Table des matières

1. Introduction 3

2. Evénements de 1999 5

2.1. Les événements accidentels 5

2.2. Une intervention législative 6

2.3. Des mesures en faveur du consommateur 6

3. Statistiques et analyse 9

3.1. Introduction 9

3.2. Nombre de plaintes 10

3.3. Provenance des plaintes 11

3.4. Répartition par branche 12

3.5. Motifs des plaintes 13

3.6. Résultats des plaintes 17

3.7. Tableau récapitulatif 19

4. Recommandations 21

4.1. Suivi des recommandations émises dans le rapport de 1999 21

1. Assurance protection juridique 21

2. Assurances vie 22

3. Assurances hospitalisation 22

4.2. Recommandations sur base des doléances formulées en 1999 22

1. La communication 22

2. Dégradations matérielles volontaires 23

3. Assurance hospitalisation 24

4. Assurance vie 25

5. Conclusion 26

Annexe 1: Cas d'intervention 27

Annexe 2: Extrait du rapport annuel de l'année 1996: assurances vie 38

Annexe 3: Extrait du rapport annuel de l'année 1998: incidences économiques de la baisse des taux d'intérêt 39

Annexe 4: Extrait du rapport annuel de l'année 1997: delais de règlement 40

Annexe 5: Extrait assurinfo 28/10/99 41

Annexe 6: Liste des entreprises d'assurances membres de l'upea 45

Annexe 7: Procédure d'accès à l'ombudsman 47

Quels types de plaintes peuvent lui être soumises ? 47

Comment la contacter ? 47

1 Introduction

Les méthodes alternatives de règlement de conflit se développent. En 1987, l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances a pris l'initiative de créer le poste d'Ombudsman. Elle a donc joué le rôle de pionnier et de précurseur.

Cet accès facile, gratuit, rapide pour régler un litige présente de larges avantages pour le consommateur.

Dans différents milieux et à tous niveaux, on en prend conscience.

Ainsi, au niveau européen, la direction générale "Santé et Protection des consommateurs" (anciennement nommée DG XXIV) de la Commission Européenne se soucie du développement de la résolution extrajudiciaire des conflits. Dans un souci de transparence et de protection du consommateur, elle a émis une recommandation[1] établissant les critères auxquels doivent répondre les organes qui en sont chargés.

Dans le prolongement de cette recommandation, la direction générale en charge des services financiers (anciennement nommée DG XV) a interrogé chaque Etat membre afin de répertorier les différents organes existants dans leur ressort territorial pour la résolution extrajudiciaire des conflits en matière de banque et d'assurances.

Sur la base des informations ainsi récoltées, les différents Etats membres cherchent à établir un réseau à travers la communauté européenne qui permettrait à tout citoyen de régler un litige transfrontalier hors de la voie judiciaire.

[1] *Recommandation de la Commission concernant les principes applicables aux organes responsables pour la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation (98/257/CE)*

A la lecture de ce rapport, on constatera que le secteur a pu concrétiser d'autres projets permettant l'accélération du règlement des sinistres.

On assiste donc à un développement des solutions alternatives de règlement de conflits en dehors des recours judiciaires. La fonction d'Ombudsman de l'UPEA s'inscrit activement dans cette mouvance et son rôle ne s'en voit que conforté.

2 Evénements de 1999

Certains événements ont particulièrement marqué le secteur de l'assurance en Belgique. Quelle est leur répercussion ?

2.1 Les événements accidentels

a) Carambolage à Menin du 15 mars 1999

Quelques jours après sa survenance, les assureurs du marché belge ont par un communiqué de presse informé le public de leur décision de gérer l'accident conformément à la convention "collisions en chaîne" mise au point par l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances.

Grâce à cette convention, les victimes et leurs proches se font indemniser totalement pour leurs dommages corporels et essentiellement pour leurs dommages matériels sans être confrontés à des problèmes de preuves insurmontables.

b) Tornade de Tournai et inondations du mois de décembre 1999

Ces événements tragiques pour ceux qui en sont les victimes ont une nouvelle fois amené les médias, le monde politique au sens large et le gouvernement à s'intéresser à la question de la couverture contre les catastrophes naturelles. Depuis plus de 10 ans, les assureurs travaillent au projet de la couverture de ces risques mais l'absence de volonté politique du précédent gouvernement d'aboutir a pour conséquence qu'ils n'ont vu encore aucune concrétisation.

Or, suite aux modifications climatiques, on a dû constater une répétition de ces phénomènes exceptionnels qui plongent les habitants concernés dans le plus grand désarroi sans qu'ils ne puissent obtenir rapidement une réparation équitable.

L'assurabilité contre ces risques étant liée à la solidarité, une intervention légale est indispensable pour pouvoir protéger la population contre ces phénomènes.

En octobre 1998, un avant-projet de loi prévoyant l'assurance obligatoire des catastrophes naturelles sur la base du principe de la solidarité des citoyens et de la mutualité des risques avait été approuvé par le Conseil des ministres. Le Conseil d'Etat n'a pas rendu d'avis en temps utile. Ce projet, qui rencontrait les besoins du grand public, est donc resté lettre morte et un autre projet issu du nouveau gouvernement a vu le jour en janvier 2000. Selon cette version, les assureurs peuvent, à un tarif qu'ils déterminent librement, couvrir ces risques. La philosophie de base a donc changé et la concurrence jouera librement. A la fin du mois d'avril 2000, le Conseil d'Etat a rendu son avis. Avant la période des vacances, le projet de loi sera déposé à la Chambre.

2.2 Une intervention législative

Le 1er juillet 1999 entrait en vigueur un arrêté royal en matière d'assurances vie.

Deux dispositions retiennent plus particulièrement l'attention:

Il y a d'abord la réduction du taux maximum d'intérêt garanti qui passe de 4,75% à 3,75%. Cette mesure soutient les décisions de réduction prises par la majorité des entreprises d'assurances du marché fin de l'année 1998, généralement au taux de 3,25%.

Ensuite, le législateur a traduit le souhait du consommateur d'une plus grande transparence en matière de participations bénéficiaires. Ainsi, l'entreprise d'assurances devra désormais communiquer annuellement au preneur d'assurances l'augmentation des prestations assurées dues à la participation bénéficiaire ainsi que les conditions auxquelles le contrat doit satisfaire pour pouvoir bénéficier d'une participation bénéficiaire au cours de l'exercice suivant.

Voilà traduite dans un texte légal la recommandation déjà émise par l'Ombudsman dans son rapport annuel de 1996 (voir annexe 2).

2.3 Des mesures en faveur du consommateur

L'une concerne la protection contre les abus, l'autre porte sur la faculté de recourir à un mode de règlement de conflits en dehors du recours judiciaire.

a) Création d'une section "Clauses et pratiques abusives" au sein de la Commission des assurances, qui lui a confié la tâche de:

- dresser l'inventaire des clauses et pratiques jugées abusives;
- surveiller le respect des avis rendus et des décisions prises en la matière par le Service Plaintes de l'OCA, de l'Ombudsman de l'UPEA, des cours et tribunaux;
- préparer des recommandations et des projets de nouvelles réglementations.

Au sein de cette commission, plusieurs groupes sont représentés: les entreprises d'assurances, les consommateurs privés et industriels, les intermédiaires d'assurances et le monde académique.

Par conséquent, le fait qu'une telle instance officielle se charge notamment du suivi de l'application des avis et des recommandations de l'Ombudsman est un signe de l'importance et de l'intérêt que les différents intervenants du secteur accordent à la mission qu'elle réalise.

L'Ombudsman se félicite d'avoir l'appui d'un tel organisme officiel et formule encore plus l'espoir de voir dans le futur la réalisation concrète de ses recommandations.

b) Création de formules d'arbitrage

En raison de la lenteur et du coût des procédures judiciaires ainsi que de l'encombrement des tribunaux, les assureurs ont recherché des nouvelles solutions alternatives de règlement des conflits permettant, grâce à un accès facile et une procédure simplifiée, de résoudre plus rapidement les problèmes.

Ainsi, entreprises d'assurances, intermédiaires et avocats ont mis sur pied une "ASBL arbitrage" à laquelle le citoyen peut recourir en cas de litige portant sur des accidents de la circulation occasionnant des dommages matériels. S'il y a des dommages corporels, les frais médicaux ne peuvent excéder 10.000 BEF.

Le coût de la procédure, lui, s'élève à 15.000 BEF. Un appel de la décision est possible pour autant que l'enjeu dépasse 250.000 BEF.

Cette procédure est actuellement en démarrage pour les juridictions de Bruxelles et de Liège. Des négociations sont en cours avec les autres barreaux.

Par ailleurs, il faut relever l'initiative de différentes entreprises d'assurances représentant + 30% du marché automobile qui, en collaboration avec Test-Achats, ont ouvert la possibilité à leurs assurés de soumettre à un tribunal arbitral leurs litiges communs portant sur des dommages matériels. La décision doit intervenir dans les deux à six mois. Elle n'est pas susceptible d'appel. Les frais de procédure sont partagés entre les entreprises d'assurances concernées.

Il s'agit d'initiatives heureuses car elles rencontrent le souci du consommateur qui trop souvent, pour des raisons d'argent et de temps, abandonne le recours à la justice.

D'autres projets permettant d'accélérer le règlement des sinistres sont en voie de réalisation et l'Ombudsman relève plus particulièrement la procédure de "Trans PV" relative à l'accélération de la réception du dossier répressif ainsi que les deux propositions de loi en matière de roulage dont l'une instaurerait des délais d'indemnisation en cas de dommages corporels et l'autre étendrait le champ d'application de l'indemnisation automatique des usagers faibles.

3 Statistiques et analyse

3.1 Introduction

L'analyse statistique des plaintes traitées par l'Ombudsman se fonde sur des codes qui sont déterminés au moment de l'enregistrement de la plainte qui lui est adressée.

Ces codes sont répartis en 5 catégories:

a. La branche

Sous cet aspect, les plaintes sont classées en fonction de la branche ou sous-branche voire la garantie d'assurance concernée (auto, vie, incendie, vol,...).

b. La provenance

Ce code identifie le profil de celui qui a introduit la plainte (assuré, intermédiaire, autre,...).

c. Le motif

Ce code permet de répertorier le motif qui a incité le plaignant à introduire sa requête. De quoi est-il insatisfait ? Pourquoi fait-il appel à l'Ombudsman ?

d. Le type de dossier

On sépare les doléances qui concernent la "production", c'est-à-dire la conclusion du contrat de celles qui ont trait au "sinistre" qui est le moment où l'assureur va exécuter les prestations auxquelles il s'était engagé.

e. Le résultat

Cette codification dissocie les plaintes qui font l'objet d'une analyse par l'Ombudsman de celles qu'elle n'a pas eu à traiter. On indique le motif pour lequel certaines sortent de sa compétence (appel à l'Office de Contrôle des Assurances, questions relevant du domaine commercial,...).

Parmi les plaintes analysées, on distinguera les plaintes fondées des non-fondées.

3.2 Nombre de plaintes

L'analyse des plaintes se réalise sur la base des plaintes **écrites**. L'office de l'Ombudsman reçoit cependant aussi de nombreux appels téléphoniques qui ne donnent pas lieu à des plaintes écrites mais qui ne sont pas négligeables.

En effet, lorsque l'on sait que la mission fondamentale de l'Ombudsman est d'améliorer l'image de marque du secteur, son rôle d'écoute et d'information au téléphone est primordial.

En 1999, l'Ombudsman a enregistré 1.473 plaintes écrites, soit une hausse de 34% (1.100 plaintes enregistrées en 1998).

Cette hausse résulte principalement de l'influence des médias. En effet, il suffit d'un article dans la presse, d'une émission de radio ou de télévision pour que le nombre de plaintes monte en flèche.

Pour l'année 1999, il faut souligner tout particulièrement l'influence du passage de l'Ombudsman à l'émission télévisée "Controverse" (RTL) du dimanche 24 février 1999 où l'animateur incisif, Pascal Vrebos, a porté le débat sur la fonction d'Ombudsman. On estime que 120 plaintes environ ont été introduites suite à ce débat.

De plus, la décision prise en fin d'année 1998 de réduire le taux d'intérêt garanti de 4,75% en assurances vie (voir rapport annuel 1998 annexe 3) a donné lieu à une septantaine de plaintes.

3.3 Provenance des plaintes

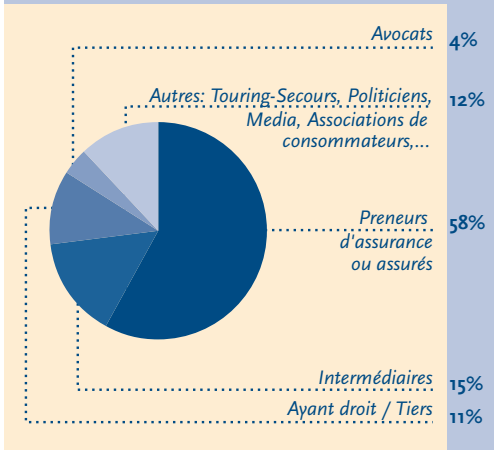
La majorité des plaintes (58%) sont introduites par les assurés. Ce pourcentage était identique en 1998. La hausse provient essentiellement des médias et du monde politique qui représentaient ±6% en 1998 et ±10% en 1999 ainsi que des "tiers" (parties adverses) dont le pourcentage représentatif passe de 8% à 11% en 1999.

Le nombre absolu des plaintes introduites par les courtiers et les avocats est resté identique. On peut espérer qu'ils connaissent pour la grande majorité l'existence de l'Ombudsman et que, par conséquent, l'action des médias soit sans incidence sur leur comportement.

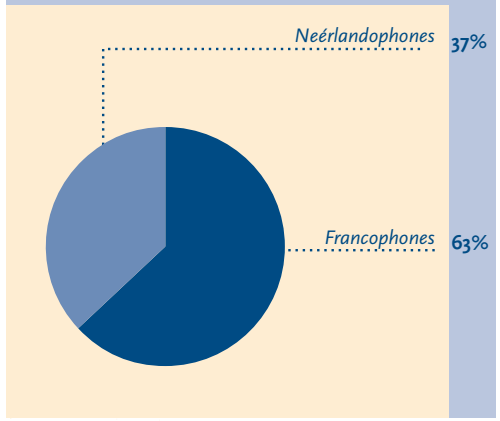
Sur le plan linguistique, on assistait l'an dernier à une tendance à l'équilibre entre les deux régions. Cette année, les plaintes introduites par les francophones représentent 63%. L'augmentation globale du nombre provient d'ailleurs essentiellement des francophones qui ont introduit, en 1999, 933 plaintes pour 602 en 1998. Les néerlandophones n'ont introduit que 42 plaintes en plus. L'influence de l'action des médias n'est pas sans incidence sur cette répartition. En effet, l'émission télévisée de RTL du 24 février 1999 a, à elle seule, donné lieu à 120 plaintes !

De plus, un large éventail de la presse francophone [2] a consacré plus d'espace à l'information de l'existence de l'Ombudsman et de sa fonction. Ainsi, sous la rubrique médias et politiciens, la part des francophones représente 76% des plaintes introduites.

Provenance des plaintes - 1999



Langues

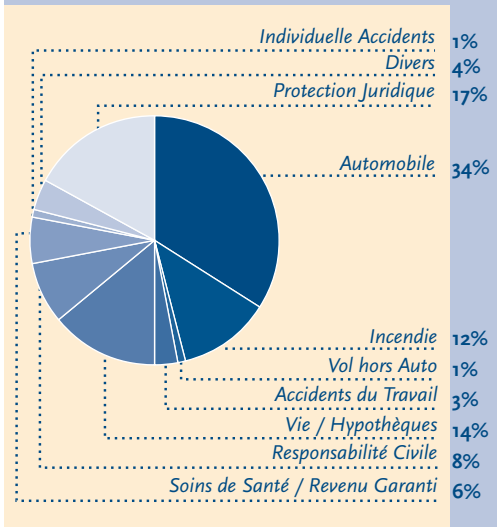


[2] *Le Soir, le Soir Illustré, Télépro, le Moniteur de l'Automobile,...*

3.4 Répartition par branche

A l'instar des années précédentes, on se plaint essentiellement en branche automobile et principalement à propos de l'assurance RC obligatoire. Ces plaintes représentent depuis plusieurs années 33% environ. En 1999, ce type de plainte a augmenté de plus de 46% (de 277 à 423 plaintes !).

Répartition par branche - 1999



En protection juridique, alors qu'en 1998 le nombre de plaintes avait baissé et ne représentait plus que 13%, en 1999 elles représentent 17%. La hausse est marquante: 64%. On passe ainsi de 148 plaintes en 1998 à 243 plaintes en 1999.

En assurance vie, une soixantaine de plaintes sont enregistrées en plus alors qu'en soins de santé, on assiste à une relative stabilisation (+ 10 plaintes).

Le nombre de plaintes par branche

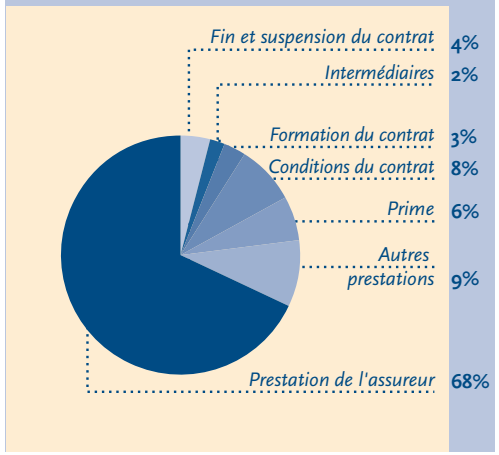
	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'99/'98
Protection Juridique	92	126	123	177	148	**243**	**+ 64%**
Auto	224	271	314	283	339	**496**	**+ 46%**
Incendie	175	186	169	179	184	172	- 7%
Vol	23	39	32	18	21	21	+ 0%
Accidents du Travail	21	39	17	24	36	51	+ 42%
Vie/Hypothèques	66	109	108	106	140	**201**	**+ 44%**
R.C.	71	72	80	88	99	124	+ 25%
Soins de santé/Rev. garantis	35	74	71	47	73	83	+ 14%
Individuelle accidents	17	15	12	18	13	16	+ 23%
Divers	24	31	33	46	47	66	+ 40%
Total de l'année	**832**	**1060**	**1050**	**1063**	**1100**	**1473**	**+ 34%**

L'explication de l'ensemble de ces fluctuations se trouve essentiellement dans les raisons pour lesquelles le consommateur se plaint (voir 3.5 "motifs des plaintes").

3.5 Motifs des plaintes

Sur 1.473 plaintes introduites, 474 concernent la production. La grande majorité (70%) porte sur le règlement des sinistres.

Motifs des plaintes - 1999

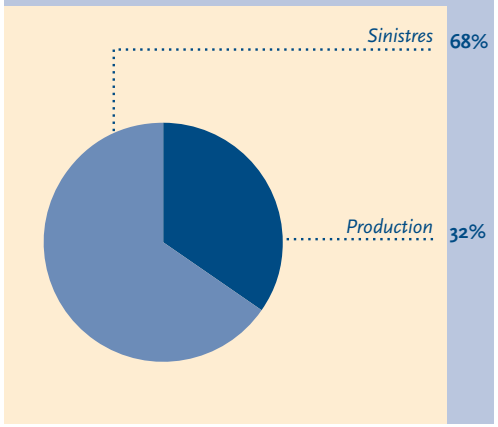


A. En **PRODUCTION**, force est de constater que le consommateur s'inquiète du **prix** qu'il a à payer pour s'assurer. Ainsi, les plaintes portent sur les primes et les difficultés pour s'assurer.

Il est certain et plus particulièrement en assurance RC automobile obligatoire que la segmentation de plus en plus poussée a des effets pervers. En effet, les candidats preneurs d'assurances présentant des caractéristiques plus lourdes au niveau du risque tombaient autrefois dans la masse des assurés sur la base de la solidarité. Aujourd'hui, ils rencontrent des difficultés pour trouver une couverture d'assurance ou tout le moins à un prix abordable.

L'Ombudsman ne peut malheureusement que partiellement les appuyer dans leur démarche. En effet, les tarifs et les conditions d'acceptation des risques

Type de plainte - 1999



relèvent de la politique commerciale des entreprises d'assurances où elles établissent librement leur choix stratégique.

Aussi, l'Ombudsman saisie de telle plainte ne peut-elle que renvoyer au "Pool des risques difficiles à placer".

Cependant, lorsque le plaignant n'accepte pas le montant de la prime, l'Ombudsman vérifiera si les dispositions contractuelles en matière d'adaptation tarifaire ainsi que celles qui régissent l'application du bonus malus ont bien été respectées.

De même, lorsque l'assuré n'accepte pas la résiliation de la police (30 cas), l'Ombudsman s'inquiétera de savoir si elle a été faite dans le cadre des prescrits juridiques. Des réclamations portent également sur le remboursement de la prime.

Si le plaignant s'insurge contre son inscription au fichier RSR géré par **"Datassur"**[3], elle s'assurera que son enregistrement est fondé.

Dans toutes les branches, mais principalement en branche vie (50%), le candidat-preneur ou l'assuré saisit l'Ombudsman pour dire son étonnement voire même son exaspération quand il a interrogé l'entreprise d'assurances et que **sa demande reste sans réponse**... A l'examen du dossier, l'Ombudsman a constaté que 70% de ce type de doléances étaient fondées !

Enfin, en **assurance vie**, parmi les 89 plaintes portant sur **les montants des prestations acquises**, il y a lieu d'isoler la septantaine de plaintes qui portaient sur le changement du montant nominal du taux garanti.

En effet, dans les contrats à "primes variables", les assureurs ont baissé le taux garanti de 4,75% à généralement 3,25% pour tous les versements qui seraient effectués après le 1er janvier 1999.

La controverse trouve son origine dans la rédaction obscure de la clause qui mentionne la garantie d'un taux d'intérêt stable ainsi que des documents publicitaires qui accompagnent et soutiennent la vente du produit.

En réalité, la loi[4] interdit de garantir le montant du capital final de telle sorte que pour certaines entreprises d'assurances, la disposition concernée ne pouvait donner lieu qu'à une interprétation.

D'autres, sensibles au respect de la volonté du preneur d'assurances au moment de la souscription ont cherché à trouver des solutions pragmatiques.

[3] *Groupement d'Intérêt Economique chargé de l'administration et de la gestion des fichiers reprenant des données relevantes dans le cadre de l'exécution des contrats d'assurances.*

[4] *article 24 de l'arrêté royal vie du 17/12/1992 - Moniteur Belge 31/12/1992*

B. Quand les plaintes portent sur des **SINISTRES**, elles concernent pour une large part (431 cas sur 999), le **refus d'intervention** de l'entreprise d'assurances.

En analysant ce motif en regard des branches concernées, on constate que ce motif est invoqué principalement dans quatre branches: l'auto (109 cas), la protection juridique (89 cas), les branches RC divers (75 cas) et les soins de santé (41 cas).

Les motifs pour lesquels les entreprises d'assurances refusent d'intervenir sont variables en branche auto.

Par contre, en protection juridique, les refus se fondent principalement sur la possibilité que s'est contractuellement réservée l'entreprise d'assurances de trouver une solution amiable au conflit. La saisie prématurée de l'avocat reste un motif fréquent de discussion. L'autre motif a trait aux garanties plus sophistiquées accordées par les contrats de la "nouvelle génération": couverture en matière de droit de la famille, du travail, social, fiscal, contractuel... où l'antériorité et par là même l'absence d'aléa et donc de risque qui est l'essence même d'un contrat d'assurances, fait défaut (voir annexe 1 cas n° 10).

En RC diverses, il s'agit surtout des "RC exploitation" où l'entreprise d'assurances soit estime que la faute dans l'exercice de la profession de son assuré n'est pas prouvée (notion de faute, travail exécuté par différentes entreprises), soit invoque une disposition contractuelle (exclusion, franchise).

En soins de santé, la majorité des contestations porte sur l'état préexistant de l'assuré ou sur la nécessité médicale de l'intervention.

Le consommateur se plaint aussi de la **lenteur du règlement** du sinistre (13%), surtout dans la branche auto (50% de cette catégorie) et en protection juridique où il parlera de gestion passive.

Un nombre important de personnes rencontrent des difficultés pour avancer les fonds afin de réaliser les réparations. Mais entre-temps, la personne lésée est privée de son véhicule ou confrontée à des dégradations mobilières ou immobilières qui peuvent s'aggraver.

Si 60% de ces plaintes sont fondées dans l'ensemble, force est cependant de constater que les entreprises d'assurances ne sont pas toujours responsables du délai du règlement d'un sinistre.

En effet, avant de prendre position dans un sinistre, elles souhaitent prendre connaissance du dossier répressif. Or, la procédure actuellement en vigueur pour en obtenir copie est lourde et fastidieuse. Par le canal de leur Union Professionnelle, elles ont proposé une solution alternative: le projet “Trans PV” (voir supra p.8). Ce projet, toujours suivi par les assureurs, est malheureusement bloqué au sein du Ministère de la Justice auprès de la Commission sur le respect de la vie privée.

A côté des retards provoqués pour l’obtention du dossier répressif, il y a également les lenteurs de tout notre système judiciaire qui sont source de plainte auprès de l’Ombudsman.

Malheureusement, elle ne peut que les constater mais ne dispose d’aucun moyen pour accélérer le processus. Elle identifie deux raisons: l’une est le délai de fixation des plaidoiries, l’autre les délais que mettent les experts judiciaires pour remettre leurs rapports.

A cet égard, elle rappelle la recommandation formulée dans son rapport d’activités en 1997 qui n’a eu apparemment que peu d’échos (voir annexe 4).

Dans le cadre du règlement des honoraires des experts, elle avait préconisé une application stricte de l’article 990 du code judiciaire qui prévoit la consignation des provisions au greffe.

Par conséquent, comme les raisons de la lenteur de règlement échappent pour partie à l’organisation et à la gestion des assureurs, les plaintes formulées sur la base de ce grief en protection juridique sont seulement fondées pour 35%.

Par ailleurs, d’autres intervenants participent à la gestion des sinistres. Il s’agit principalement d’inspecteurs ou d’experts (auto, incendie, médecins,...) indépendants sur lesquels les entreprises d’assurances n’ont pas de prise quoiqu’elles entreprennent des actions afin de les sensibiliser aux problèmes des assurés et des victimes.

Le bénéficiaire d’une indemnité peut saisir l’Ombudsman lorsqu’il est insatisfait du **montant qui lui est octroyé** (11%).

Dans le cadre de son rôle, elle se limitera à vérifier si les dispositions légales et contractuelles ont été respectées (franchise, règle de dégressivité, dispositions fiscales,...). Ainsi, elle pourra apprécier si le montant d’une indemnité dans le cadre d’une assurance “dégâts matériels” ou “vol auto” a bien été calculé. Il en est de même dans le cadre d’un contrat incendie.

Mais, elle n’entamera pas de négociations avec les entreprises d’assurances et ne conseillera pas les assurés ou victimes sur les indemnités relatives aux dommages pour lesquels les tribunaux octroient des montants variables (chômage et financement d’un véhicule, dommages suite à une incapacité temporaire ou totale, un dommage moral, esthétique,...).

Elle les renvoie vers les conseillers en assurances (intermédiaires), les assureurs protection juridique et les avocats dont le rôle essentiel est d’assister et de conseiller la victime dans ses prétentions.

Si en 1998 on avait enregistré une baisse des plaintes sur le **manque de justification de l’entreprise d’assurances**, on constate malheureusement, en 1999, une recrudescence de ce type de plaintes. En effet, elles représentaient 7% en 1998 mais 9% en 1999.

50% de ces plaintes concernent la branche protection juridique.

L’assuré se plaint car il ne comprend pas les motifs qu’invoque l’entreprise d’assurances pour ne pas entamer, poursuivre ou accélérer un recours.

S’il ne peut marquer son accord avec le point de vue de l’assureur, il dispose, en vertu de la loi, de la possibilité de demander l’avis d’un avocat qu’il choisit. C’est l’application de la clause dite “d’objectivité”. En pratique, elle est trop souvent éludée et une fois saisi, l’Ombudsman doit en rappeler l’existence.

Lorsque l’affaire est déjà portée devant les tribunaux, **le réseau de communication** avec l’assuré est complexe. En effet, dans le respect des principes de déontologie, les avocats communiquent entre eux et avec leur client. Mais, qui sont leurs clients: l’entreprise d’assurance ou l’assuré ?

De plus, dans certains cas, l’assuré a souscrit la garantie auprès d’une entreprise d’assurances qui a confié la gestion du sinistre à une autre société. Laquelle d’entre elles le tiendra informé ?

Enfin, l’intermédiaire suit également le dossier de son côté.

Différents intervenants qui, en l’absence de coordination, omettent d’informer l’assuré ou lui communiquent des informations qui rassemblées peuvent prêter à confusion.

3.6 Résultats des plaintes

Sur 1.473 plaintes introduites auprès de l’Ombudsman, 264 plaintes soit 18% n’ont pas fait l’objet d’analyse.

Parmi ces doléances, 67 ont également été introduites auprès de l'OCA (Office de Contrôle des Assurances).

En vertu d'un accord existant entre les deux instances, l'Ombudsman de l'UPEA va, dans cette hypothèse, se dessaisir de la plainte et laisser à cet organisme rapportant au Ministère des Affaires économiques le soin de l'instruire.

On constate que le nombre des demandes écrites par lesquelles le consommateur tente d'obtenir un renseignement a quasi doublé en 3 ans.

Or, à côté de celles-ci, il y a un grand nombre d'appels téléphoniques par lesquels il interroge l'Ombudsman, qu'il juge neutre et objectif, pour obtenir les informations nécessaires.

Si en 1998, 49% des plaintes étaient fondées, en 1999, 47,5% l'ont été.

Les plaintes sont principalement fondées (60%) lorsque le plaignant saisit l'Ombudsman, mécontent du fait qu'il a introduit une demande restée sans suite, qu'il n'obtient pas le remboursement d'une prime ou que la gestion soit si lente.

Par contre, lorsqu'il conteste le refus d'intervention des entreprises d'assurances ou le montant de sa prestation, sa plainte est plus souvent non fondée.

Analysé sous l'angle des différentes branches d'assurance, on constate que c'est plus en branche vie que les plaintes sont fondées. Or, le motif pour lequel on saisit principalement l'Ombudsman est l'absence ou la réponse partielle de l'entreprise d'assurances interrogée !

Par contre, en protection juridique, 58% des plaintes sont non fondées, surtout lorsque l'assuré se plaint du refus d'intervention et de la gestion passive. La lenteur des procédures judiciaires souvent à l'origine des retards ainsi que les complications du règlement de sinistres survenus à l'étranger ne peuvent être mises à charge des assureurs (voir supra motifs p. 18). Les autorités européennes ont pris conscience de cette difficulté et prévoient d'adopter un texte spécifique pour améliorer le sort des personnes victimes d'un accident à l'étranger (Projet appelé Rothley).

La majorité des plaintes introduites par les avocats et les courtiers sont quant à elles fondées.

Enfin, il y a 5 cas seulement où l'entreprise d'assurances concernée ne s'est pas ralliée à l'avis de l'Ombudsman.

3.7 Tableau récapitulatif

	1999		1998	
	nombre	%	nombre	%
1. Nombre de dossiers	*1.473*	*100%*	*1.100*	*100%*
2. Provenance des plaintes				
• *Preneurs/assurés*	*856*	*58%*	*640*	*58%*
• *Producteurs*	*222*	*15%*	*216*	*20%*
• *Touring-Secours*	*1*	*0,1%*	*1*	*0,1%*
• *Ayants droit/Tiers*	*162*	*11%*	*91*	*8%*
• *Avocats*	*64*	*4%*	*67*	*6%*
• *Politiciens/Autorités publ. Médias/Assoc. consommateur,...*	*168*	*11,9%*	*85*	*7,9%*
3. Branches concernées				
• *Automobile*	*496*	*34%*	*339*	*31%*
• *Incendie*	*173*	*12%*	*184*	*17%*
• *Vol hors auto*	*21*	*1%*	*21*	*2%*
• *Accidents du travail*	*51*	*3%*	*36*	*3%*
• *Vie*	*200*	*14%*	*140*	*13%*
• *Responsabilité Civile*	*124*	*8%*	*99*	*9%*
• *Soins de santé/Rev. Garanti*	*84*	*6%*	*73*	*7%*
• *Individuelle Accidents*	*16*	*1%*	*13*	*1%*
• *Protection Juridique*	*243*	*17%*	*148*	*13%*
• *Divers (voyage, annulation, transport,...)*	*65*	*4%*	*47*	*4%*

	1999		1998	
	nombre	%	nombre	%
4. Motif des plaintes				
• *Intermédiaires (présentation abusive, comportement, mandats de placement,...)*	*24*	*2%*	*22*	*2%*
• *Formation du contrat (proposition, demande, reprise, validité, preuve,...)*	*50*	*3%*	*36*	*3%*
• *Conditions du contrat (durée, demande restée sans suite, garanties,...)*	*114*	*8%*	*65*	*6%*
• *Prime (calcul, paiement, remboursement,...)*	*91*	*6%*	*73*	*7%*
• *Autres prestations (rachat, réduction, participation bénéficiaire,...)*	*134*	*9%*	*76*	*7%*
• *Prestations de l'assureur*	*999*	*68%*	*783*	*71%*
- *liquidation trop lente/ non réponse*		*13%*		*11,5%*
- *défaut de justification*		*9%*		*7%*
- *comportement des mandataires (avocats, experts, médecins)*		*0,8%*		*0,5%*
- *paiement de provisions*		*0,2%*		*1%*
- *application des conventions*		*1%*		*0,5%*
- *refus d'intervention*		*29%*		*36%*
- *gestion passive en Prot. Jur.*		*4%*		*3,5%*
- *montant de la prestation*		*11%*		*11%*
• *Fin du contrat (expiration, résiliation, suspension, Datassur)*	*61*	*4%*	*45*	*4%*
5. Résultat des plaintes				
• *Fondé*		*47,5%*		*49%*
• *Non fondé*		*52,5%*		*51%*

4 Recommandations

4.1. Suivi des recommandations émises dans le rapport de 1998

L'an dernier, dans son rapport, l'Ombudsman déplorait le peu de suivi systématique accordé aux recommandations énoncées les années antérieures. Elle restait cependant optimiste car, s'agissant d'un aspect nouveau de la fonction, il fallait laisser au temps le soin de mettre en place les étapes d'un suivi organisé.

Comme entre la dernière conférence de presse d'octobre 1999 présentant le rapport annuel 1998 et le moment de la présentation du présent rapport annuel six mois seulement se sont écoulés, entrecoupés par la période d'activités de clôture d'année, il est prématuré d'analyser les concrétisations des recommandations. Mais, l'Ombudsman constate l'écho important qui y a été réservé. Ainsi, dès la parution du rapport annuel en octobre 1999, les recommandations ont fait l'objet d'un exergue dans la revue spécialisée du secteur (voir annexe 5).

Ensuite, dès le mois de novembre, les bureaux des différentes divisions techniques de l'UPEA ont diffusé le texte des recommandations qui ont ensuite fait l'objet d'un point à l'ordre du jour d'une réunion ultérieure.

Certains ont même jugé utile de créer un groupe de travail chargé de se pencher sur la question et de proposer des solutions.

1. Assurance protection juridique

Une première recommandation portait sur la nécessité de mentionner clairement que le choix portait en principe sur un **SEUL** avocat et qu'il fallait que les conditions des polices présentent dans quelles conditions les entreprises d'assurances acceptent le changement.

Par la seconde recommandation, l'Ombudsman estimait que les assurés devaient avoir le **libre choix** des différents **experts** (auto, bâtiment, médecin,...) auxquels ils faisaient appel pour la défense de leurs intérêts.

Au sein de l'UPEA, un groupe de travail s'est penché sur ces questions ainsi que sur les cas d'intervention que l'Ombudsman a repris dans son rapport annuel. Il a conclu que ces recommandations étaient relevantes et qu'il serait nécessaire d'y sensibiliser les entreprises d'assurances afin qu'elles adaptent leurs contrats. Ainsi, cette conclusion fera l'objet d'une circulaire adressée à l'ensemble des dirigeants des entreprises d'assurances.

2. Assurances vie

Le suivi de la recommandation qui a fait l'objet d'une intervention du législateur est commenté au point 2.2 du présent rapport.

3. Assurances hospitalisation

La recommandation a été discutée et reprise dans le procès-verbal de la réunion du Bureau maladie qui s'est tenue le 6 décembre 1999. Ce document est diffusé au sein des entreprises d'assurances auprès des responsables techniques et marketing concernés.

*

L'intérêt suscité par ces recommandations conduit l'Ombudsman à penser qu'un suivi concret y sera réservé.

L'an prochain, elle ne manquera pas d'y faire référence dans son rapport.

4.2 Recommandations sur la base de doléances formulées en 1999

1. La communication

La communication reste le nœud de la relation entre le secteur des assurances et le consommateur.

Actuellement, sur le marché, les particuliers souscrivent la majorité de leurs assurances par le canal d'un intermédiaire. Souvent même, ils ne retiennent que le nom du conseiller qu'ils ont choisi et ignorent l'identité de l'entreprise d'assurances qui couvre réellement le risque.

Ainsi, ils adressent à leur intermédiaire toute information ou décision.

Cependant, sur le plan juridique, cette procédure peut ne pas être valable. C'est notamment le cas de la lettre recommandée par laquelle ils résilient leur contrat, qui selon la majorité des dispositions des polices doit être adressée au siège de l'entreprise d'assurances.

Toutefois, certaines polices précisent que l'envoi sera valable s'il est adressé à "toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières" (voir annexe 1 cas n° 1).

Recommandation

Les entreprises d'assurances doivent reconnaître et reprendre dans le texte de leurs conditions générales, la validité de l'envoi adressé à l'intermédiaire *titulaire* du contrat. A ce dernier d'y réserver la suite utile.

2. Dégradations matérielles volontaires

L'augmentation de la criminalité entraîne la multiplication d'actes de vandalisme commis sur des véhicules ou des habitations.

Mais qu'est-ce qu'un acte de vandalisme ?

Les discussions naissent principalement lorsqu'il s'agit de différencier les dégâts dus au vandalisme de ceux liés à une tentative de vol.

Il s'agit de deux notions distinctes de telle sorte qu'en fonction des garanties souscrites, l'entreprise d'assurances pourrait ne pas devoir intervenir.

Le vandalisme est défini par la jurisprudence comme "l'acte purement gratuit qu'une personne pose sans chercher à en retirer un quelconque profit mais dans le seul but de saccager".

Par exemple, griffer tout le côté d'un véhicule à l'aide d'une clé, casser le miroir du rétroviseur, lacérer les pneus, donner des coups de pieds dans la voiture,...

Par contre, certains dégâts peuvent être occasionnés par le voleur qui tente de s'emparer d'un véhicule sans y parvenir. Comme le but poursuivi est de prendre possession du véhicule, l'acte ne peut être qualifié de gratuit même si le vol n'est pas réalisé (voir annexe 1 cas n° 2).

La situation est parfois encore plus délicate lorsque le voleur qui, en tentant de s'emparer du véhicule, a causé des dégradations à la serrure. Mais, furieux de n'avoir pu le réaliser, lacère les pneus et donc pose des actes de vandalisme.

Recommandation

Dans un souci de transparence, lorsque les entreprises d'assurances couvrent l'acte de vandalisme, elles doivent le définir dans les conditions générales du contrat.

Par contre, lorsque le vandalisme est exclu dans le cadre des garanties vol, il faut clairement le définir.

Plus heureuse serait encore la solution où les actes de vandalisme seraient d'office inclus dans une garantie vol étendue.

3. Assurance hospitalisation

Le développement des techniques de soins entraîne des approches thérapeutiques différentes.

A) "One day clinic"

Les progrès de la technologie médicale liés à la nécessité de comprimer les coûts ont entraîné le développement d'actes opératoires devant se réaliser en milieu hospitalier sans que cependant le patient ne doive y passer la nuit.

Ces jours d'hospitalisation appelés "one day clinic" sont répertoriés selon la nomenclature de l'INAMI, "maxi-forfait", "super-forfait", "mini-forfait" en fonction de la gravité de l'intervention.

Si une large majorité des nouveaux produits d'hospitalisation prévoient la prise en charge des frais liés à de telles hospitalisations, il existe encore sur le marché des contrats qui ne le couvrent pas.

Il s'agit soit de polices offrant des garanties peu sophistiquées à des prix très compétitifs, soit d'anciens contrats.

L'Ombudsman insiste pour que l'assuré vérifie s'il dispose d'une telle couverture.

Recommandation

Afin d'éviter des surprises désagréables aux assurés, les entreprises d'assurances devraient proposer l'adaptation des contrats en portefeuille qui ne disposent pas de cette garantie. Elles devraient d'autant plus prendre cette initiative pour les contrats d'assurance *collectifs*.

B) Soins dentaires et stomatologie

Les soins des dents et de la mâchoire ont également évolué. Des techniques de plus en plus sophistiquées sont utilisées pour réparer, voire améliorer des déficiences. Elles sont souvent très onéreuses.

Si certaines thérapies ont un objectif purement esthétique, d'autres, de par leur nature, prêtent à discussion. Par exemple, certaines corrections apportées à la mâchoire sont, selon l'appréciation de stomatologues, nécessaires car elles seraient à l'origine de troubles digestifs.

On se plaint aussi auprès de l'Ombudsman du refus d'intervention des entreprises d'assurances dans les frais d'hospitalisation liés à l'extraction de dents de sagesse car, dans leurs exclusions, les entreprises d'assurances prévoient les traitements dentaires, maxillo-faciaux,... Or, certains stomatologues parlent d'opérations chirurgicales d'orthopédie dento-faciale.

Recommandation

En matière de soins dentaires, il faut que les assureurs décrivent précisément les soins qu'ils entendent couvrir en utilisant le vocabulaire médical précis lié aux différentes interventions pratiquées à notre époque.

4. Assurance vie

La majorité des prêts hypothécaires sont conclus en mettant à charge du candidat emprunteur l'obligation de souscrire une assurance vie qui couvre, en cas de décès, le solde restant dû.

Or, l'acte notarié enregistrant le prêt doit se faire dans un délai précis imposé par l'organisme prêteur, mais il arrive que l'assureur ne donne de réponse définitive (qu'il s'agisse de son accord ou des conditions dans lesquelles il peut donner couverture) qu'au dernier moment ou même après la passation de l'acte.

Si l'on peut comprendre que la souscription de tels risques nécessite parfois des informations ou examens médicaux complémentaires, il n'est pas normal que l'assureur, sous prétexte qu'il est étranger à l'acte de prêt, néglige ces délais (voir annexe 1 cas n° 14).

Recommandation

Lorsque la demande de couverture d'un contrat d'assurance vie est liée à un prêt hypothécaire, l'assureur doit mettre tout en œuvre pour répondre dans un délai raisonnable au candidat, en tenant compte de la date prévue pour l'acte notarié.

Il doit également lui laisser la possibilité matérielle de ré-interroger le marché si les conditions finales diffèrent de la proposition de base.

5 Conclusion

Le secteur est en évolution et même en révolution.

La formule chère en marketing qui prône l'écoute des besoins du client avait dans le passé un accueil favorable mais restait encore trop souvent au stade des bonnes intentions. Le secteur a pris des initiatives innovatrices qui rencontrent les attentes du consommateur.

Ces concrétisations traduisent une réalité inévitable: c'est la qualité du service qui désignera les entreprises gagnantes.

Malheureusement, si telle est la volonté des dirigeants, tous les intervenants du secteur n'y sont pas encore assez sensibilisés.

Depuis plusieurs années, on constate que les plaintes qui traduisent un mécontentement basé sur la communication, c'est-à-dire sur l'absence de réponse ou sur son caractère incomplet, sur le temps de réaction de l'entreprise d'assurances, sur le manque d'explications,... sont en général fondées.

Par contre, celles qui portent sur des aspects techniques de la gestion des entreprises d'assurances sont plus largement non fondées.

Cette tendance répétitive témoigne qu'apparemment les gestionnaires des entreprises d'assurances maîtrisent bien mieux les techniques de l'assurance que le sens du service à rendre au client.

Le bouleversement de culture nécessaire et apparemment souhaité devrait imprégner chacun, à tous niveaux, car c'est grâce à l'effort de tous que le grand public ressentira l'accueil, le rôle économique et social que le secteur d'activités veut jouer.

Dans les prochains mois, le secteur traversera quelques grandes étapes. Il y a bien entendu la mise en place de "l'Euro" comme monnaie unique mais aussi les projets de modifications profonds de la tarification en assurances RC automobile obligatoire, les projets de suppression des franchises en assurances incendie et RC vie privée, l'introduction de la couverture des catastrophes naturelles, le développement de nouveaux produits en branche vie.

Il faut espérer que, dans ces défis, tous les intervenants du secteur (entreprises d'assurances, intermédiaires et mandataires) y voient en synergie des opportunités pour relancer et améliorer le dialogue avec le client.

Annexe I
Cas d'intervention

Cas n° 1	A qui adresser valablement l'envoi d'un recommandé ?
Cas n° 2	Quelle est la valeur juridique de la quittance émise par un assureur ?
Cas n°3	Quelle est la portée juridique de l'expertise des dommages?
Cas n°4	Ping pong entre les assureurs: l'Ombudsman leur rappelle les règles du code de déontologie.
Cas n°5	Quelle est la cause des dommages ? Qui est responsable ? L'Ombudsman débloque la situation.
Cas n°6	L'assureur refuse d'intervenir suite à un sinistre "dégâts des eaux": l'Ombudsman renoue le dialogue.
Cas n°7	Quelle est réellement la valeur du "contenu" mobilier ?
Cas n°8	Vol d'un sac à main dans une voiture: quel est l'assureur qui doit prendre la défense en charge ?
Cas n°9	Suite à un accident, un conducteur est agressé: quel est l'assureur qui doit prendre sa défense en charge ?
Cas n°10	Protection juridique: dans quelle mesure le litige était-il prévisible à la souscription ?
Cas n°11	L'assureur protection juridique a-t-il bien assisté son assuré?
Cas n°12	Le véhicule de remplacement est-il également couvert en RC auto ?
Cas n°13	Assurances "frais funéraires": nécessité d'une formule transparente.
Cas n°14	Lorsque l'assurance vie est liée à un prêt hypothécaire: quel est le délai raisonnable de réponse de l'assureur ?
Cas n°15	Assurances hospitalisation: une erreur matérielle engage-t-elle l'assureur ?
Cas n°16	Assurances groupe: l'entreprise d'assurance a-t-elle bien liquidé le contrat ?

Cas n° 1 A qui adresser valablement l'envoi d'un recommandé ?

Dans le délai légal requis, le preneur d'assurance adresse une lettre recommandée de résiliation au courtier indiqué comme intermédiaire dans les conditions particulières d'un contrat d'assurance auto.

Le courtier omet de la transmettre à l'entreprise d'assurance concernée.

Plus tard, le preneur d'assurance prend directement contact avec l'assureur qui l'informe qu'il n'a jamais reçu de lettre de résiliation. Il la lui adresse directement par 'recommandé'. Mais, comme le délai légal est dépassé, la résiliation ne pourra prendre effet que l'année suivante.

Mécontent, le preneur introduit une plainte auprès de l'Ombudsman. Elle constate que les conditions générales qui se basent sur le contrat-type automobile mentionnent que "les communications et notifications à l'entreprise d'assurance doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique **ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières**".

Comme le courtier était indiqué comme intermédiaire dans les conditions particulières du contrat, l'Ombudsman a jugé que la première résiliation était juridiquement correcte et elle a pu convaincre l'entreprise d'assurance de l'accepter à la date initialement demandée.

Cas n° 2 Quelle est la valeur juridique de la quittance émise par un assureur ?

En 1998, on a tenté de voler le véhicule du plaignant. Il déclare ce sinistre à son assureur.

Dans un premier temps, celui-ci refuse d'intervenir. En effet, la garantie vol a été supprimée du contrat en 1996. Cependant, après un examen attentif de la police, l'entreprise d'assurance constate que le plaignant n'a pas signé le document actant cette suppression. Elle doit donc lui accorder sa couverture et désigne un expert afin d'évaluer le montant des dommages.

Dans son rapport, l'expert ventile les dommages dûs au vandalisme et ceux consécutifs à la tentative de vol. Seuls ces derniers sont couverts. Ainsi, l'entreprise d'assurance émet une quittance d'indemnisation de 9.613 BEF.

Mais, lorsqu'elle reçoit la quittance signée par le plaignant, elle s'aperçoit qu'elle s'est trompée. Elle ne devait pas intervenir car les dommages étaient inférieurs à la franchise contractuelle de 17.650 BEF.

Le plaignant interroge l'Ombudsman sur la valeur de la quittance envoyée par l'entreprise d'assurance. Bien qu'elle puisse comprendre que ces erreurs puissent entraîner une confusion pour l'assuré, juridiquement, la position de l'assureur était fondée. En effet, il y avait manifestement une erreur et l'assuré n'avait droit à aucune indemnisation. Le simple fait d'envoyer la quittance n'entraîne pas l'obligation pour l'entreprise d'assurance de payer.

D'ailleurs, si elle payait à tort, elle pourrait engager une action en répétition de l'indû.

Cas n° 3 Quelle est la portée juridique de l'expertise des dommages ?

Le véhicule d'une dame est endommagé par la chute d'une cheminée.

Elle interpelle l'Ombudsman car l'entreprise d'assurance a, après avoir fait expertiser les dommages, refusé son intervention.

Que s'est-il passé ?

Son voisin, propriétaire du bâtiment, avait déclaré le sinistre à son assureur qui a désigné immédiatement un expert. Une fois les dommages fixés, la dame avait procédé aux réparations.

Après enquête, l'entreprise d'assurance a refusé de les prendre en charge. En effet, la chute de la cheminée avait été causée par la foudre. Or, celle-ci constitue un cas fortuit pour lequel son assuré ne peut être tenu responsable.

La désignation d'un expert est une mesure conservatoire visant à déterminer le montant des dommages mais ne signifie pour autant que l'entreprise d'assurance va prendre le sinistre en charge.

La dame aurait dû, avant de faire réparer son véhicule, interroger l'assureur quant à ses intentions de règlement.

