assuré peut porter son cas devant le Tribunal de première instance; l'instance d'appel sera ensuite le Tribunal de deuxième instance, puis le Tribunal fédéral pour un recours en réforme.

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

Adresses

Aucune adresse trouvée en lien avec cette fiche

Lois et Règlements

Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) (RS 221.229.1)

Sites utiles

Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA