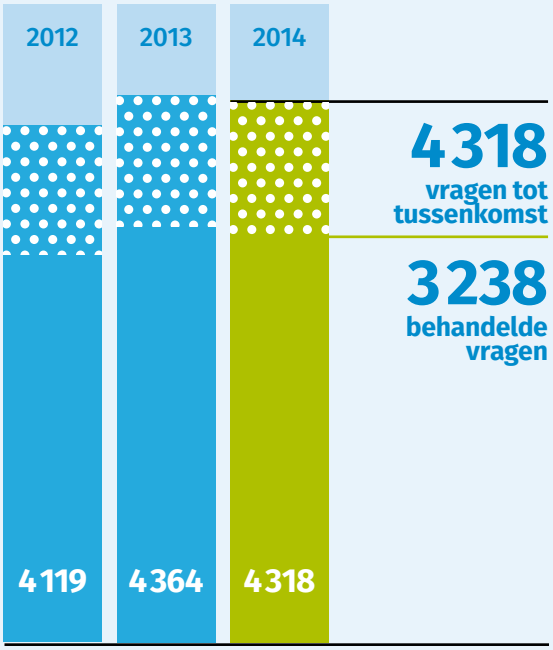
Cijfers en Analyse
2014

OMBUDSMAN
VAN DE VERZEKERINGEN

2014 in enkele kerncijfers

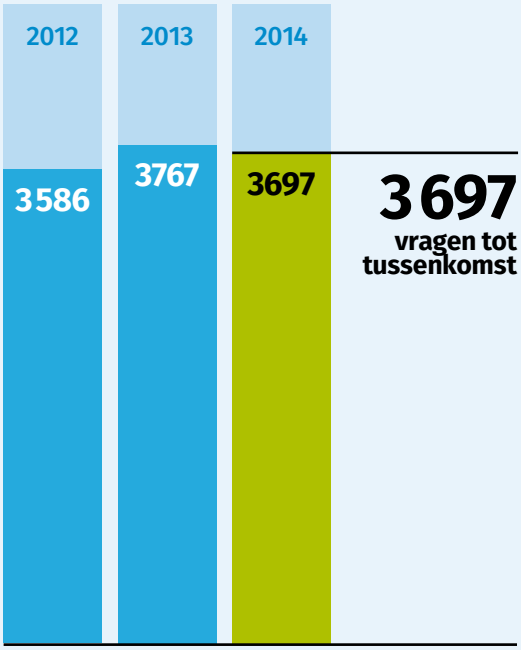


Evolutie van de vragen tot tussenkomst

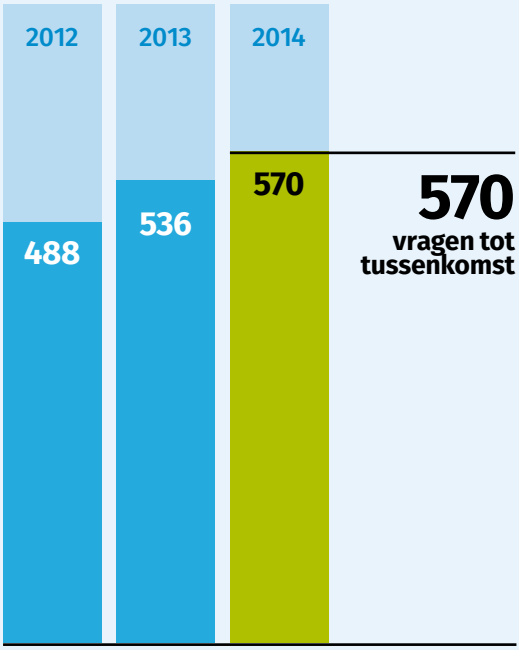
Spreiding

75 % behandelde vragen

86% van de vragen tegen verzekerings-ondernemingen



Evolutie van de vragen tot tussenkomst tegenover verzekeringsondernemingen



Evolutie van de vragen tot tussenkomst tegenover verzekeringstussenpersonen

52% van de vragen opgelost

20% van de vragen over trage afhandeling en gebrek aan informatie

OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN

Cijfers en Analyse 2014

Voorwoord 3

Algemeen overzicht 2014 4

Aantal dossiers 5
Spreiding 5
Uitsplitsing per verzekeringstak 6
Oorsprong 7
Oplossing 8

De verzekeringsondernemingen in 2014 10

Auto 12
Brand 15
Rechtsbijstand 19
Gezondheidszorgen 22
Leven 24

De verzekeringstussenpersonen in 2014 28

In cijfers 29
In de kijker 30

2014, een jaar van nieuwe wetgevingen 32

Netwerken 34

Het team van de Ombudsman 35

Lexicon 36

De verklaring van de begrippen in **bold** vindt u terug in het lexicon achteraan.

VOORWOORD

In 2014 registreerde de Ombudsman 4 318 vragen tot tussenkomst. Dit is een relatief stabiel cijfer in vergelijking met 2013. Er is een lichte daling van het aantal klachten in de belangrijkste verzekeringstakken, zijnde Auto-, Brand-, Levensverzekering en een stijging in de verzekeringstakken Gezondheidszorgen (+ 4%) en BA Diversen (+ 8%). Globaal gezien werd in 52% van de gevallen een oplossing voor de consument gevonden.

Tegenover de verzekeringsondernemingen is het aantal dossiers afgenomen (- 2%). In de waarborg Storm van de Brandverzekering is er evenwel een verdubbeling van de klachten door de schadegevallen van de Pinksterstorm. De toename in Gezondheidszorgenverzekering is het gevolg van een belangrijke stijging (+ 41%) van het aantal dossiers over de verzekeringscontracten Gewaarborgd Inkomen. In BA diversen is er een stijging van de betwistingen over de ongevallen, die gebeuren tijdens het werk verricht in het kader van dienstencheques en de schadegevallen waar de aansprakelijkheid van de gemeente wordt ingeroepen. In Levensverzekering handelen de vragen voornamelijk over de vereffening op de vervaldatum van een Spaarverzekering.

De vragen tot tussenkomst ten aanzien van verzekeringstussenpersonen zijn gestegen met 6%. Ze hebben voornamelijk betrekking op Auto-, Levens- en Brandverzekering. Deze vertegenwoordigen samen 65%. De Ombudsman stelt vast dat de consument niet alleen advies verwacht bij het onderschrijven van de overeenkomst, maar ook bijstand van zijn verzekeringsadviseur bij het afhandelen van een schadegeval. In ***BA Autoverzekering*** *blijft de vermelding van de juiste identiteit van de gebruikelijke bestuurder een onderwerp van discussie.*

In 2014 registreerde de Ombudsman een stijging van de klachten over het gebrek aan informatie en de afhandelingstermijnen (20% van de ingediende dossiers), hoofdzakelijk in de Auto-, Brand- en Rechtsbijstandverzekering. Dankzij de tussenkomst van de Ombudsman kregen 63% van de onderzochte dossiers een gunstige afloop.

Daarnaast blijft, zoals de voorgaande jaren, de opzeg van de overeenkomsten een belangrijk motief van de klachten, zowel tegenover de verzekeringsondernemingen als tegenover de verzekeringstussenpersonen. Zij vertegenwoordigen ongeveer 10% van alle ingediende dossiers.

In schade is het bedrag van de tussenkomst van de verzekeraar tenslotte ook een belangrijke reden van de klachten (13%). Zo handelen de betwistingen in Brandverzekering veelal over het bedrag dat de expert, die werd aangesteld door de verzekeraar, bepaald heeft. Om de consument in staat te stellen met kennis van zaken zijn akkoord te geven over dit voorstel van de expert, formuleert de Ombudsman een aanbeveling tot het opnemen van een bedenktermijn vooraleer de minnelijke schatting van de schade definitief wordt.

In Rechtsbijstandverzekering handelt de discussie veelal over het feit dat de verzekerde het bedrag van de reeds betaalde kosten slecht heeft ingeschat tegenover het contractueel plafond van tussenkomst. De Ombudsman beveelt de Rechtsbijstandverzekeraars aan om de verzekerde zelf op regelmatigere basis te informeren over de reeds gemaakte kosten en het nog beschikbaar saldo tegenover het contractueel voorzien plafond.

HOOFDSTUK 1

Algemeen overzicht 2014

Evolutie van de vragen tot tussenkomst

Stabiliteit van de vragen tot tussenkomst

In 2014 heeft de Ombudsman 4318 dossiers in beheer genomen. Dit is een lichte daling met 1% tegenover 2013. Aan dit aantal moeten nog de verzoeken van de ontevreden consument worden toegevoegd, die de Ombudsman in eerste instantie heeft doorverwezen naar de interne klachtendienst van de verzekeraar[1].

2012	2013	2014
4019	4364	4318

Evolutie van de vragen tot tussenkomst

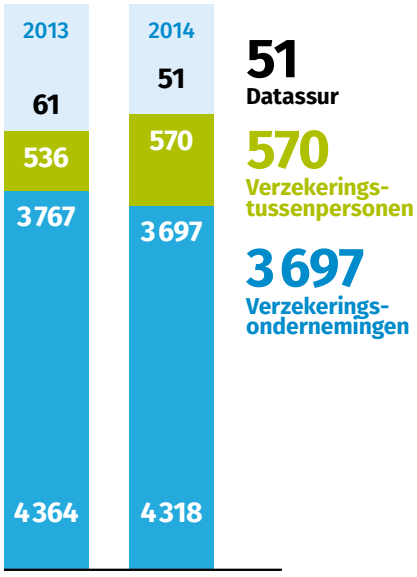
Naast schriftelijke aanvragen kregen de Ombudsman en haar team ook heel wat telefonische vragen. Bij dit eerste contact kon de klager dankzij objectieve informatie gerustgesteld worden of naar de bevoegde instantie, vaak bij de betrokken verzekeringsonderneming zelf, doorverwezen worden. Soms kan aandachtig luisteren de consument helpen zijn probleem beter te begrijpen en de reden van zijn ontevredenheid nauwkeuriger te omschrijven.

Spreiding

De meeste vragen tot tussenkomst hebben nog steeds betrekking op de verzekeringsondernemingen. In tegenstelling tot de stijging met 5% in 2013, noteert de Ombudsman in 2014 een daling met 2%.

Het aantal vragen tot tussenkomst bij de tussenpersonen stijgt met 6%. Deze categorie blijft echter laag ten opzichte van het totaal aantal ingediende dossiers. Zij vertegenwoordigt slechts 13%. Dit lage aantal kan verklaard worden door de vertrouwensrelatie tussen de verzekerde en zijn verzekeringsadviseur, waardoor een geschil snel kan opgelost worden.

De Ombudsman ontving 51 vragen tot tussenkomst met betrekking tot het **RSR-bestand** van **Datassur**. Dit geringe aantal kan verklaard worden door de efficiënte organisatie van de eerstelijnsopvang van de klachten bij **Datassur** zelf. De Ombudsman treedt enkel als beroepsinstantie op. Zo noteerde **Datassur** 75775 nieuwe registraties in 2014 in het **RSR-bestand**, 6708 minder dan in 2013. Het aantal verzoeken tot tussenkomst bij de Ombudsman daalde



Spreiding

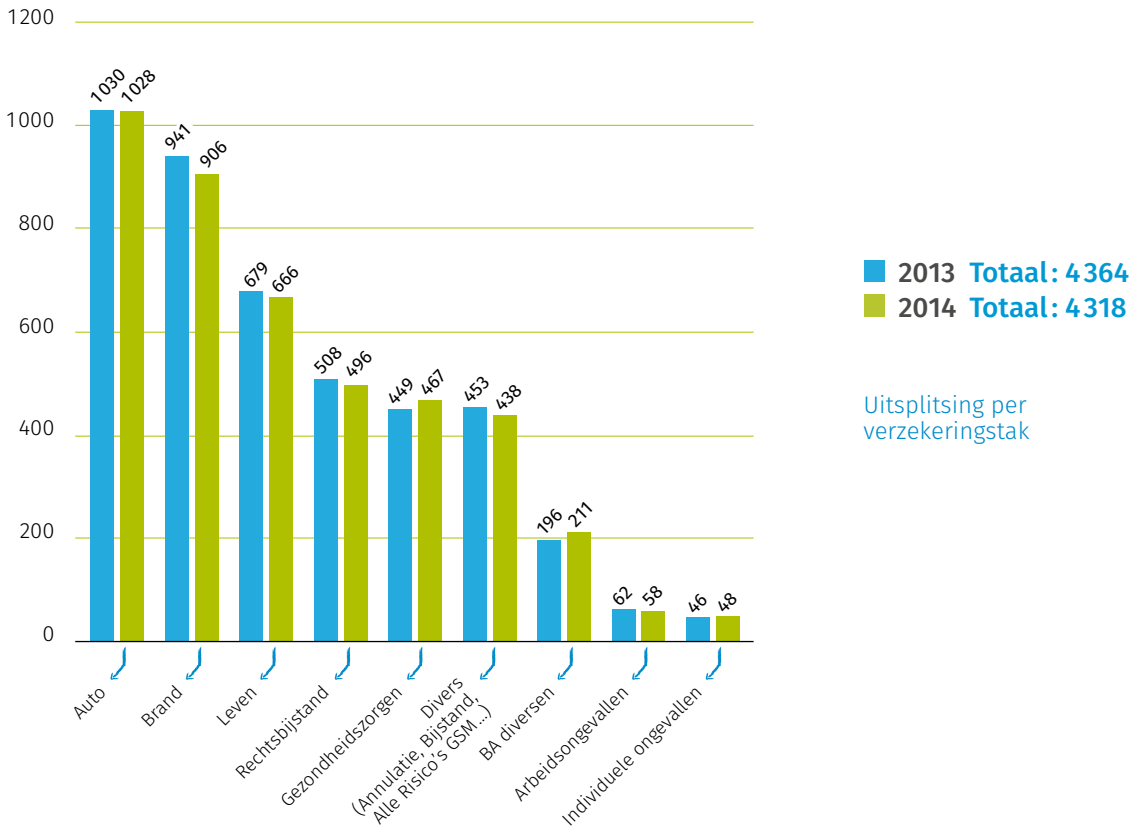
1 - Zie infra p. 11.

met 10. De meeste vragen hebben nog steeds betrekking op de Autoverzekering. Van de ontvangen aanvragen verwees de Ombudsman de klager, in 73% van de gevallen, eerst door naar de beheerder van het **Datassur**-bestand.

De helft van deze vragen tot verder onderzoek bij de Ombudsman handelen over een registratie ingevolge opzeg wegens niet-betaling van de premie. De overige hebben betrekking op een registratie ingevolge opzeg na een schadegeval of een registratie ingevolge fraude. In 14 dossiers kon de Ombudsman optreden als beroepsinstantie. Hiervan werden vijf registraties verbeterd of geannuleerd.

Het aantal geregistreerde dossiers over **Datassur** geeft echter geen volledig beeld van de klachten waarin de opname in het **RSR-bestand** aan bod komt. De consument richt zich inderdaad ook tot de Ombudsman voor een geschil waarvan de reden aanleiding kan geven tot een registratie in het **RSR-bestand** van **Datassur**. Het gaat bijvoorbeeld over de opzeg van de overeenkomst of over premiegeschillen. Door deze achterliggende problematiek contacteert de Ombudsman in dit geval eerst de verzekeringsonderneming over de grond van de zaak om dit aspect uit te klaren.

Uitsplitsing per verzekeringstak



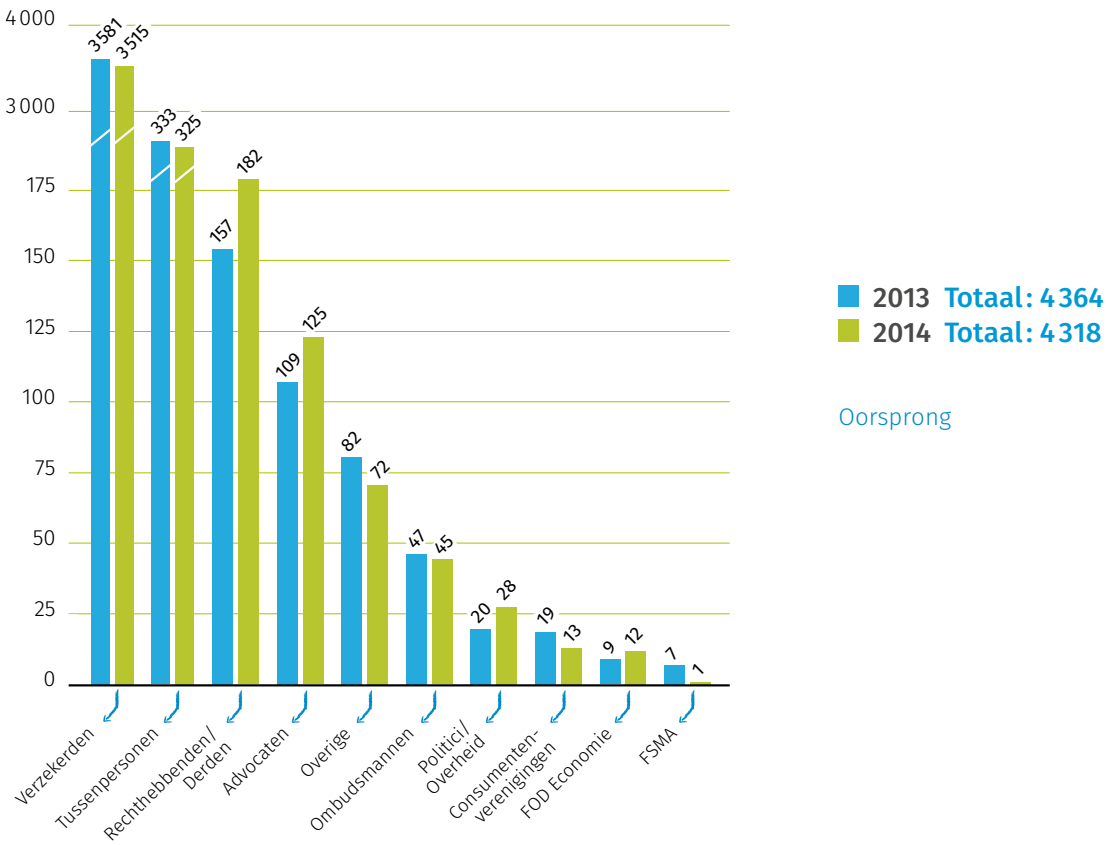
Uitsplitsing per verzekeringstak

De algemene daling van de ingediende aanvragen is terug te vinden in de verschillende verzekeringstakken, met uitzondering van BA diversen (+ 8%) en Gezondheidszorgen (+4%).

In Brandverzekering daalt het globaal aantal ingediende dossiers. Er is echter een stijging met 118% in de waarborg Storm. Een aantal consumenten contacteerden de Ombudsman als inwoners van de gemeente Wingene. Tijdens de Pinksterstorm van 2014 werd deze gemeente zwaar getroffen. Ter plaatse kon een vereniging van onderlinge verzekering, houder van een lokale portefeuille Brandverzekering, de schadelast niet langer dragen en ging in vereffening[2]. In die gevallen kon de Ombudsman de consument enkel doorverwijzen naar de vereffenaars van de vereniging.

In het algemeen stelt de Ombudsman vast dat meer en meer vragen betrekking hebben op de toepassing van de wet op de marktpraktijken[3]. Dit is veelal het geval bij een betwisting over koppelverkoop en misleidende reclame. De klachten gaan voornamelijk over de publiciteit, die is opgenomen op de website van de verzekeringsonderneming of de tussenpersoon in verzekeringen. Hierbij wordt ingeroepen dat deze reclame tegenstrijdig is met de algemene voorwaarden van het contract of dat er een sterke afwijking is tussen de rendementsprojectie van een belegging en het uiteindelijke behaalde resultaat op de einddatum. Het uitblijven van regelmatige updates van de betrokken website is veelal de oorzaak van deze klachten.

Oorsprong



Oorsprong

2 - Vereffening van de vennootschap "Brandverzekering van Wingene", *BS* 1 december 2014.
3 - Boek VI (Marktpraktijken en consumentenbescherming) van het Wetboek van economisch recht.

81% van de aanvragen wordt door de verzekerden ingediend

De meeste aanvragen tot tussenkomst (81%) worden nog steeds ingediend door de verzekerden, de rechthebbenden of de slachtoffers. Ook de tussenpersonen richten zich tot de Ombudsman (8%) om hun klanten te helpen. Dit is eveneens het geval voor de advocaten, waar er een stijging is met 15%.

In 45 aanvragen wordt een dossier overgemaakt door een collega-Ombudsman. Er bestaat een samenwerkingsprotocol tussen de Ombudsmannen (op Belgisch en op Europees vlak) waarin bepaald wordt dat als een klager zich van aanspreekpunt vergist, zijn vraag doorgestuurd wordt naar de bevoegde instantie. Opdat de klager de gezochte bemiddelingsinstantie snel zou vinden, werden er twee websites gecreëerd met de contactgegevens van de diverse Ombudsmannen[4].

Tenslotte en met het oog op de omzetting van de Europese richtlijn over buitengerechtelijke geschillenbeslechting in Belgisch recht, heeft de regering een Consumentenombudsdienst opgericht: één uniek loket waar de consument terecht kan voor een minnelijke behandeling van elk geschil over een consumentenmaterie. Deze dienst zal de consument op weg helpen om de correcte Ombudsdienst te contacteren. Dit uniek loket treedt in werking op 1 juni 2015[5].

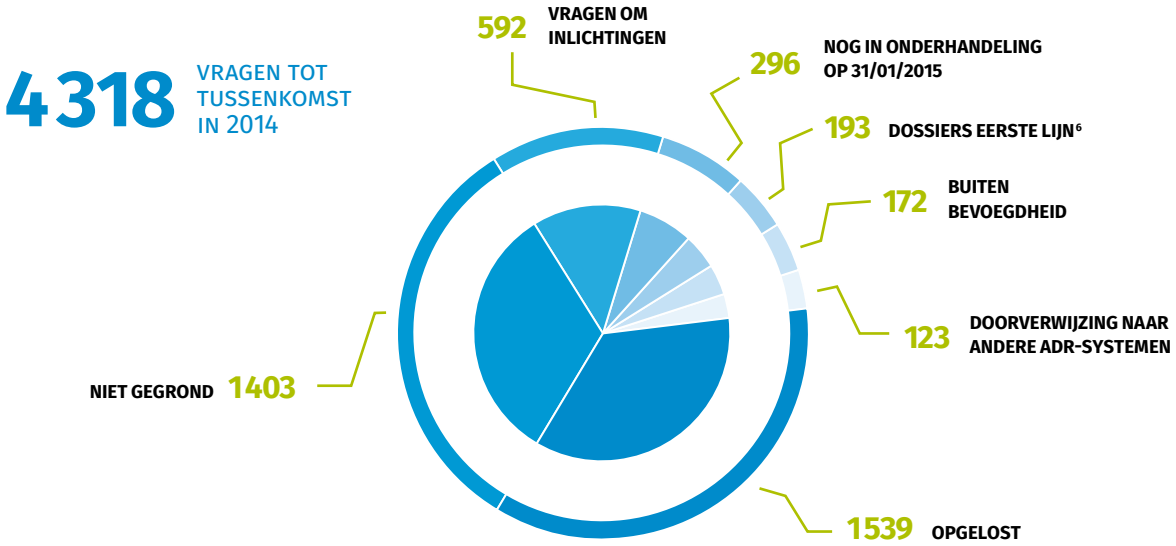
Oplossing

Van de 4318 ingediende dossiers werd een groot deel niet verder onderzocht. Het betreft een vraag om inlichtingen (14%), een doorverwijzing naar een andere dienst (7%) of een vraag die niet onder de bevoegdheid van de Ombudsman valt (4%). Wanneer er geen rekening wordt gehouden met deze 1080 dossiers, blijven er 3238 over die verder werden onderzocht en onderhandeld. Eind januari 2015, waren er hiervan 2942 afgesloten.

Al enkele jaren stelt de Ombudsman van de Verzekeringen, net zoals de andere Ombudsmannen, een toename van het aantal vragen om inlichtingen vast. Ondanks de inspanningen van de verzekeringsondernemingen, ondermeer door een betere organisatie van het klachtenbeheer in eerste lijn, richt de consument zich nog steeds spontaan tot de Ombudsman als neutrale, onafhankelijke instantie om objectieve inlichtingen in te winnen.

De consument is wantrouwig, ongerust en twijfelt aan de ontvangen informatie. Bijgevolg richt hij zich tot de Ombudsman om bevestiging te krijgen van de ingewonnen inlichtingen. Naast deze schriftelijke vragen om inlichtingen ontvangt de Ombudsman ook heel wat telefonische oproepen. Bovendien wordt de website van de Ombudsman en meer bepaald het luik “veelgestelde vragen” (FAQ) regelmatig geraadpleegd. In 2014 werden meer dan 33000 bezoeken aan de website geteld.

4 - www.ombudsman.be/; http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_fr.htm/
5 - Zie infra, p. 33.



Oplossing van de klachten

In 52% van de ingediende betwistingen bekomt de consument een oplossing

Eind januari 2015 heeft het team van de Ombudsman 2942 dossiers behandeld. Van de onderzochte en afgehandelde dossiers kreeg de consument in 52% van de gevallen voldoening. Dit percentage ligt licht hoger dan vorig jaar waar het 50% bedroeg.

Bij een ongegrond dossier krijgt de verzekerde, dankzij de tussenkomst van de Ombudsman, trouwens de nodige objectieve uitleg en verantwoording over de gegrondheid van het standpunt van de betrokken instantie. Zo vangt de Ombudsman het gebrek aan communicatie op en krijgt zij regelmatig dankbetuigingen. Dankzij haar tussenkomst worden bij de klager twijfels, frustraties en vragen weggenomen.

Uit de analyse van de onderhandelde dossiers tegen de verzekeringsondernemingen blijkt dat in 51% van de gevallen een positieve oplossing gevonden werd voor de klager. De aanvragen tegen de tussenpersonen zijn voor 60% gegrond. Wat de klachten over **Datassur** betreft, werd meer dan 70% van de gevallen doorverwezen naar **Datassur** zelf. In de dossiers, die verder onderzocht werden door de Ombudsman, werd de registratie in vijf aanvragen, zijnde slechts 36%, geschrapt.

6 - Te onderscheiden van gewone e-mails, zie infra p. 11.

HOOFDSTUK 2

De verzekerings-ondernemingen in 2014

Aantal dossiers

In 2014 ontving de Ombudsman 3 697 dossiers tegen de verzekeringsondernemingen. Dit is een daling met 2%. Deze beperkte schommeling vloeit voort uit een kleine stijging in bepaalde verzekeringstakken (Gezondheidszorgen en BA verzekeringen) en een lichte daling in de overige verzekeringstakken.

2012	2013	2014
3 586	3 767	3 697

Evolutie van de vragen tot tussenkomst tegen de verzekeringsondernemingen

Zoals de voorgaande jaren raadt de Ombudsman bepaalde klagers, die haar via e-mail aanschrijven, aan zich eerst rechtstreeks tot de verzekeringsonderneming te richten en haar pas opnieuw te contacteren wanneer het antwoord niet zou voldoen aan hun verwachtingen. Ze stuurt hen door naar de diensten voor klachtenopvang en –beheer die de verzekeringsondernemingen intern opgericht hebben. In 2013 werden op die manier 453 consumenten naar de verzekeringsondernemingen doorverwezen. In 2014 gaat het over 685 aanvragen. Dit houdt een toename met 51% in. Als deze vragen worden toegevoegd aan de eigenlijke dossiers, komt de toename van de ontevredenheidsgraad over de verzekeringsondernemingen overeen met een stijging met bijna 4%, namelijk 4 382 dossiers.

De wettelijke of de economische context of zelfs de uitzonderlijke weeromstandigheden beïnvloeden de aard van de ingediende aanvragen. In 2014 zijn in die zin de ingediende aanvragen voor de waarborg Storm meer dan verdubbeld ingevolge de 179 607 schadegevallen van de Pinksterstorm[7]. Ondanks dit is er in Brandverzekering een daling met 2%. Het hogere aantal van de aanvragen in Gezondheidszorgen werd beïnvloed door de stijging met 41% in de dekking Gewaarborgd Inkomen. De lichte stijging in BA diversen is toe te schrijven aan de stijging van de betwistingen over de ongevallen, die gebeuren tijdens het werk verricht in het kader van dienstencheques en de schadegevallen waar de aansprakelijkheid van de gemeente wordt ingeroepen. In Levensverzekering wordt er een daling met 26% vastgesteld in Groepsverzekering. Voor de **Tak 23**-producten hebben ondermeer het opleven van de beurs eveneens geleid tot een daling van de ingediende dossiers.

In het algemeen bekwam in 2014 de consument in 51% van de onderzochte aanvragen tegen de verzekeringsonderneming een gunstige oplossing tegenover 50% in 2013.

Verzekeringstak	2012	2013	2014
Auto	838	852	843
Brand	836	824	807
Leven	521	564	524
Rechtsbijstand	452	468	460
Gezondheidszorgen	365	400	419
Divers (Annulatie, Bijstand, Alle Risico's GSM, ...)	362	425	399
BA diversen	171	173	187
Arbeidsongevallen	41	61	58
Totaal	3 586	3 767	3 697

7 - Persbericht van Assuralia, 24 februari 2015, www.assuralia.be/

AUTO

AUTOVERZEKERING

In cijfers

In 2014 behandelde de Ombudsman 843 aanvragen tot tussenkomst tegen de verzekeringsondernemingen in Autoverzekering. Deze verzekeringstak vertegenwoordigt 23% van de ingediende klachten. 82% hiervan heeft betrekking op de verplichte BA Autoverzekering. Van deze aanvragen tot tussenkomst ging 59% over de productie van het contract. De consument komt bij de Ombudsman voornamelijk aankloppen wegens moeilijkheden bij de opzeg van zijn contract (34%) of bij de totstandkoming van zijn contract (19%).

In 41% van de aanvragen is de consument niet tevreden over de afhandeling van het schadegeval. Zowel verzekerden als slachtoffers klagen over het bedrag van de vergoeding (31%), de termijn waarbinnen het dossier wordt afgehandeld (18%) en het gebrek aan informatie (18%). Bij de Diefstalverzekering daarentegen gaan de betwistingen bij een schadegeval vooral over de weigering van tussenkomst (54%).

Van de 559 onderzochte verzoeken bekwam de consument in 53% van de dossiers een positieve oplossing. Wanneer de consument klaagt over de trage afhandeling van een schadegeval, werd in 57% van de gevallen voor-uitgang geboekt.

Uitsplitsing Autoverzekering	2012	2013	2014
BA Auto	677	686	692
Omnium	130	141	126
Diefstal	31	25	25
Totaal	**838**	**852**	**843**

In de kijker

In productie handelt 34% van de aanvragen over de opzeg van het contract

Net zoals de vorige jaren is de opzeg van het verzekeringscontract één van de belangrijkste oorzaken van de aanvragen. Beide partijen kunnen dit contract opzeggen. De verzekeringsonderneming zegt de verzekeringspolis op wanneer het profiel van de verzekerde niet langer overeenstemt met haar aanvaardingspolitiek. Verscheidene redenen kunnen hiertoe leiden: een zware fout van de verzekerde, de frequentie van de schadegevallen of moeilijkheden bij het innen van de premie. Bij een dergelijke opzeg, vraagt de consument trouwens steeds vaker naar de reden(en) van opzeg en soms betwist hij deze. Het aantal klachten over de opzeg van het verzekeringscontract gaat dan ook in stijgende lijn, zowel schriftelijk als telefonisch.

Na dergelijke opzeg is het voor de consument dikwijls niet eenvoudig om een nieuwe verzekering af te sluiten of om een dekking te vinden tegen een aanvaardbaar tarief. Hij richt zich dan tot de Ombudsman voor advies. Deze gaat na of alle wettelijke bepalingen werden nageleefd en als dit zo is, licht ze de consument in over mogelijke oplossingen, zoals de procedure om een Autoverzekering aan te vragen via het Tariferingsbureau[8]. Voor zover de wetgeving is nageleefd kan de Ombudsman immers geen uitspraak doen over de aanvaardingspolitiek van een verzekeringsonderneming.

8 - Zie *Tips 2014 Ombudsman van de Verzekeringen*, nr. 1.

AUTO

Daarnaast ondervindt de consument ook moeilijkheden als hij zelf zijn verzekeringscontract wil opzeggen. Zo wil hij zich bij de aankoop van een nieuw voertuig verzekeren bij een andere verzekeringsonderneming. In die gevallen moet de Ombudsman hem wijzen op de wettelijk opgelegde getrouwheidsplicht en op de voorwaarden om een verzekeringscontract op te zeggen om een polis bij een andere verzekeraar af te sluiten [9].

De Ombudsman stelt trouwens vast dat de consument de door de wet bepaalde opzeggingsformaliteiten niet altijd naleeft. Zo vergeet de verzekeringsnemer de opzeg via een aangetekende brief te versturen, stuurt hij deze brief naar een fout adres of respecteert hij de opzegtermijn van drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldatum niet. De verzekeringsondernemingen, die de goede risico's in hun portefeuille willen behouden, houden zich echter strikt vast aan de formaliteiten die de wet voorschrijft. Administratieve fouten of vergissingen zijn echter altijd mogelijk. Zo wordt de opzeg geweigerd bij het ontbreken van het polisnummer van het contract in kwestie, het gebruik van de foute naam van een verzekeringsonderneming na een fusie, het niet-respecteren van de termijn na een tariefverhoging en het versturen van de aangetekende opzegbrief aan de tussenpersoon. Deze houding is soms moeilijk te rijmen met de handelswijze van de verzekeringsondernemingen, die om praktische redenen of kostenbesparing, zelf ook afwijken van de verplichte wettelijke formaliteiten. Er is echter geen kant en klare oplossing hiervoor. De nieuwe wet op de verzekeringen [10] geeft ook geen antwoord. De bepalingen ervan werden jammer genoeg niet aangepast aan de huidige behoeften en aan de moderne communicatiemiddelen.

De draagwijdte van de mededelingsplicht bij het afsluiten van het contract

De Ombudsman ontving heel wat klachten rond de mededelingsplicht bij het afsluiten van het verzekeringscontract. In die zin moet de verzekeringnemer bij het sluiten van de overeenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig meedelen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Het niet-naleven van deze verplichting wordt zwaar gesanctioneerd [11].

Zo komt in de geschillen naar boven dat een verkeerde informatie wordt verstrekt over het aantal schadegevallen in het verleden, over de reden van opzeg door de vorige verzekeraar, over de kenmerken of het gebruik van het voertuig,... De meest voorkomende reden waarvoor de Ombudsman wordt ingeschakeld, is de verkeerde verklaring rond de gewoonlijke of gebruikelijke bestuurder van het voertuig. Om de premie te drukken wordt de gebruikelijke jonge bestuurder opzettelijk niet vermeld en vervangen door één van de ouders met een langere rijervaring. Deze praktijk is verleidelijk: een hogere premie gelinkt aan de leeftijd en de beperkte rijervaring wordt zo vermeden. Deze praktijk is echter illegaal en wordt zwaar bestraft. De adviserende rol van de tussenpersoon in verzekeringen is in deze problematiek essentieel [12].

In het algemeen zijn de dossiers over de mededelingsplicht ten aanzien van de verzekeringsondernemingen ongegrond.

De trage afhandeling en het gebrek aan informatie blijven leiden tot ontevredenheid (36%)

Nog te veel klachten bij de Ombudsman handelen over het gebrek aan informatie en de opvolging van het schadedossier. Hiervoor zijn er opnieuw verschillende redenen. De verzekeraar moet bijvoorbeeld wachten op de aangifte van de tegenpartij of op het verslag van de expert. In andere gevallen wacht de verzekerde op het antwoord en de uitleg van de verzekeraar over de betwiste elementen van de schadevergoeding of op de uitspraak rond de aansprakelijkheid voor het ongeval. Tenslotte leidt ook de vertraging in het bekomen van het strafdossier tot heel wat ongenoegen.

Op Europees niveau bepaalt de vierde richtlijn over de Autoverzekering de termijnen voor het vergoeden van de slachtoffers [13]. Deze termijnen zijn overgenomen in de wet

9 - Art. 33 **Modelovereenkomst**; zie ook *Tips 2014 Ombudsman van de Verzekeringen,* nr. 2.
10 - Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
11 - Art. 58 en volgende van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014 en art. 25.b **Modelovereenkomst**.
12 - Zie infra p. 30.
13 - Richtlijn 2000/26/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 mei 2000 inzake de onderlinge aanpassing van de wetgeving van de lidstaten betreffende de verzekering tegen de wettelijke aansprakelijkheid waartoe deelneming aan het verkeer van motorrijtuigen aanleiding kan geven en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG van de Raad (Vierde richtlijn motorrijtuigenverzekering), *Pb.L* 181 van 20 juli 2000.

AUTO

op de verplichte **BA Autoverzekering**[14]. Voor een verzekeraar die deze termijnen niet naleeft, kan dit zware gevolgen hebben. Als het slachtoffer binnen drie maanden na zijn vraag om schadevergoeding in de door de wet bepaalde gevallen geen gemotiveerd antwoord heeft ontvangen, moet de verzekeraar per dag een forfaitair bedrag van 250 euro betalen. Sommige consumenten hebben zich hiervoor ondertussen rechtstreeks tot de rechtbank gewend. Zij past de wet strikt toe en in één geval is een verzekeringsonderneming zelfs veroordeeld tot het totale bedrag van 20 750 euro (83 dagen x 250 euro) als nalatigheidsvergoeding[15]!

Uit een onderzoek van dergelijke dossiers bij de verzekeringsondernemingen stelt de Ombudsman toch vast dat de beheerder het dossier meestal wel degelijk opvolgt, maar de verzekerde niet op de hoogte houdt. In deze context kan het ook belangrijk zijn om de Rechtsbijstandverzekering in te schakelen. Vaak nemen noch de BA-verzekeraar, noch de tussenpersoon hiertoe spontaan het initiatief. Ook geeft de verzekerde zelf het schadegeval niet aan onder deze dekking. Dit is vooral wanneer de Rechtsbijstandverzekering in eenzelfde polis is opgenomen als de BA-verzekering waarbij hij ervan uitgaat dat hij maar één overeenkomst en dus ook maar één gesprekspartner heeft. Hiertoe is het van belang dat de interne beheersregels van de verzekeringsondernemingen de beheerders meer aansporen om de tussenpersoon en de verzekerde erop te wijzen de Rechtsbijstandwaarborg te activeren.

14 - Wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, hoofdstuk IV, *BS* 8 december 1989, aangepast door art. 6 van de wet van 22 augustus 2002 houdende diverse bepalingen betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, *BS* 17 september 2002.

15 - Rb Tongeren, 24 maart 2014, niet-gepubliceerd; "Schadevergoeding – BA-verzekeraar zorgt voor feestje", *Nieuwsbrief Auto Kluwer,* oktober 2014, nr. 9.

BRAND

BRANDVERZEKERING

In cijfers

In 2014 heeft de Ombudsman 807 vragen tot tussenkomst ontvangen in de verzekeringstak Brand. Dit aantal vertegenwoordigt 22% van alle dossiers die tegenover de verzekeringsondernemingen zijn ingediend. In vergelijking met 2013 is het aantal klachten licht gedaald. De daling vloeit voort uit minder klachten over de productie van de polis, en dit voornamelijk over de inning en aanpassing van het bedrag van de premie, over de opzeg van de polis door de verzekeraar en over de samenloop van twee verzekeringspolissen.

Binnen de waarborg Storm heeft de Ombudsman echter wel een belangrijke stijging opgetekend, vermits de aanvragen meer dan verdubbeld zijn! Deze stijging vloeit voort uit de felle hagelbuien die tijdens het Pinksterweekend over het land zijn getrokken en die 179607 schadegevallen hebben veroorzaakt[16]. Sommige streken waren erg getroffen, zoals in West-Vlaanderen, de gemeente Wingene[17].

De meest ingeroepen motieven bij de afhandeling van een schadedossier zijn de weigering van tussenkomst (47%), het bedrag van de vergoeding (25%) en de lange afhandelingstermijnen (24%). In de waarborgen Waterschade, Diefstal en Storm gaat ongeveer 50% van de dossiers over de weigering tot tussenkomst. Zo wordt in de waarborg Storm om verschillende redenen de tussenkomst geweigerd: de wind behaalde de vereiste snelheid niet[18], het gebouw beantwoordt niet aan de criteria van een gesloten gebouw of het feit dat de kosten voor het verwijderen van een omgevallen boom niet gewaarborgd zijn,... De meerderheid van de betwistingen over het bedrag van de vergoeding is opgetekend in de waarborgen Storm en Diefstal. Deze klachten vertegenwoordigen meer dan 25%.

In 2014 zijn 602 dossiers verder onderzocht en afgehandeld. Voor 52% van de aanvragen kon de consument een gunstig antwoord ontvangen. Als de consument zich echter beklaagt over de trage afhandeling of over het uitblijven van een verdere toelichting, kon hem in 60% van de gevallen een oplossing aangereikt worden.

Uitsplitsing Brandverzekering	2012	2013	2014
Brand	346	368	315
Waterschade	289	253	267
Diefstal	114	111	111
Storm	37	33	75
BA Gebouw	9	18	11
Glasbreuk	7	16	10
Natuurrampen	18	15	9
Elektriciteitsrisico	16	10	9
Totaal	**836**	**824**	**807**

16 - Persbericht van Assuralia, 24 februari 2015, www.assuralia.be/

17 - Zie supra p. 7.

18 - Namelijk minder dan 100 km/u, zoals voorzien in de bijlage aan het K.B. van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren, wat de eenvoudige risico's betreft, *BS* 31 december 1992, ingevoegd bij het K.B. van 14 maart 1995, *BS* 11 april 1995. De algemene voorwaarden van een verzekeringscontract kunnen hiervan afwijken in het voordeel van de verzekerde, bijvoorbeeld 80 km/u.

In de kijker

De waarborg Diefstal is meestal slechts verworven bij een regelmatige bewoning van het gebouw

De Ombudsman heeft 57 dossiers ontvangen waarbij na een diefstal tussenkomst werd geweigerd. Een veel voorkomende weigeringsgrond is de niet-regelmatige

bewoning van het gebouw. Dit kan het geval zijn om verschillende redenen. Zo kan men veelvuldig afwezig zijn wegens zakenreizen, een overwintering in een tweede verblijf, lange ziekenhuisopnames of een herstel in een revalidatiecentrum,... Trouwens een tweede verblijf of een vakantiehuis beantwoordt in het algemeen niet aan het begrip van regelmatige bewoning zoals vereist in de verzekeringspolissen. Voor een dergelijk risico moet de verzekeringsnemer de verzekeraar inlichten om alsnog een aangepaste dekking te verkrijgen.

Ook na een overlijden kan de woning een lange tijd onbewoond zijn. Als verweer hierop roept de consument veelal in dat de woning onder toezicht staat van de buren of dat de kinderen de woning regelmatig bezoeken. Hij verwijst ook naar het feit dat hij een automatisch verlichtingssysteem heeft geïnstalleerd zodat hiermee de indruk van een normale bewoning wordt gewekt. De algemene polisvoorwaarden definiëren doorgaans het begrip “regelmatige bewoning”. Zij omschrijven veelal dat de woning niet onbewoond mag zijn gedurende een zeker aantal opeenvolgende nachten. Die verplichting gaat bovendien gepaard met een (jaarlijkse) contractuele maximumlimiet van het aantal nachten waarin de afwezigheid is toegelaten. Voor elke afzonderlijke aanvraag gaat de Ombudsman aan de hand van de concrete omstandigheden na of het begrip van regelmatige bewoning, zoals omschreven in de algemene voorwaarden, is nageleefd.

De herstelling in natura leidt soms tot discussie

In Brandverzekering handelt 25% van de aanvragen voor een schadegeval over het bedrag van de vergoeding, zijnde een stijging met 4%. De consument kan misnoegd zijn om verschillende redenen. In die zin contacteerden verschillende consumenten de Ombudsman over de herstelling in natura die hun verzekeringsonderneming voorstelt. Bij de afhandeling van een schadegeval biedt een verzekeraar soms aan om zelf de stappen te ondernemen om het beschadigd goed te herstellen. Dit voorstel is gunstig voor de verzekerde vermits hij zich niet druk moet maken om een hersteller te vinden, zich niet moet verontrusten over het bedrag van de herstellingen, zelf geen verschillende bestekken moet opvragen en hij soms de vrijstelling niet moet dragen. De meeste verzekeringsondernemingen verlenen trouwens waarborg voor het geval dat de doorgevoerde herstelling niet het gewenste resultaat oplevert.

BRAND

Bij de analyse van de klachten stelt de Ombudsman vast dat in sommige polisvoorwaarden de omschrijving van de clausule over de herstelling in natura niet duidelijk genoeg is. De verzekeraars baseren zich vaak op het herstelbedrag dat vooropgesteld is door de erkende firma

met wie zij een algemeen samenwerkingsakkoord hebben afgesloten. Zij bepalen hierbij de vergoeding door rekening te houden met dit bestek, zelfs als de verzekerde niet opteert voor de mogelijkheid van een herstelling in natura. Deze samenwerkingsakkoorden bevatten doorgaans echter forfaitaire kortingen, op de algemene kostprijs, die gemakkelijk tot 30% kunnen oplopen. De verzekerde die toch kiest voor een herstelling door een firma van zijn eigen keuze, vindt er dan geen die bereid is om de voorgestelde herstellingen uit te voeren voor het bedrag dat toegekend is. Als dergelijke technische discussies gevoerd worden, kan de Ombudsman niets anders dan doorverwijzen naar de aanstelling van een expert of een tegenexpert. Dit is overigens wettelijk voorzien [19].

Heel wat klachten hebben betrekking op de trage afhandeling van een schadegeval

Ook in 2014 is de Ombudsman veelvuldig gecontacteerd omwille van de trage afhandeling van de schadegevallen (24%). De wettelijke bepalingen, die overigens ook opgenomen zijn in de algemene polisvoorwaarden, voorzien in strikte termijnen die de verzekeringsondernemingen bij de afhandeling van een schadegeval moeten respecteren [20]. De wet voorziet zelfs in sancties als deze termijnen niet gerespecteerd worden. Niettemin blijven er omstandigheden waarin de verzekerde ontevreden is over de termijn waarbinnen zijn dossier beheerd is. Verschillende elementen kunnen de oorzaak zijn van deze vertraging. Een veel voorkomende reden is de betrokkenheid van meerdere partijen waarvan de respectievelijke verantwoordelijkheid nog moet vastgesteld worden of waarvan hun aandeel in de aansprakelijkheid moet bepaald worden. Elke betrokken verzekeraar zal immers een eigen expert aanstellen. De opdracht van deze verschillende experten bestaat er dan in om onderling de oorzaak en de draagwijdte van de schade vast te stellen.

Een andere oorzaak van achterstand is de lange wachttijd vooraleer de verzekeringsonderneming de toestemming krijgt om kennis te mogen nemen van het strafdossier. Zij kan het strafdossier nochtans nodig hebben om over bepaalde inlichtingen te beschikken. In het geval van vermoeden van opzet voorziet de wet trouwens uitdrukkelijk dat de verzekeringsonderneming de inzage van het strafdossier kan afwachten. Voor de waarborg Diefstal heeft de verzekeringsonderneming overigens steeds de mogelijkheid om eerst het strafdossier te raadplegen alvorens de verzekerde te vergoeden [21].

19 - Art. 121, § 2, 2° van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014; *Tips 2014 Ombudsman van de Verzekeringen,* nr. 8.
20 - Art. 121, § 2, § 3 et § 7 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
21 - Art. 121, § 3, 2° van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.

AANBEVELING

Laat een bedenktijd na de onderhandse schatting van de schade

Bij een schadegeval moet de consument heel wat initiatieven nemen. Hij moet denken aan de voorlopige maatregelen om de schade te beperken, bestekken vragen, de beschadigde goederen bewaren, foto's nemen die de toestand vlak na de schadeverwekkende gebeurtenis aantonen, bewijsmateriaal verzamelen, ...

Teneinde te helpen bij de begroting van de schade en de herstelwijze gelast de verzekeringsonderneming veelal een expert die een verslag opstelt en die bij dezelfde gelegenheid vaak overgaat tot een minnelijke tegensprekelijke schatting van de schade. Toch gebeurt het dat de onderhandelingen tussen de verzekerden en de afgevaardigde van de maatschappij moeizaam verlopen. Onvoldoende ingelicht schatten de verzekerden het bedrag of de omvang van de schade soms verkeerd in. Eenmaal dat de overeenkomst van de minnelijke schatting met de expert is ondertekend, strekt dit document de beide partijen echter tot wet. De verzekeringsonderneming zal zich dan beperken tot het uitvoeren van het akkoord binnen de grenzen van de contractsvoorwaarden. Als er geen voorbehoud in het proces-verbaal van de minnelijke schatting wordt opgenomen, heeft de verzekeraar juridisch het recht zich louter aan de inhoud van dit akkoord te houden.

Net zoals de voorgaande jaren heeft de Ombudsman in 2014 heel wat klachten ontvangen van verzekerden die sommige punten van het ondertekende akkoord toch betwisten, een vergetelheid aankaarten, de overeengekomen schatting opnieuw in vraag stellen vermits zij voor dit bedrag geen hersteller vinden, ...

Advies van de Ombudsman

Om dergelijke toestanden te vermijden, beveelt de Ombudsman aan om in de procedure van de minnelijke begroting van de schade een bedenktijd te voorzien. Deze termijn geeft de mogelijkheid om terug te komen op het akkoord alvorens het definitief wordt. De Ombudsman verwijst in dit verband naar de bedenktermijn en het retentierecht in het contractenrecht die reeds bestaat in bepaalde wetgevingen en die meestal vastgesteld is op 14 dagen[22].

22 - Ondermeer art. 57 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014 en art. VI.47 van het wetboek van economisch recht.

RECHTSBIJSTAND

RECHTSBIJSTANDVERZEKERING

In cijfers

In 2014 ontving de Ombudsman 460 verzoeken om tussenkomst in Rechtsbijstandverzekering. In vergelijking met de vorige jaren is dit een status quo. Er is een belangrijke stijging bij een Rechtsbijstandverzekering die gelinkt is aan een contract Burgerlijke Aansprakelijkheid niet-auto. Deze categorie vertegenwoordigt 40% van het aantal klachten in Rechtsbijstand en wordt de belangrijkste deeltak. Het aantal dossiers dat betrekking heeft op Rechtsbijstandverzekeringen met een uitgebreide dekking is relatief stabiel gebleven. De klachten in Rechtsbijstandverzekering auto zijn daarentegen gedaald met 20%.

De Ombudsman wordt in deze verzekeringstak voornamelijk aangesproken over het schadebeheer (94%). De klachten gaan dan overwegend over de weigering tot tussenkomst (39%) en de trage schadeafhandeling of het passief beheer (33%).

De verzekeringsonderneming weigert haar tussenkomst om verschillende redenen: het schadegeval doet zich voor tijdens de wachttijd, de hoedanigheid van de verzekerde of het betrokken gebouw is niet gedekt in de polis, de inzet van het geschil is lager dan de minimumdrempel,...

Ook de oorzaken van de trage regeling zijn van diverse aard. Vaak zijn deze te wijten aan het feit dat de vrijgave van het strafdossier afgewacht moet worden of aan het feit dat de verzekeraar en de verzekerde het niet eens zijn over de aansprakelijkheid of het schadebedrag dat teruggevorderd kan worden. De verzekerde die niet op de hoogte werd gehouden van de evolutie van het beheer van zijn dossier kan ook een gevoel van passief beheer ondervinden.

Hoewel de Ombudsman vreesde voor en stijging van het aantal klachten door de invoering van de BTW op de erelonen van de advocaat, ontving zij hierover slechts enkele dossiers.

Van de 377 onderzochte en afgesloten dossiers, kon in 54% van de gevallen een oplossing bekomen worden. In Rechtsbijstand Auto bedraagt dit percentage 60%. Wanneer de consument in **Rechtsbijstand basis niet-auto** en auto ontevreden is over de trage schadeafhandeling, bekomt hij in 67% van de gevallen een oplossing.

Uitsplitsing Rechtsbijstandverzekering	2012	2013	2014
Rechtsbijstand basis niet-auto	165	157	183
Rechtsbijstand auto	190	206	164
Rechtsbijstand uitgebreide dekking	97	105	113
Totaal	452	468	460

In de kijker

Onduidelijkheid over de omvang van de verdedigingskosten bij samenloop van contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid

In een basisdekking Rechtsbijstand is er doorgaans geen dekking voor contractuele geschillen. In sommige gevallen is er echter samenloop mogelijk tussen een contractuele en buitencontractuele fout. Voor de consument is het niet altijd duidelijk om een onderscheid tussen beide te maken. Bij het uitoefenen van een verhaal voor een beroepsaansprakelijkheid (vb. artsen, ondernemers, experten, boekhouders,...) kan dikwijls zowel een contractuele als een buitencontractuele fout ingeroepen worden.

In een eerder jaarverslag kaartte de Ombudsman de discussies over deze problematiek al aan[23]. Zo heeft zij erop gewezen dat het belangrijk is dat de verzekeringsonderneming de omvang van haar tussenkomst klaar en duidelijk aangeeft. Op basis van dit advies hebben een aantal verzekeraars in de polisvoorwaarden van hun **BA Privéleven** expliciet vermeld of geschillen met betrekking tot een medische fout al dan niet gedekt zijn.

Ondanks deze maatregelen ontving de Ombudsman in 2014 nog steeds klachten over de samenloop van de waarborgen. Zij dringt dan nogmaals aan dat de verzekeraars duidelijk vermelden dat, ingeval van samenloop waarbij het contractueel verhaal niet gedekt is, het buitencontractueel verhaal wel ten laste wordt genomen.

De wachttijd tot de vrijgave het strafdossier blijft klachten veroorzaken

De Ombudsman blijft klachten ontvangen over de trage regeling van het schadedossier. Dit motief wordt voornamelijk in Rechtsbijstand auto ingeroepen (54%). De analyse van de klachten toont aan dat het wachten op de toestemming van het Parket om inzage te nemen van het strafdossier vaak de oorzaak van de vertraging in het beheer is. Sinds jaren, komt dit motief stelselmatig terug. De Ombudsman heeft dit reeds meerder keren aangekaart. Nog steeds benadrukt zij het belang van de te ondernemen stappen tussen de sector en de gerechtelijke instanties om voor de verzekeringsondernemingen een versnelde en vereenvoudigde toegangsprocedure tot het strafdossier te voorzien[24].

De "papier"procedure aangaande de toestemming tot kennisname van het strafdossier maakt deel uit van een project waarbij de FOD Justitie en de verzekeringssector de mogelijkheid zouden krijgen om via elektronische weg met elkaar te communiceren. Dit wordt in de nabije toekomst verwacht. De onmiddellijke toegang tot de inhoud van het strafdossier is echter nog een bijkomende stap, die pas kan gerealiseerd worden na een algemene informatisering van het gerecht in België.

23 - *Cijfers en Analyse 2010 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 27.
24 - *Zakboekje 2009 Ombudsman van de Verzekeringen*, p.23; *Cijfers en Analyse 2010 Ombudsman van de Verzekeringen*, p.26; *Cijfers en Analyse 2011 Ombudsman van de Verzekeringen*, p.34; *Cijfers en Analyse 2012 Ombudsman van de Verzekeringen*, p.30; *Cijfers en Analyse 2013 Ombudsman van de Verzekeringen*, p.18.

RECHTSBIJSTAND

AANBEVELING

Betere communicatie over het bedrag van de uitgaven

Bij het onderschrijven van een Rechtsbijstandverzekering verwacht de consument naast bijstand bij het uitoefen van zijn verhaal ook financiële bescherming doordat de verzekeraar de kosten van dit verhaal ten laste neemt. In deze verzekeringstak handelt 16% van de ingediende dossiers in schade over het bedrag van de tussenkomst van de verzekeraar. Deze tussenkomst is niet onbeperkt. Sommige discussies gaan over het plafond van de tussenkomst, meer bepaald voor welk bedrag er precies tussenkomst verleend wordt. Om dit bedrag te kennen, moeten de algemene en bijzondere voorwaarden van het contract worden geraadpleegd. Bijkomend kan een schadegeval onder meerdere waarborgen vallen waarbij het mogelijk is dat elk van deze waarborgen een ander plafond voorziet.

De gedragscode van de Rechtsbijstandsverzekeraar bepaalt op dit vlak dat de verzekeringsonderneming zijn verzekerde op de hoogte moet houden van de financiële stand van zijn dossier[25]. In de praktijk wordt deze informatie echter niet altijd aan de verzekerde bezorgd. Zo gebeurt het dat de verzekeraar deze informatie enkel aan de advocaat of aan de verzekeringstussenpersoon meedeelt. Bovendien wordt de communicatie over de uitgaven dikwijls beperkt tot de erelonen van de advocaat zonder nog de andere uitgaven te vermelden (erelonen dokters, experten,...).

Het gebeurt dus dat de verzekerde niet op de hoogte is van het bedrag van de reeds gedane uitgaven en verbaasd is dat hij, wanneer het plafond bereikt is, de verdere verdedigingskosten zelf ten laste moet nemen. Wanneer de consument beter op de hoogte was van het nog beschikbaar saldo, zou dit voldongen feit kunnen vermeden worden. Het nemen van bepaalde maatregelen om zijn belangen beter te verdedigen, zou hij beter kunnen afwegen tegenover de nog beschikbare fondsen.

Advies van de Ombudsman

Gelet op het gebrek aan informatie, beveelt de Ombudsman de strikte toepassing van de gedragsregels aan. In de praktijk zouden deze moeten preciseren dat de verzekeringsondernemingen, bij de opening van het dossier, het plafond van de waarborg automatisch aan de consument meedelen. Wanneer een advocaat wordt aangesteld, 50% van het plafond bereikt is en daarna 80%, zou het ook aangewezen zijn om de verzekerde een overzicht van alle uitgaven te bezorgen.

In het kader van deze transparantie zouden de verzekeringsondernemingen de verzekerde ook moeten meedelen aan wie de rechtsplegingsvergoeding toekomt wanneer deze laatste het proces win[26]. Niettegenstaande de rechtsplegingsvergoeding aan de verzekeraar toekomt, moet deze laatste de vergoeding bij voorrang gebruiken om de kosten die het plafond overschreden hebben en die de verzekerde eventueel ten laste genomen heeft, aan te zuiveren.

25 - Gedragsregels van de rechtsbijstandsverzekeraar, www.assuralia.be/
26 - Zie *Tips 2014 Ombudsman van de Verzekeringen,* nr. 10.

GEZONDHEIDSZORGEN

GEZONDHEIDSZORGENVERZEKERING

In cijfers

In tegenstelling tot de algemene tendens, registreerde de Ombudsman in Gezondheiszorgenverzekering een stijging van het aantal dossiers in 2014 met 5%. Deze stijging is voornamelijk terug te vinden in de verzekeringstak Gewaarborgd Inkomen, waar 33% van de dossiers handelde over de weigering tot tussenkomst.

Ongeveer een derde van de klachten in Gezondheidszorgen hebben betrekking op de productie van het verzekeringscontract. Hierbij is er een gevoelige daling met 50% van de klachten over de premieverhogingen. Daarnaast handelen de klachten over productie voornamelijk over de opzeg van het contract die de consument wil laten doorvoeren (27%) of over de mogelijkheid tot individuele verderzetting van een **beroepsgebonden Ziekteverzekering** (8%).

De klachten over schade (65%) in Gezondheidszorgen gaan hoofdzakelijk over de weigering tot tussenkomst (48%) en over het uitgekeerde bedrag aan de consument (32%).

Hierbij ontving de Ombudsman verschillende vragen tot onderzoek over een weigering van tussenkomst voor een aandoening die uitgesloten is door de contractsvoorwaarden. In principe kunnen dergelijke geschillen worden voorgelegd aan de **Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering**[27]. Ondanks zijn oprichting in 2011 ingevolge de **Wet Verwilghen**, ontving deze commissie nog geen enkel dossier. De verzekeringsondernemingen behouden in deze dossiers een voorkeur om het dossier te laten oplossen via een minnelijke medische expertise of via een arbitrage.

Van de 318 onderzochte en afgesloten dossiers bij de Ombudsman kon in 46% van de dossiers een gunstige oplossing voor de consument bekomen worden. De aanvragen over de weigering van tussenkomst en het bedrag van de vergoeding zijn voor 59% ongegrond. Dit cijfer verklaart waarom het behaalde positief resultaat lager is dan in de andere verzekeringstakken.

Uitsplitsing Gezondheidszorgenverzekering	2012	2013	2014
Niet-beroepsgebonden Ziekteverzekering	227	269	268
Gewaarborgd Inkomen	44	58	82
Beroepsgebonden Ziekteverzekering	93	70	66
Wachtverzekering	1	3	3
Totaal	365	400	419

In de kijker

Na opzeg van het contract, is een nieuwe dekking niet automatisch verworven

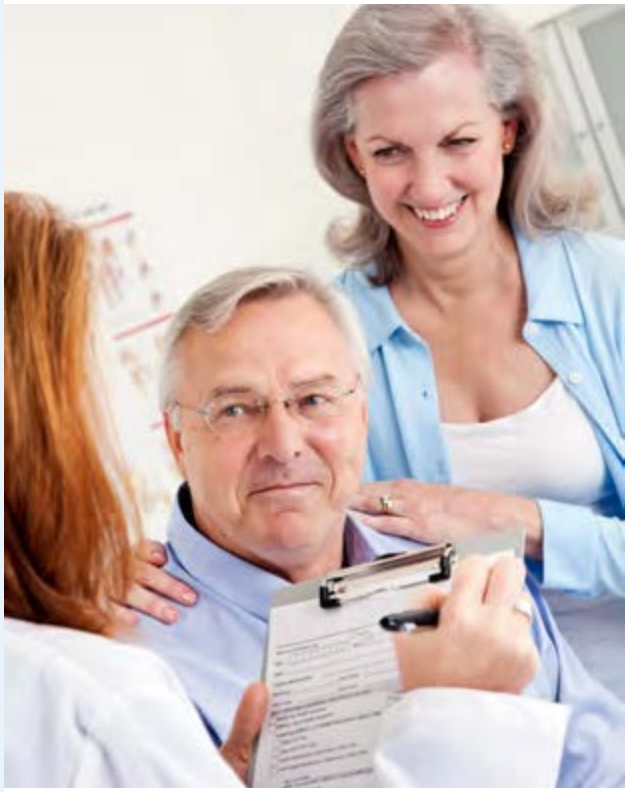
De Ombudsman wordt regelmatig aangesproken door de consument die moeilijkheden ondervindt bij een overstap naar een andere Gezondheidszorgenverzekeraar. Aantrekkelijke premies, uitgebreidere voorwaarden of de eenvoudige hoop op een betere dienstverlening leiden tot een soms ondoordachte opzeg van zijn Gezondheidszorgenverzekering bij zijn oude verzekeraar. Hij verliest hierbij veelal uit het oog dat hij bij de nieuwe verzekeraar

27 - Art. 206 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.

GEZONDHEIDSZORGEN

een aanvaardingsprocedure moet doorlopen. Deze zal de consument maar een dekking aanbieden gebaseerd op zijn huidige gezondheidstoestand. Dit kan aanleiding geven tot uitsluiting van een aandoening, ontstaan tijdens de looptijd van een vorige polis, maar die daar wel gewaarborgd was. Een verzekeraar kan inderdaad tijdens de looptijd van het contract ontstane gezondheidsproblemen niet uitsluiten, maar hij kan wel weigeren om ze te verzekeren bij de aanvaarding van het contract[28].

Op basis van de klachtenbehandeling stelde de Ombudsman in dit kader trouwens vast dat de **MOB**'s een kandidaat-verzekerde, die voorafgaandelijk tevens was aangesloten bij een **MOB**, verschillend behandelen dan een kandidaat-verzekerde die was aangesloten bij een private verzekeringsonderneming. In het eerste geval zal de **MOB** de dekking hernemen en verderzetten zonder bijkomende voorwaarde. De Ombudsman stelt zich echter vragen over het discriminerend karakter van deze verschillende behandeling van de consument.



Wanneer kan men na 60 jaar genieten van de tussenkomst "Gewaarborgd Inkomen"?

De ingediende dossiers bij de Ombudsman in de waarborg Gewaarborgd Inkomen kenden een grotere stijging in 2014. Heel wat consumenten stelden zich immers vragen over de toepassing van de wachttermijn op de leeftijd van 60 jaar. Veel contracten voorzien een wachttermijn van één maand. Indien men echter werkonbekwaam wordt na 60 jaar, bepalen de meeste contracten dat de wachttermijn wordt verlengd tot één jaar. Deze bepaling is dikwijls niet meer gekend bij de verzekerde. Het contract is immers meestal jaren geleden afgesloten en hij herinnert zich niet meer de exacte inhoud. Bovendien stelde de Ombudsman verschillende keren vast dat er een onvoldoende aansluiting was tussen de bijzondere en algemene voorwaarden, waardoor er ruimte tot discussie is.

Sommige geschillen zijn trouwens ontstaan doordat de aandoening al aanwezig was vóór de leeftijd van 60 jaar, maar de behandeling pas kon gebeuren, door bijvoorbeeld de langere wachttijden in het ziekenhuis, na de leeftijd van 60 jaar. In die gevallen werkte de Ombudsman, in overleg met de verzekeringsonderneming, een billijke oplossing uit.

De overeenkomst tussen het RIZIV en de ziekenhuizen heeft soms bijwerkingen...

De Ombudsman ontving verschillende vragen, waarbij de verzekeraar weigerde tussen te komen voor een behandeling in het ziekenhuis, die voorheen werd terugbetaald in het kader van een miniforfait. Dit miniforfait werd op 1 januari 2014 uit de Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen gehaald[29]. Aangezien het miniforfait niet meer kon aangerekend worden, was er volgens de algemene voorwaarden van een aantal hospitalisatiepolissen op de markt geen ziekenhuisopname meer zodat de oplegkosten na de tussenkomst van de mutualiteit voor bepaalde behandelingen in het ziekenhuis niet langer werden terugbetaald. In een omzendbrief van 24 maart 2014 van het RIZIV werd bevestigd dat het afschaffen van dit miniforfait een ongewenst neveneffect had gecreëerd, dat met dezelfde omzendbrief werd rechtgezet.

28 - Art. 206 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
29 - Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen van 29 november 2013, www.riziv.be/

LEVEN

LEVENSVERZEKERING

In cijfers

De klachten over Levensverzekeringen dalen met 7% in 2014. De daling is hoofdzakelijk toe te wijzen aan de **Tak 23**-polissen (- 58%) en de Groepsverzekering (- 26%).

In de **Tak 21**-levensverzekeringen met een spaarcomponent is er daarentegen een stijging met 10%. De stijging is voornamelijk terug te vinden bij de geschillen over de uitkering op de eindvervaldag of bij overlijden. Bij de klassieke Levensverzekeringen en de **Universal Life** Verzekeringen vertegenwoordigen ze 41%. In deze gevallen richt de consument zich tot de Ombudsman voor de trage uitbetaling, het gebrek aan antwoord op de vragen om inlichtingen, de omvang van het kapitaal dat zal gestort worden alsook voor de weigering tot uitbetaling.

Voor de Schuldsaldoverzekeringen waren er opnieuw een honderdtal vragen tot tussenkomst, wat aansluit bij de trend van 2013.

Bij de **Tak 23**-polissen kan de sterke daling van de klachten ten aanzien van de verzekeringsondernemingen hoofdzakelijk toegewezen worden aan de economische conjunctuur met een heropleving van de koersen, alsook aan een betere kennis van de consument over de risico's verbonden aan het product. Ingevolge de financiële crisis hebben zowel de sector als de controle-autoriteiten meer nadruk gelegd op de noodzaak van een goede communicatie en transparantie over de karakteristieken van de producten. Deze producten worden momenteel verkocht met een financiële informatiefiche die naast de technische aspecten ook een indicatie van de risicofactoren geeft.

Bij de Groepsverzekering is er opnieuw een stabilisatie van de klachten naar het niveau van de cijfers in 2012. In 2013 was dit cijfer gestegen door de gewijzigde fiscale behandeling. De nieuwe fiscale regimes zijn intussen meer gekend.

Van de 338 dossiers waarvan het onderzoek is afgerond, kon in 46% van de gevallen een positief gevolg worden verleend aan de vragen van de consument. In aansluiting met de vorige jaren zijn de klachten vaker gegrond wanneer de verzekerde of de begunstigde om tussenkomst verzoekt omwille van een gebrek aan communicatie of een langere uitkeringstermijn.

Uitsplitsing Levensverzekering	2012	2013	2014
Tak 21	350	370	388
- Klassiek / Universal Life	232	233	257
- Schuldsaldoverzekering	90	111	106
- Uitvaartverzekering	28	26	25
Groepsverzekering	55	78	58
Aanvullende waarborgen AVRI/AVRO[30]	22	27	35
Tak 23	81	69	29
Hypothecaire lening	13	20	14
Totaal	521	564	524

30 - AVRI: aanvullende verzekering tegen het risico van invaliditeit; AVRO: aanvullende verzekering tegen het risico van ongeval.

LEVEN

In de kijker

38% van de vragen heeft betrekking op de uitkeringstermijnen op de einddatum

Bij de uitkering op de eindvervaldag of bij een overlijden spreken heel wat begunstigden de Ombudsman aan. Nu de consument de Levensverzekering meer en meer gebruikt als alternatieve belegging in plaats van een spaarrekening, heeft hij een gelijkaardig verwachtingspatroon voor de afhandeling van de uitkering. Om de uitkering van een Levensverzekering te ontvangen, moeten er echter bijkomende contractuele formaliteiten vervuld worden, zoals een attest van leven of een overlijdensattest voorleggen, het identificeren van de begunstigden,... Hierbij voorziet de wetgeving geen strikte termijnen waarbinnen de uitkering moet verricht worden. Indien de Ombudsman wordt aangesproken voor deze geschillen, zal ze nagaan of de vereffeningsformaliteiten binnen een redelijke termijn actief opgevolgd werden. In twee derde van deze dossiers hebben de onderhandelingen tot een minnelijke oplossing geleid.

Bij de vereffening van een polis kunnen zich nog andere problemen stellen. Zo weet de consument soms niet welke verzekeringsonderneming hij moet aanspreken. Levensverzekeringen zijn vaak langlopende contracten. Het is bijgevolg niet uitzonderlijk dat de portefeuilles van de ene naar een andere verzekeringsonderneming verschuiven ingevolge fusies of overnames. De consument is niet altijd op de hoogte van deze fusies en richt zich tot de Ombudsman met de vraag wie de huidige verzekeringsonderneming is. Op dit vlak herinnert de Ombudsman aan haar aanbeveling van 2012[31]. Vanuit **Assuralia** of de wettelijke toezichthouders, de Nationale Bank en de **FSMA**, zou er een overzicht ter beschikking moeten gesteld worden, dat een consument toelaat om de gekende verschuivingen van de portefeuilles op te volgen en de verzekeraar te identificeren die het contract beheert.

De verzekeringsonderneming moet de vereffening van een contract bewijzen

Soms krijgt de consument, die om de uitkering van een Levensverzekering verzoekt, de melding van de verzekeringsonderneming dat deze geen spoor meer kan terugvinden van de polis in haar bestanden. Deze situatie stelt zich regelmatig na een overlijden. De erfgenamen vinden in de documenten nog een originele polis terug. Wanneer de verzekeringsonderneming wordt aangesproken, vindt deze geen spoor meer terug van de polis in haar bestanden. Ze gaat er van uit dat de polis in het verleden werd

afgekocht of dat er slechts een korte tijd een premie betaald werd, waardoor er geen reserve meer beschikbaar was. Ze weigert bijgevolg over te gaan tot uitkering. De verzekeringsonderneming heeft dikwijls ook geen stukken meer in haar bezit. Ze moet wettelijk gezien de stukken van beëindigde overeenkomsten bewaren gedurende

31 - *Cijfers en Analyse 2011 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 61.

LEVEN

een termijn van slechts vijf jaar te rekenen vanaf de totale vereffening van de prestaties[32]. Bij overlijden kan het kapitaal opgeëist worden gedurende drie jaar na dit overlijden. Anderzijds voorziet de wetgeving dat de uitkering van het verzekerde kapitaal bij leven pas 30 jaar na de einddatum van het contract verjaart[33].

Volgens de algemene beginselen komt het aan de verzekeringsmaatschappij toe om de nodige bewijzen voor te leggen wanneer ze inroept dat er geen prestatie meer verschuldigd is. Het feit dat ze een bepaalde polis niet meer kan terugvinden in haar bestanden vormt geen sluitend bewijs. De nabestaanden kunnen namelijk de originele polis voorleggen die het bewijs vormt van hun vorderingsrecht ten aanzien van de verzekeringsonderneming. Wanneer deze laatste de vraag tot uitkering wenst te betwisten, moet ze staven dat de polis in het verleden is uitgekeerd, bijvoorbeeld op basis van een verklaring van verlies van het originele contract of dat er aan de verzekerde een aangetekend schrijven werd overgemaakt om de reductie van de polis aan te kondigen. Wanneer dergelijke documenten, vermoedelijk door de hoge bewaarkosten, niet meer beschikbaar zijn, kan de verzekeringsonderneming op juridisch vlak moeilijk een niet verjaarde vraag tot uitkering betwisten.

Discussies over de begunstigingsclausule…

De Ombudsman wordt in toenemende mate aangesproken betreffende discussies over de begunstigingsclausule. Hierbij ontvangt ze ook heel wat vragen, zoals: Mag ik de plaats innemen van mijn vooroverleden vader, wanneer deze als begunstigde was aangeduid? Wat zijn de gevolgen van een echtscheiding? Mag ik geen andere begunstigde aanduiden, wanneer de eerste aangeduide begunstigde expliciet de begunstiging aanvaardde? Ook de nieuwe wet betreffende de verzekeringen kan een invloed hebben. Zo werd de Ombudsman aangesproken door een ouder die via een Levensverzekering spaarde om enkele maanden voor de 18de verjaardag van haar dochter een tweedehandsauto te kopen tot voorbereiding van haar rijexamen. De dochter werd opgenomen als begunstigde. In voorkomend geval voorziet de nieuwe wetgeving dat het geld enkel mag uitgekeerd worden op een geblokkeerde rekening, zodat geen onmiddellijke aanwending mogelijk is[34].

Op verzekeringstechnisch vlak is de meerderheid van deze geschillen niet gegrond. Uit de analyse komt wel naar voor dat het belangrijk is om zowel bij het onderschrijven van de polis, als tijdens de looptijd, de nodige aandacht te besteden aan de begunstigingsclausule.

32 - Art. 80 **K.B. Leven**.
33 - Art. 88 § 1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
34 - Art. 68 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.

LEVEN

Een grote sprong voorwaarts voor de Schuldsaldoverzekering

In 2014 ontving de Ombudsman opnieuw een dertigtal klachten over de toegang tot Schuldsaldoverzekering. Hierbij meent de consument veelal dat de voorgestelde bijpremie voor zijn aandoening te hoog is en niet in verhouding staat met het overlijdensrisico van zijn aandoening.

Deze vragen kwamen voornamelijk voor in het tweede semester van 2014. De persberichten over de inwerkingtreding van het nieuwe solidariteitssysteem voorzien in de Wet Partyka zullen hier niet vreemd aan zijn[35].

Sinds 2012 hadden de verzekeringsondernemingen die lid zijn van **Assuralia** reeds maatregelen getroffen om de bijpremie voor de consument te beperken tot 200%[36]. Deze bepalingen zijn hernomen in een gedragscode, die echter weinig bekend is bij het publiek en soms zelfs bij de beheerders van de verzekeringsondernemingen. In verschillende dossiers die de Ombudsman behandelde in 2014 heeft ze moeten verwijzen naar de gedragscode om de bijpremie al te beperken tot 200%. Ingevolge de inwerkingtreding van de wet Partyka kunnen deze dossiers voortaan, onder bepaalde voorwaarden worden voorgelegd aan Opvolgingsbureau voor de tarifering Schuldsaldoverzekering[37].

35 - Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, *BS* 3 februari 2010, hernomen door art. 212 en volgende van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.

36 - Gedragscode ter verbetering van de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico, 2012, niet gepubliceerd.

37 - Zie infra p. 32.

HOOFDSTUK 3

De verzekerings-tussenpersonen in 2014

In cijfers

In 2014 ontving de Ombudsman 570 vragen tot tussenkomst ten aanzien van de verzekeringstussenpersonen, zijnde een stijging met 6% (34 dossiers) in vergelijking met 2013. Dankzij de vertrouwensrelatie, die de verzekeringstussenpersonen en hun klanten onderhouden, blijft het aantal klachten al bij al vrij laag. Door deze vertrouwensband verloopt de communicatie optimaler en kan de tussenpersoon zijn advies over de keuze en het beheer van de verzekeringen van zijn klant meer personaliseren.

2012	2013	2014
488	536	570

Evolutie van de vragen tot tussenkomst tegen de verzekeringstussenpersonen

Toch wordt de Ombudsman door de consumenten aangesproken omdat zij in een aantal gevallen een gebrek aan bijstand en advies hebben ervaren bij het onderschrijven of het beheer van de verzekeringspolis.

De ingediende vragen tot onderzoek hebben voornamelijk betrekking op de verzekeringstakken Auto, Leven en Brand. Samen zijn zij goed voor meer dan 65% van de klachten tegen verzekeringstussenpersonen.

In Autoverzekering is vooral de verplichte BA-verzekering een bron van ontevredenheid. Deze klachten stijgen in 2014 met 14%. De redenen tot ontevredenheid hebben in 75% van de gevallen betrekking op de productie van de polissen. De consument klaagt over het advies dat hij kreeg bij de onderschrijving van de verzekeringspolis. Hij vindt dat het advies van de tussenpersoon ontoereikend was, dat hij misleid werd of gewoon dat hij onvoldoende geïnformeerd werd.

Uitsplitsing per verzekeringstak	2012	2013	2014
Auto	108	127	143
Leven	109	115	142
Brand	88	108	94
Gezondheidszorgen	40	49	48
Rechtsbijstand	25	40	35
Alle risico's (juwelen, GSM, PC, huisdieren, ...)	46	17	33
BA diversen	16	22	24
Individuele ongevallen	8	8	16
Divers (transport, krediet, niet duidelijk omschreven)	28	34	15
Annulatie	14	7	14
Hulpverlening	5	8	6
Arbeidsongevallen	1	1	0
Totaal	488	536	570

In Levensverzekering bedraagt de stijging 23%. De aanvragen tot tussenkomst hebben hoofdzakelijk betrekking op de producten uitgebracht door Belgische verzekeraars, terwijl in de nasleep van de financiële crisis de Ombudsman voornamelijk klachten had ontvangen over buitenlandse producten. De redenen tot ontevredenheid zijn zeer verscheiden. De consument is van mening dat hij onvoldoende voorgelicht werd over de risico's van het onderschreven product. In geval van vervroegde afkoop verwijt hij een gebrek aan informatie van de verzekeringsadviseur over de kosten die hieraan gekoppeld zijn. In andere gevallen betwist de consument, ouder dan 65 jaar, het advies dat hij ontving om in te tekenen op een product zonder kapitaalgarantie. In de Uitvaartverzekering tenslotte is de consument veelal verbaasd over het bedrag van het kapitaal dat uitbetaald zal worden ten opzichte van het totale premiebedrag dat hij betaald heeft.

In Brandverzekering is het aantal dossiers globaal gedaald, ondanks een lichte stijging in de waarborg Storm ingevolge de klachten over de Pinksterstorm. De verzekerde meent in deze dossiers dat hij onvoldoende bijgestaan werd of gaat niet akkoord met het bedrag van de schadevergoeding. Deze aantijgingen zijn vaak ingegeven door ongeduld om naar de normale toestand te kunnen terugkeren. De meeste dossiers hierover werden als ongegrond afgesloten.

In het algemeen werd er voor 60% van de klachten tegen een verzekeringstussenpersoon een oplossing gevonden voor de consument. Meer bepaald in de verplichte verzekering BA-Auto is 54% van de dossiers met betrekking tot de productie gegrond, en in de tak Levensverzekeringen kende 62% van de dossiers een gunstige afloop. Onder de klachten tegen een verzekeringstussenpersoon die een schadegeval beheert in naam en voor rekening van een verzekeringsonderneming leidde 61% van de aanvragen tot een gunstig resultaat voor de klager.

In de kijker

De gevolgen van de nieuwe regelgeving TWIN PEAKS II

De nieuwe regelgeving, de zogenaamde **Twin Peaks II** voert voor de verkoop van verzekeringsproducten de **MiFID**-regels, die voorheen enkel van toepassing waren op de banksector, nu ook in de verzekeringssector in[38]. Deze wetgeving beoogt de consument beter te beschermen en gelijkwaardige regels voor de verzekerings- en de bankproducten in te voeren. Zij legt dan ook aan de verzekeringstussenpersonen en de verzekeringsondernemingen een aantal nieuwe verplichtingen op. Wanneer één van deze verplichtingen niet wordt nagekomen, wordt er een vermoeden van causaal verband met de door de consument geëiste schadevergoeding ingevoerd. De omkering van dit vermoeden is mogelijk. Hiervoor zal de verzekeringstussenpersoon moeten bewijzen dat hij wel degelijk alle nodige inlichtingen en een gepersonaliseerd advies heeft gegeven over de keuze en de kenmerken van een product, rekening houdend met de verlangens en de behoeften van de consument. De analyse van de klachten toont trouwens aan dat de objectieve behoeftes van de consument en zijn verlangens niet altijd overeenstemmen. De verzekeringstussenpersoon zal in ieder geval dergelijke verschillen op een duurzame drager moeten vastleggen, wil hij zich tegen eventuele klachten beschermen. In de dagelijkse praktijk is de tenuitvoerlegging van de **Twin Peaks II**–regelgeving vrij ingewikkeld en kan leiden tot onevenwichtige situaties[39]. Er moet trouwens een onderscheid worden gemaakt worden tussen financiële en spaarproducten enerzijds en overeenkomsten niet-Leven anderzijds. De toezichthouder heeft die zienswijze bevestigd.

Betwisting over de identiteit van de gebruikelijke bestuurder

In de BA Autoverzekering ontving de Ombudsman verschillende dossiers die handelen over de hoedanigheid van de gewoonlijke of gebruikelijke bestuurder van het voertuig. Voor de bepaling van de premie van de verzekeringspolis is het risicoprofiel van de bestuurder een sleutelfactor. Het is dus van groot belang dat de gebruikelijke bestuurder correct vermeld wordt[40]. In de concrete dossiers stemt echter de inhoud van het contract hierover

38 - Zie infra p. 33.
39 - Hans Housen, "BZB trekt met Twin Peaks naar de bioscoop", *De Verzekeringswereld,* Kluwer, 3 december 2014, p. 35.
40 - Zie supra, p. 13.

dikwijls niet overeen met de realiteit. Meestal ontdekt de verzekeraar de werkelijke identiteit van de gebruikelijke bestuurder bij een schadegeval. Wanneer de bestuurder op het moment van het ongeval de gebruikelijke bestuurder is en hij doelbewust niet als dusdanig in de verzekeringspolis werd vermeld, zal de verzekeraar het contract nietig verklaren. Als gevolg van deze nietigheid kan hij in die zin de terugbetaling van de betaalde schadevergoeding vragen zonder zelf de premies terug te betalen [41].

Op basis van de klachten stelt de Ombudsman vast dat het dikwijls moeilijk te achterhalen is wat er precies meegedeeld is geweest tijdens het gesprek bij de ondertekening van de verzekeringspolis. Zelfs als de consument de verzekeringsaanvraag, waarin de gebruikelijke bestuurder niet correct vermeld wordt, getekend heeft, betwist hij dat hij voldoende geïnformeerd werd over de gevolgen van een verkeerde verklaring. In bepaalde gevallen beweert de verzekeringstussenpersoon dan weer dat hij niet de relevante informatie gekregen heeft, zodat hij niet het gepaste advies kon geven. De wet bepaalt echter dat de kandidaat-verzekerde een spontane mededelingsplicht heeft voor alle elementen, die een invloed kunnen hebben op de beoordeling van het risico door de verzekeraar [42]. De persoon, die in de verzekeringsovereenkomst als niet-regelmatige bestuurder opgegeven wordt, mag in de feiten niet de gewoonlijke of gebruikelijke bestuurder van het voertuig zijn. Om zich tegen mogelijke vorderingen te beschermen moet de tussenpersoon de elementen op basis waarvan hij een advies heeft verleend, op een duurzame drager vastleggen. Om dergelijke discussies te vermijden, is het aangewezen dat de verzekeringsondernemingen de begrippen gebruikelijke, gewoonlijke en niet-regelmatige bestuurder duidelijk zouden omschrijven.

Tussenpersonen beheren de schadegevallen voor de verzekeringsonderneming die zij vertegenwoordigen

Van de aanvragen tot tussenkomst na een schadegeval wordt ongeveer 14% van de dossiers ingediend tegen een aantal verzekeringstussenpersonen die optreden in naam en voor rekening van een verzekeringsonderneming. In 2014 stegen deze klachten met 50%, vooral als gevolg van klachten over een aantal specifieke verzekeringsproducten zoals de Annulatieverzekering, Alle Risico's-Verzekeringen (waaronder GSM-verzekering) alsook deze die verzorgingskosten van huisdieren verzekeren. Die tussenpersonen staan in voor het volledige beheer. Ze regelen niet enkel de schadegevallen maar beheren ook de verzekeringsvoorwaarden. Bij het onderzoek van deze klachten stelt de Ombudsman soms vast dat er een gebrek aan opvolging is van de aangifte van schadegevallen en aan motivering bij weigering van tussenkomst. Hiernaast zijn er problemen op vlak van communicatie en bereikbaarheid van deze ondernemingen. Bovendien stelde de Ombudsman voor één van deze producten vast dat een reeks dossiers geregeld waren op basis van algemene voorwaarden waarvan de Franse en de Nederlandse tekst van elkaar verschilden en dat zelfs, in bepaalde gevallen, verschillende clausules in strijd waren met de wet betreffende de verzekeringen. De Ombudsman bracht de toezichthouders op de hoogte van deze onregelmatigheden.

41 - Art. 59 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
42 - Art. 58 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.

2014 een jaar van nieuwe wetgevingen

Een nieuwe wet betreffende verzekeringen

In 2014 is een nieuwe wet betreffende de verzekeringen in werking getreden[43]. Deze wetgeving beoogt enerzijds een codificatie van de bestaande wetten en anderzijds een grotere bescherming van de consument op verzekeringsvlak. Zonder volledig te willen zijn, kunnen een aantal bepalingen, die een antwoord kunnen bieden op de bekommernissen van de consument onder de aandacht worden gebracht. Zo legt de wet de verplichting op om overeenkomsten in duidelijke en nauwkeurige bewoordingen op te stellen. Als er twijfel bestaat over de draagwijdte van contractuele bepalingen, moeten deze in het voordeel van de consument worden geïnterpreteerd[44]. De wetgever past hierdoor op de verzekeringssector het algemeen principe van toetredingscontracten uit het burgerlijk recht toe. Daarnaast moet de reclame aan bepaalde vormvereisten beantwoorden[45]. In die zin moet de reclame als dusdanig duidelijk herkenbaar zijn. In Levensverzekeringen moet de publiciteit over de winstdeelname zo opgesteld worden, dat er vermeden wordt dat bij de consument valse hoop ontstaat[46].

Om de premie optimaal te laten overeenstemmen met het profiel van het te dekken risico oefenen de verzekeringsondernemingen over het algemeen een segmentatiebeleid uit, dat in overeenstemming is met de verzekeringstechnieken. In bepaalde gevallen kan deze aanvaardingspolitiek gunstig zijn voor de consument. Door de risico's beter af te bakenen betalen sommigen immers een correctere premie. Anderen, die een groter risico vormen, zullen echter een hogere premie moeten betalen of zelfs uitgesloten worden. De wetgever verzet zich niet tegen het principe van de contractvrijheid, maar voert een duidelijkere transparantieplicht in om elke vorm van discriminatie te vermijden[47]. Wanneer een verzekeringsonderneming weigert om een dekking toe te kennen of strengere voorwaarden hanteert betreffende de tariefvoorwaarden of de verleende dekking, moet ze haar beslissing objectief rechtvaardigen. Zij moet eveneens kunnen uitleggen waarom elk segmentatiecriterium is gebruikt, zodat kan worden nagegaan of de doelstelling, die ze nastreeft, legitiem is.

De oprichting van het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering

In 2014 werd de toegang tot een Schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico concreet in wetgeving gegoten[48]. Hiermee werd een aanbeveling uit 2008 in de praktijk omgezet[49]. De Ombudsman had toen een oproep gelanceerd om een structurele oplossing uit te werken voor de moeilijkheden die de consument met gezondheidsproblemen ondervindt. Hun gezondheid was een obstakel voor het onderschrijven van een Schuldsaldoverzekering, zodat hij geen hypothecaire lening kon aangaan om een eigen woning te verwerven.

43 - Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *B.S.*, 30 april 2014.
44 - Art. 23 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
45 - Art. 28 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
46 - Art. 35 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
47 - Art. 42 en volgende van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
48 - Art. 212 en volgende van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014 en K.B. van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, *BS* 10 juni 2014.
49 - *Zakboekje 2007 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 121

De wet organiseert nu de toegang tot deze verzekering teneinde de premie voor de consument aanvaardbaar te maken. Hiertoe wordt een Opvolgingsbureau voor de tarifering opgericht. De belangrijkste taak ervan is nagaan of de gevraagde bijpremie of de weigering tot dekking medisch en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd zijn. Het secretariaat van dit bureau wordt toevertrouwd aan de Ombudsdienst[50].

De wet voorziet ook in de oprichting van een Compensatiekas. Deze zal het gedeelte van de bijpremie, die 125% overstijgt, voor haar rekening zal nemen. Door dit wetgevend initiatief hoeft de consument niet langer, binnen de opgelegde voorwaarden, het gedeelte te dragen dat dit plafond overschrijdt.

De wet Twin Peaks II

Eveneens om de belangen van de consument te vrijwaren keurde de wetgever de zogenaamde wet "**Twin Peaks II**" goed. De uitvoeringsbepalingen van deze wet traden grotendeels in voege op 30 april 2014 en hebben een zeer ruim toepassingsgebied. De implementering ervan gaat gepaard met een aantal praktische moeilijkheden. Deze wet streeft naar de transversale coherentie van de regels voor de bescherming van de gebruikers van financiële producten en diensten enerzijds en een efficiëntere controle en bijgevolg meer bevoegdheden van de **FSMA** anderzijds.

Om de consument te beschermen werden de **MiFID**-gedragsregels uitgebreid tot de verzekeringssector. De bepalingen ervan hebben onder andere betrekking op de precontractuele informatie die aan de kandidaat-verzekerde moet worden bezorgd. Als de verzekeringsovereenkomst een spaar- of beleggingsverzekering betreft, gelden er bijkomende specifieke vereisten. Deze nieuwe verplichtingen zijn echter zwaar en over de toepassing ervan bestaat nog heel wat discussie[51].

In het kader van de klachtenbehandeling wenst de Ombudsman de lichtere bewijslast voor de consument te benadrukken van een fout, nalatigheid of een vergissing van de professioneel in verzekeringen. Een vermoeden van oorzakelijk verband tussen de door de consument geleden schade en het gebrek aan naleving van bepaalde verplichtingen wordt ingevoerd. De verzekeringsspecialist kan dit vermoeden echter omkeren door elementen aan te brengen die bewijzen dat hij geen fout heeft begaan.

De Consumentenombudsdienst

De omzetting in het Belgisch recht van de Europese **ADR**-richtlijn en de wil om ontevreden consumenten bij een geschil gemakkelijker toegang te bieden tot een snelle en kosteloze minnelijke schikking hebben de wetgever ertoe gebracht om een Consumentenombudsdienst op te richten[52]. Vanaf 1 juni 2015 kan elke ontevreden consument zich tot dit loket richten, die de consument zal doorverwijzen naar de gekwalificeerde entiteit die bevoegd is om zijn probleem te behandelen. Als er geen entiteit is die het geschil kan beheren, zal de dienst zelf voor de afhandeling van het dossier zorgen. De Ombudsman van de Verzekeringen werkt actief mee aan deze nieuwe dienst door te zetelen in het directiecomité.

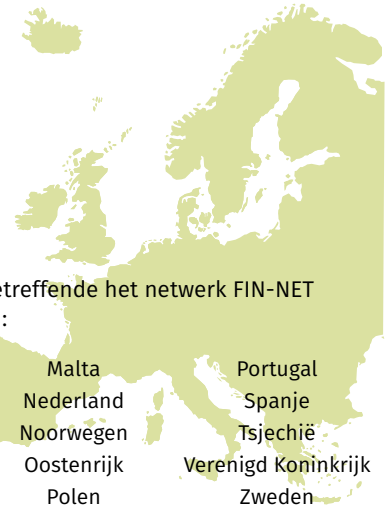
50 - Art. 302 §3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, *BS* 30 april 2014.
51 - Zie supra p. 30.
52 - Boek XVI van het Wetboek van Economisch Recht van 28 februari 2013, toegevoegd door de wet van 4 april 2014 houdende invoeging van Boek XVI, "Buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen" in het Wetboek van Economisch Recht, *BS* 12 mei 2014.

Netwerken

WERELDWIJD

The INFO Network (International Network Financial services Ombudsman Schemes)

www.networkfso.org



EUROPA

FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)

www.ec.europa.eu/fin-net

De partijen die het memorandum van overeenstemming betreffende het netwerk FIN-NET hebben ondertekend, zijn werkzaam in de volgende landen:

België	Frankrijk	Italië	Malta	Portugal
Denemarken	Griekenland	Kroatië	Nederland	Spanje
Duitsland	Hongarije	Liechtenstein	Noorwegen	Tsjechië
Estland	Ierland	Litouwen	Oostenrijk	Verenigd Koninkrijk
Finland	Ijsland	Luxemburg	Polen	Zweden

BELGIË

POOL (Permanent overleg Ombudsmannen)

www.ombudsman.be

Belmed (online alternatieve geschillenregeling van FOD Economie)

www.belmed.fgov.be

De Consumentenombudsdienst

North Gate II
Koning Albert II-laan 16
1000 Brussel

www.comsumentenombudsdienst.be

Het team van de Ombudsman:

Ombudsman:

Josette Van Elderen

Adviseurs:

Magali André
02/547 57 80

Hans Claes
02/547 58 73

Patricia De Jaegher
02/547 58 72

Céline Paque
02/547 58 69

Nathalie Peetroons
02/547 58 74

Sylvie Scheerlinck
02/547 58 76

Guido Schmitz
02/547 58 68

Roselinde Sneyers
02/547 58 75

Vincent Théate
02/547 58 79

Marie Vermeiren
02/547 57 79

Organisatie Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering:

Siemon Crosiers
02/547 57 70

Secretariaat:

Valérie Saussez
02/547 58 71

Françoise Vanhee
02/547 58 77

Lexicon

ADR:

Alternative Dispute Resolution of alternatieve geschillenbeslechting, zijnde mogelijkheid tot geschillenbeslechting buiten het gerechtelijk systeem om.

Assuralia:

Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen, vroeger BVVO.

BA Autoverzekering:

Verzekering die de burgerlijke aansprakelijkheid dekt van een voertuig.

BA Privéleven:

Verzekering die de burgerlijke aansprakelijkheid dekt bij een buitencontractueel geschil in het privéleven, ook Familiale verzekering genoemd.

Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering:

Instantie die bevoegd is bij betwistingen omtrent de uitsluiting, die werd opgenomen in de bijzondere voorwaarden van een Hospitalisatieverzekering. Deze commissie, die paritair is samengesteld door vertegenwoordigers van consumenten en verzekeringsondernemingen streeft er naar een minnelijke oplossing te bereiken. Zij zal trachten een voorstel te formuleren om de consument en de verzekeringsonderneming te verzoenen.

Beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomst:

Verzekering afgesloten door een werkgever in het voordeel van één of meerdere categorieën werknemers.

Datassur:

Economisch samenwerkingsverband dat ondermeer gegevensbanken beheert. Datassur registreert de gegevens die de verzekeringsondernemingen bezorgen ingevolge de opzeg van een contract op basis van objectieve criteria zoals de niet-betaling van de premie, de schadelast en de bewezen fraude. De Ombudsman komt tussen als beroepsinstantie bij klachten over de gegevens die worden opgenomen in het “Speciale Risico’s”-bestand of **RSR**-bestand, beheerd door Datassur.

FSMA:

De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten, vroeger CBFA. Deze Belgische overheidsdienst is ondermeer belast met toezicht op integere financiële markten en een behoorlijke behandeling van de financiële consument.

K.B. Leven:

K.B. van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit, *BS* 14 november 2003.

MiFID:

Markets in Financial Instruments Directive, K.B. van 27 april 2007 tot omzetting van de Europese richtlijn betreffende de markten voor financiële instrumenten, *BS* 31 mei 2007.

MOB:

Maatschappij van onderlinge bijstand. Deze ondernemingen werden opgericht door de ziekenfondsen aangezien de aanvullende Hospitalisatieverzekeringen sinds 1 januari 2012 niet meer kunnen aangeboden worden door een ziekenfonds. Deze laatste kan nu nog slechts optreden als verzekeringstussenpersoon voor een MOB.

Modelovereenkomst:

De minimale verzekeringsvoorwaarden voor de verplichte BA Autoverzekering die opgenomen zijn in de bijlage van het K.B. van 14 december 1992 betreffende de modelovereenkomst voor de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, *BS* 3 februari 1993.

Niet-beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomst:

Deze Hospitalisatieverzekering is afgesloten door een persoon voor zichzelf en/of zijn familie.

Omnium:

Verzekering die de materiële schade dekt van een voertuig los van de vraag van aansprakelijkheid.

Rechtsbijstand basis niet-auto:

Rechtsbijstandverzekering die vervat zit in een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering (zoals BA Privéleven, Brandverzekering, BA Uitbating).

RSR-bestand:

Risques Spéciaux/Speciale Risico's-bestand, beheerd door **Datassur**.

Tak 21:

Levensverzekering die een gewaarborgd kapitaal of rendement voorziet bij overlijden of op de einddatum van het contract.

Tak 23:

Levensverzekering gekoppeld aan een beleggingsfonds zonder waarborg van het geïnvesteerde kapitaal.

Twin Peaks II:

Wet van 30 en 31 juli 2013 tot versterking van de bescherming van de afnemers van financiële producten en diensten alsook van de bevoegdheden van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten en houdende diverse bepalingen, *BS* 30 augustus 2013; K.B. van 21 februari 2014 over de regels van de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector, *BS* 7 maart 2014; K.B. van 21 februari 2014 inzake de krachtens de wet vastgestelde gedragsregels en de regels over het beheer van belangenconflicten, wat de verzekeringssector betreft, *BS* 7 maart 2014; K.B. van 21 februari 2014 tot wijziging van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen, *BS* 7 maart 2014; K.B. van 25 april 2014 betreffende bepaalde informatieverplichtingen bij de commercialisering van financiële producten bij niet-professionele cliënten, *BS* 12 juni 2014. Deze wetgeving wordt ook "AssurMiFID" genoemd.

Universal Life:

Flexibele Levensverzekering waarin de verzekeringsnemer vrij is, zowel in omvang als in tijd, om een premie te storten. De intrestvoet is hierdoor niet gewaarborgd voor de toekomstige premies.

Wachtverzekering:

Ziekteverzekering die het mogelijk maakt, door middel van de betaling van een bijkomende premie, om de premie te beperken (door een korting toe te kennen of door de premie te berekenen op de leeftijd van de afsluiting van de Wachtverzekering) op het ogenblik dat men een beroepsgebonden Ziekteverzekering individueel verderzet.

Wet Verwilghen:

Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, *BS* 10 augustus 2007. Deze wet werd vervolledigd door de "reparatiewet" van 17 juni 2009 (*BS* 8 juli 2009).

HOE EEN AANVRAAG INDIENEN?

De procedure om een dossier in te dienen is schriftelijk. U kan dit bezorgen op twee manieren:

rechtstreeks via

invulformulier op de website www.ombudsman.as

e-mail: info@ombudsman.as

brief: Ombudsman van de Verzekeringen,
de Meeûssquare 35, 1000 Brussel

fax: 02/547 59 75

via Belmed, het uniek loket van de FOD Economie:

www.belmed.fgov.be

OMBUDSMAN
VAN DE VERZEKERINGEN

de Meeûssquare, 35
B - 1000 Brussel
Tel: 02/547 58 71 - Fax: 02/547 59 75
info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

Dit verslag 2014 is ook beschikbaar in PDF-formaat op www.ombudsman.as/
Une version française imprimée est disponible sur simple demande.

Concept & realisatie:
PIXALYS Communication bvba
Tel.: +32 (0)2 478 64 99
info@pixalys.be

D/2015/0377-4

OMBUDSMAN
VAN DE VERZEKERINGEN

de Meeûssquare, 35
B -1000 Brussel

Tel. +32 (0)2 547 58 71
Fax +32 (0)2 547 59 75

info@ombudsman.as
www.ombudsman.as