Cas n° 4 Ping pong entre les assureurs: l'Ombudsman leur rappelle les règles du code de déontologie.

Le propriétaire d'un caniche a souscrit une police d'assurance RC familiale.

Un jour que son père promène le chien, ce dernier, apeuré par un grand chien, lui échappe et parvient à prendre la fuite. Il traverse une route de grand passage et cause trois accidents.

Le propriétaire du chien déclare ce sinistre à son assureur RC familiale puisqu'une clause du contrat prévoit que sont assurés, les personnes assumant, en dehors de toute activité professionnelle, la garde, gratuitement ou non, des animaux lorsque leur responsabilité est engagée du fait de cette garde. Or, il refuse d'intervenir car il estime que c'est à l'entreprise d'assurance RC familiale du père d'intervenir. Il ne se soucie cependant pas de savoir s'il a effectivement souscrit une telle assurance.

L'assuré mécontent saisit l'Ombudsman qui interroge l'entreprise d'assurance et lui rappelle l'article 2.3 du code de déontologie des entreprises d'assurances (1999) qui précise que les divergences de vues entre assureurs ne peuvent avoir des conséquences néfastes sur le règlement du sinistre.

Sur son conseil, l'assureur interroge l'avocat du père qui confirme que le père ne bénéficie pas de telles garanties. Il a par conséquent pris le sinistre en charge.

Cas n° 5 Quelle est la cause des dommages ? Qui est responsable ? L'Ombudsman débloque la situation.

La plaignante gérante d'une parfumerie décide d'en aménager la décoration intérieure. L'entrepreneur chargé de ce travail constate que les châssis en bois des fenêtres de la vitrine du magasin sont pourris.

Alertée, elle contacte le menuisier qui a placé les châssis. Il saisit du problème son assureur RC exploitation qui délègue un expert sur place. Selon ses constatations, le pourrissement serait dû soit à un dégât des eaux, soit à la qualité du bois des châssis fournis et non à une erreur de placement. La responsabilité du menuisier ne serait donc pas engagée.

L'assureur RC exploitation du fournisseur des châssis est également interpellé. Son expert, quant à lui, estime que la responsabilité du placeur est engagée. En effet, la pose ne serait pas effectuée selon les règles de l'art, notamment il n'aurait pas prévu les mesures permettant l'évacuation de l'eau en cas de pluie.

Chaque expert campe sur sa position.

La plaignante doit, de toute façon, procéder au remplacement des châssis. Or, il faut établir les responsabilités éventuelles avant les travaux. Elle saisit l'Ombudsman qui a interpellé les deux entreprises d'assurance et a provoqué une nouvelle réunion entre les experts, afin de déterminer au moment du démontage des châssis existants, la cause de leur pourrissement.

Grâce à l'intervention de l'Ombudsman, la plaignante n'a pas dû engager les frais d'une procédure judiciaire en référé.

Cas n° 6 L'assureur refuse d'intervenir suite à un sinistre "dégâts des eaux": l'Ombudsman renoue le dialogue.

Le premier septembre 1998, une dame constate dans le hall d'entrée de sa maison un important sinistre dégâts des eaux. Il a pour origine une rupture de la canalisation d'égouts sous le carrelage.

Elle fait appel à son assureur incendie qui envoie son expert sur place. Elle l'informe qu'un sinistre similaire, qu'elle a réparé à ses frais, est survenu il y a 15 ans. Dans le procès-verbal d'évaluation des dommages, l'expert indique que leurs premiers constats remontent à 15 ans.

Sur la base de ce rapport, l'entreprise d'assurance refuse d'intervenir car l'origine des dommages est antérieure à la souscription du contrat. Bien que la plaignante transmette des documents qui tendent à prouver que les réparations ont été faites lors du précédent sinistre, l'assureur maintient son point de vue.

Pour débloquer la situation, l'Ombudsman propose de recourir à une contre-expertise. Sur la base de l'avis du conseiller technique de la plaignante, l'entreprise d'assurance a demandé à son expert d'organiser sur place une réunion d'expertise contradictoire.

Cas n° 7 Quelle est réellement la valeur du "contenu" mobilier ?

En rentrant de vacances, le locataire d'un appartement constate que, suite à une infiltration d'eau, il y a dans sa chambre d'importants dommages au mobilier et aux vêtements.

Il estimait les dégâts à 297.000 BEF. Mais, après discussion avec l'expert de l'entreprise d'assurance, il marque son accord sur un montant de 170.800 BEF.

Quel n'est donc pas son étonnement en recevant la quittance d'indemnisation, de constater qu'elle ne porte que sur une somme de 82.931 BEF.

Il interpelle l'entreprise d'assurance, qui l'informe qu'il est "sous-assuré" pour le contenu. En effet, selon le contrat, le capital assuré est de 506.933 BEF alors que l'expert en fixe la valeur à 1.000.000 BEF. L'assureur a par conséquent appliqué la règle proportionnelle.

L'assuré rejette les éléments retenus par l'expert pour l'estimation. Comme l'entreprise d'assurance maintient son point de vue, il fait appel à l'Ombudsman.

Celle-ci prend connaissance de ses arguments qu'elle fait valoir auprès de l'assureur et lui suggère d'envoyer un autre inspecteur sur place.

Au terme de cette visite, la valeur du contenu est estimée à 600.000 BEF. Sur cette base, le plaignant reçoit une nouvelle proposition d'indemnisation de 138.218 BEF qu'il peut enfin accepter.

Cas n° 8 Vol d'un sac à main dans une voiture: quel est l'assureur qui doit prendre la défense en charge ?

La plaignante, au volant de son véhicule, est arrêtée à un feu rouge. Subitement, un inconnu s'approche, casse la vitre arrière et s'empare du sac à main posé sur la banquette.

Quelques semaines plus tard, le voleur est retrouvé et la victime est invitée à se constituer partie civile devant le tribunal.

Elle demande à son assureur protection juridique "vie privée" de prendre en charge ses frais d'avocats. Il refuse car les dommages subis par l'assurée en sa qualité de propriétaire, conducteur ou détenteur d'un véhicule sont exclus.

Elle interpelle alors l'Ombudsman.

Celle-ci constate que l'assureur a voulu exclure les cas d'assurances en relation avec un risque de circulation. En effet, dans ce cas, c'est à l'assureur protection juridique automobile d'intervenir. Mais, les circonstances du vol en l'occurrence sont étrangères au risque de la circulation.

L'entreprise d'assurance se range à l'argumentation de l'Ombudsman et accorde sa couverture.

Cas n° 9 Suite à un accident, un conducteur est agressé: quel est l'assureur qui doit prendre sa défense en charge ?

Victime d'un accident de circulation, un jeune homme encore au volant de son véhicule reçoit des coups du conducteur adverse.

Il déclare ce sinistre à son assureur protection juridique automobile. Celui-ci est d'accord d'intervenir pour récupérer les dommages au véhicule mais pas pour les blessures dues à l'agression. Selon lui, c'est à l'assureur protection juridique "vie privée" de prendre en charge le recours pour cette partie du préjudice.

Contacté, ce dernier refuse d'intervenir au motif que les dommages ont été subis alors qu'il était conducteur d'un véhicule.

Etonné par ces refus successifs, il saisit l'Ombudsman.

Celle-ci constate que l'agression est la suite directe de l'accident de circulation, et que les coups lui ont été portés alors qu'il était derrière le volant de sa voiture. C'est donc à l'assureur protection juridique automobile d'intervenir.

Cas n° 10 Protection Juridique: dans quelle mesure le litige était-il prévisible à la souscription ?

Le 1er novembre 1997, un fonctionnaire conclut un contrat d'assurance protection juridique qui couvre notamment les litiges en matière de droit du travail.

Le 3 juin 1998, il est muté, dans le cadre de son activité professionnelle, vers une autre fonction. Il refuse cette mutation car il estime qu'il s'agit d'une sanction déguisée. En effet, il ne pourra plus faire valoir son ancienneté pour obtenir une dernière promotion.

Contestant la légalité de cette décision, il introduit un recours devant le Conseil d'Etat et demande à l'assureur de prendre en charge les frais de défense.

Celui-ci refuse au motif que les causes du litige avec sa hiérarchie existaient déjà avant la souscription du contrat et que sa mutation n'en était que la conséquence. En effet, à l'analyse des éléments du dossier, il était clair qu'il était en conflit depuis plusieurs années avec sa hiérarchie qui avait déjà pris à diverses reprises des mesures contre lui.

L'aléa, élément de base du contrat d'assurances, manquait donc et l'Ombudsman a confirmé que le point de vue de l'entreprise d'assurance était juridiquement fondé.

Cas n° 11 L'assureur Protection Juridique a-t-il bien assisté son assuré ?

Le 1er mars 1999, la fille d'une dame qui allait à vélo à l'école, se fait renverser par une voiture. Elle est blessée et sa bicyclette est endommagée. La responsabilité du conducteur du véhicule n'est pas contestée.

Trois mois et demi après les faits, la dame s'étonne d'être sans nouvelles de l'assureur de la partie adverse et interpelle l'Ombudsman. Elle ne sait pas s'il accepte le devis des réparations au vélo. Or, c'est le seul moyen de locomotion dont dispose sa fille pour se rendre à l'école.

L'Ombudsman prend contact avec cet assureur ainsi qu'avec l'assureur protection juridique de la plaignante.

A l'examen du dossier de l'assureur du véhicule, il ressort que le conducteur a déclaré l'accident le 22 mars 1999 mais que le gestionnaire a attendu la réclamation de la famille de la cycliste. Le 8 juin, il reçoit un appel téléphonique de l'assureur protection juridique à qui il demande de faire parvenir un devis des réparations. Celui-ci est faxé et accepté le 22 juin.

En examinant le dossier de l'assureur protection juridique, l'Ombudsman constate qu'il a reçu la déclaration de sinistre le 16 mars 1999 et les coordonnées de l'assureur adverse le 7 avril 1999. Il attend donc deux mois avant de réagir et ne transmet le devis que deux semaines plus tard.

Ce délai est anormal et préjudicie les intérêts de la plaignante.

L'entreprise d'assurance reconnaît son erreur et, pour la dédommager, lui verse une somme forfaitaire de 12.400 BEF représentant une indemnisation pour les 2 mois où le vélo a été inutilisable suite à sa négligence (62 jours à 200 BEF par jour).

