

# LCA: Les chambres doivent éliminer les divergences suivantes

**Contexte** | 07 novembre 2019

Le Conseil national et le Conseil des Etats ont traité la révision partielle de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Les deux chambres sont en désaccord sur 13 décisions. Au cours de l'élimination des divergences, le Conseil national et le Conseil des Etats sont censés aplanir ces divergences. Revue des points les plus controversés.

Devoir d'information de l'assureur

Les assurés peuvent racheter les contrats d'assurance-vie en cours. Pour ces produits, l'assureur est censé préciser dès la souscription du contrat les coûts entraînés par le rachat.

Ce que cela signifie dans la pratique...

Judith B. souscrit aujourd'hui une assurance-vie. Dans 18 ans, elle décide de la résilier prématurément. Elle perçoit alors la valeur de rachat des sommes qu'elle a versées. En vertu de la loi, l'assureur doit préciser à Judith B. dès la souscription du contrat le montant des coûts qui seront déduits de la valeur de rachat dans 18 ans.

.

Contrairement au Conseil national, le Conseil des Etats s'est prononcé en faveur de ce devoir d'information (art. 3 al. 1 let. f).

L'ASA partage l'avis du Conseil national et rejette ce devoir d'information pour les raisons suivantes:

- L'assureur est déjà tenu aujourd'hui de fournir des informations sur l'évolution de la valeur de rachat. Le client reçoit alors des informations sur le type de coûts induits en cas de rachat et non sur le montant effectif de ces derniers.
- Les contrats d'assurance-vie sont généralement conclus sur la durée. Lors de la signature du contrat, on ne sait pas s'il fera l'objet d'un rachat ni à quel moment. Il n'est donc pas possible d'indiquer avec précision les coûts d'un éventuel rachat dès la souscription, car ceux-ci ne sont pas prévisibles pendant la durée contractuelle, comme le souligne la Finma dans sa circulaire (Circ.-Finma 2016/6 Cm 72).

Sanctions en cas de réticence

Si un preneur d'assurance fait de fausses déclarations lors de la souscription d'un contrat d'assurance, l'assureur peut alors dénoncer le contrat et refuser d'indemniser les sinistres ayant un lien de causalité avec les fausses déclarations. Ces sanctions sont censées être limitées aux deux premières années suivant la conclusion du contrat.

Ce que cela signifie dans la pratique...

Lors de la souscription d'une assurance-vie, Mario S. ne signale pas qu'il fume ni qu'il souffre d'une grave maladie pulmonaire chronique. L'estimation du risque est alors erronée, et il obtient une couverture sans réserve. Quatre ans après la souscription de l'assurance-vie considérée, Mario S. décède des suites de

cette maladie pulmonaire. Ce cas de prestations doit quand même être assuré en dépit de la fausse déclaration dans la proposition.

Le Conseil national a décidé d'introduire cette limite temporelle en cas de réticence (art. 6 al. 2), le Conseil des Etats la rejette.

A l'instar du Conseil des Etats, l'ASA exclut cette limite temporelle pour les raisons suivantes:

- De fausses déclarations à la conclusion du contrat demeurent toujours de fausses indications: l'assureur ne sera jamais en mesure de procéder à une estimation correcte du risque considéré. Si le sinistre survient plus de deux ans après la conclusion du contrat, l'assureur doit alors couvrir l'ensemble du dommage en dépit du fait que l'assuré se soit acquitté d'une prime trop faible, car non adaptée au risque réel. Ceci s'exerce au détriment de tous les autres preneurs d'assurance qui, eux, ont fourni des indications correctes à la conclusion de leur contrat et ont, de fait, acquitté une prime plus élevée.
- Un tel délai pourrait pousser les preneurs d'assurance à effectuer de fausses déclarations ou des déclarations incomplètes afin de bénéficier ainsi de primes plus faibles.
- Une limitation à deux ans «blanchit» les fausses déclarations après un délai, somme toute, assez bref, ceci au détriment des clients honnêtes.
- Le caractère erroné des déclarations n'est bien souvent mis au jour qu'en cas de sinistre. Et ce dernier ne survient généralement qu'après un certain nombre d'années.

#### Exigence du lien de causalité

Le fait de sanctionner les fausses déclarations émises à la conclusion du contrat doit faire l'objet d'une relativisation. En cas de sinistre, ces fausses déclarations n'entreraient en ligne de compte que dans la mesure où elles exercent une influence sur la survenance ou l'étendue du sinistre.

Le Conseil national a opté pour cette adaptation (art. 6 al. 3), le Conseil national est contre.

L'ASA soutient l'avis du Conseil national et rejette toute relativisation pour les raisons suivantes:

- Les conséquences légales ont déjà été assouplies en 2006. Depuis cette date, un assuré qui a fait une fausse déclaration est néanmoins indemnisé en cas de sinistre si cette réticence n'a aucune influence sur l'obligation d'indemnisation.
- Une relativisation plus large reviendrait à inciter aux fausses déclarations puisqu'en cas de sinistre, l'assuré peut espérer percevoir une prestation partielle en dépit de la réticence. Une telle incitation sape l'obligation de déclarer, ce qui n'est ni dans l'intérêt du législateur, ni dans celui du collectif d'assurés.
- Lorsqu'il y a un lien de causalité entre la fausse déclaration et l'obligation de prestations, et seulement à ce moment-là, l'arrêt des prestations s'impose logiquement.

#### Prolongation de couverture en maladie complémentaire

Avec la prolongation de couverture, il s'agit d'obliger un assureur maladie complémentaire à verser des prestations à un ancien assuré, c'est-à-dire une fois le contrat d'assurance expiré, pour une maladie existant avant l'échéance du contrat mais non encore visible, ceci au cas où l'assuré n'a pas souscrit de nouvelle assurance complémentaire auprès d'un nouveau prestataire. En assurances complémentaires des frais médicaux, c'est le principe du traitement qui s'applique. En vertu de ce principe, les frais médicaux sont couverts par l'assureur auprès duquel le patient est assuré à la date du traitement. Une prolongation de couverture n'est donc pas nécessaire.

Ce que cela signifie dans la pratique...

Roberta K. n'est pas satisfaite de son assurance maladie complémentaire. Elle a souscrit un produit pour la division privée en cas de séjour hospitalier stationnaire. Elle dénonce le contrat et n'en conclut pas d'autre. Elle a tout à fait le droit d'agir ainsi. Quatre ans plus tard, on lui diagnostique une tumeur, elle doit être opérée. Son médecin explique que la tumeur est ancienne et qu'elle a progressé au fil des ans. Bien qu'elle n'ait plus payé de primes depuis quatre ans, Roberta entend être opérée par le médecin-chef et bénéficier d'une chambre simple dans la division privée de l'hôpital. Elle demande à son ancienne assurance de prendre en charge les coûts de la division privée.

La situation serait plus compliquée si, au cours de ces quatre années, Roberta K. avait changé plusieurs fois d'assurance complémentaire. Quel assureur devrait alors assumer la prolongation de couverture? La réponse dépend de la date exacte à laquelle la tumeur est apparue. Cela mène à une autre question: quand exactement une tumeur apparaît-elle? Ce phénomène peut-il être constaté dans l'absolu? Cela risque de donner lieu à des batailles d'experts fort coûteuses. En outre, se pose également la question de savoir qui doit apporter la preuve de la date de l'apparition de la tumeur. Qu'en est-il si les deux assureurs complémentaires déclarent que la tumeur existait déjà lorsque Roberta est passée chez eux?

.

Le Conseil national s'est prononcé en faveur de la prolongation de couverture (art. 35c) en assurance maladie complémentaire, le Conseil des Etats contre.

L'ASA partage l'avis du Conseil des Etats et rejette cet article pour les raisons suivantes:

- La prolongation de couverture s'inscrit uniquement au bénéfice des anciens assurés qui perçoivent une prestation de l'assurance complémentaire bien qu'ils n'acquittent plus de primes depuis qu'ils ont librement dénoncé leur contrat d'assurance maladie complémentaire ou depuis qu'ils ont été légalement exclus de l'assurance maladie complémentaire. Les coûts ainsi générés par ces anciens assurés doivent alors être financés par le biais de primes plus élevées, lesquelles sont à la charge de l'ensemble des assurés. En d'autres termes, tous les assurés sont dès lors appelés à passer à la caisse pour que quelques personnes seulement, anciens assurés de surcroît, puissent bénéficier de la prolongation de couverture.
- La prolongation de couverture s'applique uniquement aux personnes n'ayant pas souscrit de nouvelle assurance complémentaire auprès d'un nouveau prestataire après l'expiration de leur ancienne assurance. Dans la mesure où les assurés ne sont pas obligés de déclarer à l'assureur précédent la conclusion d'une nouvelle assurance auprès d'un nouveau prestataire et comme ils changent parfois souvent d'assureur en cinq ans, l'application du principe de la prolongation de couverture s'annonce très complexe. Elle ne manquera pas de venir à son tour encombrer les tribunaux. Cela générera une charge de travail supplémentaire également aux fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, etc.), sans compter que cela soulève de délicates questions en matière de protection des données.

#### Assurance collective d'indemnité journalière

Une assurance collective d'indemnité journalière permet aux entreprises de couvrir leur risque de devoir poursuivre le versement du salaire de leurs salariés en arrêt maladie. C'est donc un risque d'entreprise qui est assuré.

Le Conseil national souhaite que l'interdiction de résiliation faite aux assureurs en assurance maladie complémentaire (art. 35a al. 4) s'applique aussi à l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie. Le Conseil des Etats est contre.

L'ASA partage l'avis du Conseil des Etats et rejette une telle interdiction pour les raisons suivantes:

- L'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie ne consiste pas vraiment en une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Il s'agit plutôt d'une assurance de dommages. Les primes doivent être calculées en fonction des risques. Si une entreprise présente un nombre de sinistres très important, l'assureur doit assainir le contrat et adapter les primes. A cet effet, il lui faut dénoncer le contrat afin de proposer à l'assuré un

contrat avec une prime adaptée. Si les assureurs se voient retirer ce droit de résiliation, ils ne pourront plus conclure de contrats que d'une durée déterminée d'un an. Aujourd'hui, les contrats d'assurance collective d'indemnité journalière se renouvellent tacitement si aucune des parties n'exerce son droit de résiliation.

- Cette pratique courante à l'heure actuelle ne serait plus possible à l'avenir. Pour les assureurs comme pour les preneurs d'assurance (les entreprises), ceci alourdit leur charge administrative, ce qui se répercute inévitablement sur les coûts et se traduit au final par des primes plus élevées. Il ne faut pas oublier non plus le risque des interruptions de couverture, surtout dans le cas des PME. Pour l'ASA, cela ne saurait être dans l'intérêt des employés assurés. Comme pour toutes les autres assurances de dommages, l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie doit aussi bénéficier d'un droit de résiliation de chacune des parties au contrat; et l'art. 35a al. 4 P-LCA doit prévoir une exception correspondante.
- Il faut faire la distinction entre la garantie du risque d'entreprise et celle des salariés assurés qui perçoivent des indemnités journalières. Ces derniers touchent des indemnités jusqu'à la fin de la durée des prestations convenue (en général, 730 jours), y compris en cas de dénonciation du contrat d'assurance collective d'indemnités journalières.

### Droit d'action directe

Lorsque la responsabilité civile d'un assuré est engagée, le droit d'action directe doit permettre au lésé d'élever directement ses prétentions auprès de l'assurance. Le responsable du dommage risquerait ainsi d'être contourné et les litiges de générer des frais supplémentaires.

Le Conseil national s'est prononcé en faveur d'un droit général d'action directe (art. 60 al. 1bis), le Conseil des Etats contre.

A l'instar du Conseil des Etats, l'ASA rejette tout droit général d'action directe, ceci pour les raisons suivantes:

- Un droit d'action directe n'a aucun sens en ce qui concerne les assurances facultatives. Lorsqu'il n'y a pas d'assurance, le droit d'action directe n'est d'aucune utilité au lésé, mais expose l'assureur sur la scène internationale à des risques plus importants.
- Un droit d'action directe n'a d'intérêt que pour les assurances responsabilité civile obligatoires, les cas spéciaux et les risques élevés. En l'espèce, le droit d'action directe peut être normé à tout moment dans une loi spéciale, comme cela est déjà le cas en droit de la circulation routière (LCR). Le Conseil fédéral avait reconnu cette utilité et l'avait prévue pour les cas spéciaux dans son message.
- Le client assuré perd son pouvoir d'action sur le cas engageant sa responsabilité. Le lésé peut régler directement le cas avec l'assurance. Les intérêts du responsable du dommage et ceux de l'assurance n'ont pas besoin d'être concordants, par exemple en cas de dommage important ou de franchise élevée. Le responsable du dommage qui s'acquitte de la prime et de la franchise n'a plus son mot à dire. Les procédures s'en trouvent complexifiées.

## S'abonner à la newsletter de l'ASA

Une fois par mois, nous consacrons notre newsletter à une question d'actualité du monde de l'assurance. Restez informé(e) et inscrivez-vous à notre newsletter.

[Loi sur le contrat d'assurance \(LCA\)](#)

[Protection des consommateurs](#)

[Révision](#)

## **Vous pourriez être intéressé par ce qui suit**

Add to PDF generator

### **Loi sur le contrat d'assurance: état des lieux de la révision partielle**

La loi sur le contrat d'assurance remonte à l'année 1908. Une révision partielle est censée adapter la loi aux exigences actuelles. Récapitulatif de ce qui a déjà été atteint.

Contexte Archives 07.11.2019

[Plus](#)

---

Add to PDF generator

### **Legge sul contratto d'assicurazione: l'ASA sostiene la revisione parziale**

[Pour](#)

La legge sul contratto d'assicurazione deve essere snellita. Il messaggio sulla revisione parziale segue la decisione di rinvio del Parlamento.

Posizioni 28.02.2020

[Plus](#)

---

Add to PDF generator

### **Les assureurs soutiennent les compromis proposés par le PLR**

Le directeur de l'Association Suisse d'Assurances, Thomas Helbling, s'exprime sur la révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) à l'ordre du jour de la session spéciale.

Interview Archives 25.04.2019

[Plus](#)

---