

Peut-on être assuré contre son gré?

par Jean-François Steiert, vice-président de la Fédération suisse des patients

« J'ai reçu récemment de ma caisse-maladie une lettre m'annonçant que, sans avis contraire de ma part, je serais désormais au bénéfice d'une assurance complémentaire pour des soins de longue durée. Un assureur a-t-il le droit de procéder de la sorte et, cas échéant, que se passera-t-il si je ne réponds pas à son injonction » ?

La loi n'interdit pas formellement les « offres spontanées » des caisses-maladie à leurs assurés, mais l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale a critiqué publiquement ces pratiques. En effet, depuis quelques années, plusieurs assureurs cherchent systématiquement à faire contracter par leurs assurés des assurances que ces derniers n'ont jamais demandées. Cela peut se faire par une lettre telle que vous la mentionnez dans votre question, par l'ajout d'une nouvelle assurance dans votre police lors de l'envoi annuel de cette dernière ou encore par des clauses contractuelles, dans le cadre d'une assurance complémentaire existante, qui prévoient automatiquement une assurance supplémentaire à un moment donné.

Dans votre cas comme dans celui de la police complétée sans demande expresse de l'assuré, il n'est pas indispensable de perdre votre du temps à répondre à l'initiative spontanée de votre caisse : il suffit de ne pas payer le montant demandé.

Dans la mesure où votre caisse vous facture un montant global avec la nouvelle assurance que vous refusez, cela signifie que vous devrez remplir un bulletin de versement ad hoc, en inscrivant le montant de l'ensemble de vos assurances sans celui de l'assurance complémentaire ajoutée contre votre gré par votre caisse. Si votre assureur devait insister pour obtenir le paiement de la prime, un courrier inscrit rappelant le fait que vous n'avez jamais demandé une nouvelle assurance devrait suffire pour faire cesser les sommations. Si cette démarche n'aboutissait pas, le plus simple serait alors de passer par une organisation de patients.

Dans le troisième cas (clause prévoyant le passage automatique vers une assurance plus coûteuse – ou l'introduction automatique d'une assurance supplémentaire dans votre police - à un moment déterminé), vous pouvez contester une telle clause a posteriori, au plus tard au moment où votre caisse vous annonce l'entrée en vigueur de cette clause, ce qui peut advenir plusieurs années après que vous ayez contracté votre assurance. Là aussi, il ne faut en aucun cas payer le montant demandé, sans quoi votre assureur pourrait conclure à une acceptation tacite de la clause incriminée.

Indépendamment de ces questions de procédure, l'assurance complémentaire pour soins de longue durée que vous mentionnez dans votre question n'est recommandable que pour des personnes disposant de fortunes importantes. En effet, le paiement d'indemnités journalières n'intervient qu'après une période de carence qui dure généralement deux ans ; or, si après deux ans de séjour en EMS, la fortune de la personne assurée, utilisée pour la couverture des coûts, a baissé suffisamment pour donner droit à des prestations complémentaires, les indemnités journalières viendraient en déduction de ces dernières, de sorte que l'assuré ne tire aucun bénéfice de son assurance. Il est donc recommandé de faire effectuer des calculs prévisionnels avant de contracter une telle assurance.