Pour les lésions corporelles, l'assureur de l'école est intervenu.

Cas n° 12 Le véhicule de remplacement est-il également couvert en RC Auto ?

Le plaignant a une panne avec son véhicule le 30 novembre 1998. Celui-ci est immobilisé chez un garagiste.

Vers le 24 décembre qui suit, le plaignant reçoit du garagiste un véhicule de remplacement sur lequel il appose ses plaques.

Le 27 février suivant, il a un accident avec ce véhicule.

Son assureur RC auto refuse d'intervenir au motif que le remplacement du véhicule a duré plus de 30 jours consécutifs alors que l'article 4,1°a) du contrat type ne prévoit une extension de garantie à un véhicule de remplacement que pendant que le véhicule assuré est immobilisé ***pour 30 jours maximum****.*

Le courtier argumente la base de l'article 26 de la loi du 25 juin 1992 sur les assurances terrestres selon lequel l'assureur ne peut refuser d'intervenir que s'il y a aggravation du risque.

L'Ombudsman constate que cette disposition n'est pas d'application dans le cas d'espèce puisqu'elle ne concerne que l'aggravation des risques couverts au moment de la souscription du contrat.

Or, l'article 4 du contrat type vise une dérogation exceptionnelle et donc de stricte interprétation par laquelle un changement de risque est autorisé mais limité à 30 jours.

Cas n° 13 Assurance "frais funéraires": nécessité d'une formule transparente.

En 1964, une dame souscrit une assurance frais funéraires sur la tête de son époux en s'engageant à payer une prime mensuelle de 48 BEF pendant 20 ans pour un capital de 11.000 BEF. En raison de l'inflation, l'entreprise d'assurance propose à diverses reprises d'augmenter le capital. L'assurée ne donne suite qu'à certaines de ces propositions, de telle sorte qu'en 1984, au terme du versement des primes, le capital est de 34.000 BEF.

En 1998, son mari décède ; elle perçoit le capital et s'insurge. En effet, cette somme ne lui permet pas de payer tous les services décrits dans le contrat: service funéraire de trois hommes, corbillard, cercueil en chêne, chapelle funéraire, 100 faire-part, 100 images et croix en pierre. Elle veut obtenir de l'entreprise d'assurance la prise en charge de tous les services repris.

En réalité, l'assurance "frais funéraires" est une assurance vie prévoyant, en cas de décès, le versement d'une somme d'argent. Et c'est ***à titre illustratif*** *que l'entreprise d'assurance avait décrit un ensemble de services dont le montant des frais correspondait, à l'époque de la souscription, au capital.*

Ainsi, le capital versé au moment du décès peut être supérieur ou inférieur aux frais funéraires. Si la différence est positive, elle reviendra entre les mains du bénéficiaire.

L'Ombudsman a confirmé le bien-fondé sur le plan juridique de la position de l'entreprise d'assurance mais elle a déploré le manque de clarté du texte du contrat mettant l'accent sur les ***services*** plutôt que sur le ***capital***.

Cas n° 14 Lorsque l'assurance vie est liée à un prêt hypothécaire: quel est le délai raisonnable de réponse de l'assureur ?

Une personne saisit l'Ombudsman car l'entreprise d'assurance refuse de l'assurer en "solde restant dû" alors que cette assurance est obligatoire dans le cadre du prêt qu'elle souscrit.

Le 30 mai 1998, le plaignant avait introduit la demande de prêt et d'assurance auprès d'une banque et d'une entreprise d'assurance appartenant au même groupe financier.

L'offre pour le prêt était valable 2 mois.

Sur la base du questionnaire médical joint à la proposition d'assurances, le médecin conseil de l'entreprise d'assurance demanda des informations médicales complémentaires, qui lui furent transmises dans les 15 jours.

Entre-temps, la demande de crédit lui était accordée et l'acte notarié était prévu pour le 30 juillet.

Le 29 juillet, sur la base de l'avis de son médecin conseil, l'entreprise d'assurance lui écrit qu'elle refuse de le couvrir car il souffre d'une maladie.

Au moment de la signature de l'acte notarial, le plaignant ignorait cet avis négatif et pensait, de toute bonne foi, que l'assurance "solde restant dû" lui était accordée.

Interrogée sur le délai de réponse, l'entreprise d'assurance répond que le retard est dû à la période de congé.

Bien que l'Ombudsman comprenne que chaque assureur établisse des critères d'acceptation des risques afin de maintenir un équilibre financier, elle ne peut accepter cette façon de procéder.

Aussi, l'entreprise d'assurance a-t-elle réexaminé son dossier et a finalement décidé d'accorder l'assurance "solde restant dû" avec le paiement d'une surprime qui fût acceptée par l'assuré.

Cas n° 15 Assurances hospitalisation: une erreur matérielle engage-t-elle l'assureur ?

Une entreprise d'assurance décide dans le cadre d'une hospitalisation et sur la base des informations médicales mentionnées sur la proposition d'assurance, d'assurer uniquement un mari et non l'épouse.

Le 10 mai, elle confirme sa décision au courtier et demande l'accord et la signature de l'assuré. Ce que ce dernier fait.

Après réception du document, l'entreprise d'assurance émet par erreur une police mentionnant l'épouse comme étant l'assurée.

A la réception de la dite police, contresignée par le couple, l'assureur constate son erreur et envoie le 7 juin un nouveau document corrigé.

Le courtier conteste cette rectification et demande l'avis de l'Ombudsman.

Celle-ci estime cependant que, selon la doctrine, la volonté réelle des parties doit être jugée pour déterminer la validité de la convention d'assurance. En l'occurrence, la volonté de l'entreprise d'assurance était clairement connue.

Par conséquent, la police émise le 21 mai doit être considérée comme une erreur matérielle que l'entreprise d'assurance a immédiatement rectifiée.

Pour l'Ombudsman, la position de l'assureur est juridiquement fondée.

Cas n° 16 Assurances groupe: l'entreprise d'assurance a-t-elle bien liquidé le contrat ?

En 1973, le plaignant avait souscrit deux contrats d'assurance groupe qui prévoyaient le paiement d'un capital en cas de vie à 65 ans c'est-à-dire en octobre 1999. Lorsqu'en 1978, il quitte son employeur, l'entreprise d'assurance lui propose soit de continuer à payer les primes, soit de réduire les capitaux. Il choisit de ne plus verser de primes.

Peu avant son 65ème anniversaire, il interroge l'entreprise d'assurance afin de connaître le montant auquel il a droit. Elle lui répond qu'il n'a aucun droit car les polices ont été liquidées depuis plus de 10 ans et par conséquent détruites. De plus, pour elle, la prescription est acquise.

Il saisit l'Ombudsman qui interpelle l'entreprise d'assurance en lui faisant remarquer qu'elle n'apporte pas la preuve que les polices ont été liquidées. Par ailleurs, le plaignant dispose de différentes correspondances émanant de l'entreprise d'assurance après son départ en 1978. Par conséquent, le doute doit bénéficier au plaignant. De plus, le délai de prescription ne prendra cours qu'en octobre 1999.

L'entreprise d'assurance se range à l'avis de l'Ombudsman et accepte de liquider les deux contrats pour les capitaux communiqués au plaignant au moment où il a quitté son employeur.

Annexe 2
Extrait du rapport annuel de l'année 1996

Assurances vie

Les assureurs cherchent à accroître leur participation dans le marché de l'épargne à moyen terme grâce aux produits vie et entreprennent donc différentes campagnes. Dans la conception des messages adressés aux consommateurs, on compte des particularités techniques qu'ils comprennent mal. En effet, songeant à l'épargne, le particulier fait généralement la comparaison voire la confusion avec une opération bancaire. Ensemble, au moment de la souscription, assureur et assuré doivent clairement s'accorder sur le but recherché et le résultat attendu en fonction des différentes hypothèses: quel montant obtenir en cas de décès, quel montant espérer en cas de survie?

En lui parlant du rendement de son investissement, il faut, de manière évidente, différencier le taux d'intérêt technique de 4,75% inclus dans le rendement attendu de la participation bénéficiaire qui, elle, ne sera octroyée que sous certaines conditions. La confusion provient du fait que souvent, le taux technique est présenté comme une participation bénéficiaire. Or, la participation bénéficiaire proprement dite n'est qu'une projection espérée, dépendant de l'évolution du taux d'intérêt du marché.

Annexe 3
Extrait du rapport annuel de l'année 1998

Incidences économiques de la baisse des taux d'intérêt

Traditionnellement, depuis environ une vingtaine d'années, les assureurs offraient des polices d'assurance vie dont le capital à verser en cas de décès ou en cas de vie au terme du contrat, était calculé en fonction d'un taux d'intérêt garanti de 4,75%.

Face à la baisse des taux d'intérêt, les assureurs ont, pour des raisons d'équilibre financier à long terme, été contraints de baisser ce taux à 3,25%.

D'un point de vue économique, le consommateur a compris cette décision et il a accepté que ce taux soit appliqué aux nouveaux contrats qui seront souscrits. Le message est cependant mal passé pour certains types de contrats. Il s'agit de polices qui relèvent de la catégorie des contrats à "primes variables" pour lesquels, en raison de la liberté des versements, la loi interdit de garantir le montant du capital final[5].

La controverse provient essentiellement de la rédaction obscure de la clause qui mentionne la garantie d'un taux d'intérêt stable ainsi que des documents publicitaires qui accompagnent et soutiennent la vente du produit.

Si certaines entreprises d'assurances ont cherché à trouver des solutions pragmatiques cas par cas, d'autres se sont retranchées derrière le texte légal pour adopter une position intransigeante.

Cependant, toutes s'accordent pour que la formulation des textes soit adaptée dans un souci de plus de clarté.

[5] *Article 24 de l'arrêté royal vie du 17/12/1992 - Moniteur Belge 31/12/1992*

Annexe 4
Extrait du rapport annuel de l'année 1997

Délais de Règlement

Parmi les causes de doléances, nombreuses sont celles qui touchent au délai de règlement.

Comme l'Ombudsman le soulignait plus haut, le retard apporté à la gestion n'est pas toujours imputable à l'entreprise d'assurances. Il peut être dû au laxisme des mandataires.

Par conséquent, l'Ombudsman engage les entreprises d'assurances à demander à ses conseils l'application stricte de l'article 990 du Code judiciaire, qui prévoit la consignation des provisions au greffe. Cette recommandation a également été émise dans les milieux judiciaires et reprise dans le Journal des Tribunaux du 1/3/1997.

Annexe 5
Extrait assurinfo 28/10/99

Raccourcir les delais et ameliorer la communication: l'ombudsman demande de prendre des mesures

Le 21 octobre dernier, l'Ombudsman de l'UPEA, Josette Van Elderen, a présenté son rapport annuel 1998 à la presse. Elle avait réservé la primeur de ce document à ses correspondants dans les entreprises d'assurances, qu'elle avait convoqué une semaine plus tôt pour une réunion informelle.

L'Ombudsman a enregistré 1.100 plaintes écrites en 1998, soit une augmentation de 3%. Ce chiffre ne traduit toutefois pas le nombre réel des mécontents qui s'adressent à leur intermédiaire, aux compagnies, à l'OCA...

Il apparaît ainsi que l'Ombudsman reçoit un nombre croissant d'appels téléphoniques par lesquels le consommateur, plutôt que de formuler un grief à l'encontre d'une entreprise d'assurances, cherche généralement à s'informer auprès de "quelqu'un de neutre et d'objectif". Ces appels sont pour la plupart directement résolus et ne feront donc plus l'objet d'un écrit.

Événements majeurs: des messages pas toujours bien perçus

Avant d'en arriver à l'analyse statistique des plaintes qu'elle a traitées, l'Ombudsman évoque dans son rapport les événements majeurs qui ont marqué le secteur en 1998. Elle constate ainsi que la catastrophe de Stavelot et les inondations de l'automne n'ont pas fait l'objet de plaintes, mais uniquement de demandes d'information et que, comme par le passé déjà, face à des circonstances exceptionnelles, les assureurs se sont mobilisés pour trouver des solutions qui répondent aux besoins des sinistrés. Quant aux incidences de la baisse des taux d'intérêt, on lit dans le rapport de l'Ombudsman que, d'un point de vue économique, le consommateur a compris la décision des assureurs de revoir leurs taux garantis à la baisse et qu'il a accepté que ce taux soit appliqué aux nouveaux contrats qui seront souscrits. Josette Van Elderen note

cependant que le message est mal passé pour certains types contrats à "primes variables" pour lesquels, en raison de la liberté de versements, la loi interdit de garantir le montant du capital final. Elle souligne que la controverse provient essentiellement de la rédaction obscure de la clause qui mentionne la garantie d'un taux d'intérêt stable ainsi que des documents publicitaires qui accompagnent et soutiennent la vente de tels produits. Elle regrette dès lors que certaines entreprises d'assurances se soient retranchées derrière le texte légal pour adopter une position intransigeante mais note aussi une volonté d'adapter la formulation des textes dans un souci de plus de clarté.

Plus de courtiers se plaignent

La majorité des plaintes sont introduites par les assurés (58%) et par les intermédiaires (19%). Par rapport à 1997, les courtiers (+ 9%) et les autorités publiques ont été plus nombreux à s'adresser à l'Ombudsman. La majorité des plaintes provient toujours des francophones (54,6%) mais l'écart s'amenuise.

La branche automobile et plus particulièrement l'assurance RC obligatoire reste la première source de plaintes, dans une proportion d'un tiers. La protection juridique marque une baisse, alors que le nombre des plaintes en assurance vie et en soins de santé augmente sensiblement de 14% à 20% en 1998.

Le refus d'intervention reste le principal grief

Le règlement des sinistres est le principal motif des plaintes, dans une proportion -toujours croissante- de 74% en 1998. Le consommateur se plaint principalement du refus d'intervention de l'entreprise d'assurances (soit 36%) lors de la survenance d'un sinistre. En protection juridique, il s'agit souvent du refus de prendre en charge les honoraires d'un avocat lorsque l'assureur n'a pas eu l'occasion de tenter une gestion amiable du conflit ou que la naissance du litige est antérieure à la souscription du contrat. En soins de santé, l'entreprise d'assurances refuse son intervention en raison d'un état antérieur. En annulation voyage, les discussions portent sur le moment où l'assuré aurait dû annuler son voyage.

D'autre part, les entreprises d'assurances apparaissent parfois peu soucieuses de répondre aux besoins d'informations des assurés dans les branches vie. S'il est vrai que les informations demandées nécessitent de regrouper des connaissances juridiques, fiscales, mathématiques et que la coordination dans l'organisation interne des entreprises d'assurances se réalise souvent difficilement, il est néanmoins plus que normal qu'un client reçoive une réponse.

Par rapport à 1997, il y a plus de plaintes fondées, soit 49%. Parmi les plaintes non-fondées sur le plan technique, certaines peuvent malgré tout être fondées par manque de communication et non-respect de délais raisonnables. La plus forte proportion de plaintes fondées se situe en RC familiale, la plus faible en incendie.

Bonus-malus et faculté de résiliation: deux recommandations plus ou moins suivies

Dans son précédent rapport, l'Ombudsman avait soulevé dans l'application du système de personnalisation a posteriori en RC Auto la contradiction qui existait entre l'application stricte du texte légal et la volonté réelle du législateur selon qu'un assuré se trouve au degré Bonus-Malus 0 ou 1. Alors que dans les deux cas, les assurés se trouvent à des échelons différents, ils vont, après un sinistre, se retrouver sur l'échelle au degré Bonus-Malus 5. Toute la question est de savoir si la descente inconditionnelle d'un degré par an doit se calculer avant ou après la pénalité de 5 points suite au sinistre. De nombreuses entreprises d'assurances ont modifié leur attitude initiale pour adopter la solution la plus favorable à l'assuré.

L'Ombudsman avait aussi critiqué le refus de certains assureurs d'accepter la résiliation de la police demandée par un assuré qui, suite à la modification d'un des aspects du risque, voyait le montant de la prime augmenter en application d'un autre critère de segmentation. Depuis lors, elle n'a plus enregistré de plaintes à cet égard.

De nombreuses plaintes portent toujours sur le refus de l'assureur d'intervenir en cas de vol de voiture lorsque le système antivol placé ne correspond pas aux critères définis dans les conditions générales ou particulières. L'Ombudsman réitère sa recommandation d'exiger une copie du certificat du placement.

La consultation du dossier répressif apparaît toujours comme une cause fréquente de retard dans le règlement d'un sinistre. L'Ombudsman se réjouit de l'avancement du dossier "Trans-PV" marqué par une volonté des assureurs et des procureurs généraux de mieux faire circuler les dossiers judiciaires.

Pour le surplus, l'Ombudsman déplore le peu de suivi concret de ses recommandations. Si, au cas par cas, elles trouvent une application favorable, elle a l'impression que le secteur n'y a réservé aucune approche d'ensemble. Elle note aussi que cela n'a pas échappé à l'attention du Comité exécutif de l'UPEA qui a invité les présidents des bureaux de divisions techniques à y réserver la suite voulue.

Trois nouvelles recommandations

Dans son rapport, l'Ombudsman fait trois nouvelles recommandations sur la base des doléances formulées en 1998. Elles portent sur l'assurance protection juridique, les participations bénéficiaires et l'assurance hospitalisation.

Afin d'éviter toutes discussions sur la notion légale de libre choix de l'avocat en protection juridique, l'Ombudsman suggère que les contrats mentionnent que le choix porte sur un seul avocat et précisent également les conditions dans lesquelles l'assuré peut changer de conseil. Il en est de même pour le choix des experts.

Quant aux participations bénéficiaires, l'Ombudsman écrit que la formulation des conditions d'octroi de ces avantages est tellement imprécise qu'elle laisse toute liberté à l'assureur. Elle insiste dès lors pour que les assureurs déterminent clairement les montants variables et les paramètres sur la base desquels ils seront calculés. Par ailleurs, elle engage les équipes commerciales à proposer au candidat-preneur un produit qui corresponde à ses besoins réels en s'interrogeant sur la forme d'épargne qu'il souhaite, sur le but de protection qu'il recherche, sur le caractère fixe ou variable du montant des versements. Mme Van Elderen estime inutile d'attirer le consommateur par une publicité attractive mais illusoire dans les résultats annoncés.

Enfin, en assurance hospitalisation l'Ombudsman souhaite éviter le "vide" de couverture consécutif à des dispositions précisant l'intervention des assureurs dans le temps. Ainsi, en changeant d'entreprise d'assurances, une personne hospitalisée pourrait, alors même que les contrats se succèdent immédiatement, se voir, sur le plan juridique, valablement refuser l'intervention des deux assureurs. L'Ombudsman recommande aux conseillers en assurances et aux employeurs qui offrent la possibilité de souscrire des assurances collectives de prévoir, en cas de changement d'assureur, des mesures pour éviter un tel vide de couverture.

En conclusion, l'Ombudsman espère que "les règles de conduite des assureurs" publiées en février 1999 ne restent pas au niveau des intentions.

Parmi les obligations que les entreprises d'assurances reconnaissent avoir à l'égard du consommateur, elle a relevé qu'il était impératif qu'elles organisent une structure permanente d'accueil des plaintes accessible au grand public.

Face à ces constatations elle se veut optimiste en espérant vivement que ces intentions spontanées seront largement diffusées au sein des entreprises d'assurances. Et de souligner que dans les aspects du service, la communication et les délais jouent sans conteste un rôle primordial.

Annexe 6
Liste des entreprises d'assurances membres de l'UPEA

A

0930 AACHENER UND MÜNCHENER VERSICHERUNG
0600 ACE INSURANCE
1525 ACTEL DIRECT
0097 AGF BELGIUM INSURANCE
0976 AIG EUROPE
0951 ALBINGIA
0963 ALLIANZ VERSICHERUNGS A.G.
0318 ALPINA
0320 AMBEF
0130 AP ASSURANCES (LES)
0390 APRA (CAISSE COMMUNE)
0164 APRA ACCIDENTS
0980 APRA VIE
0445 ARAG
0129 ARDENNE PREVOYANTE (L')
0331 ARFIN
0906 ASSAR (ENTREPRISE D'ASSURANCES BELGE D'ASSURANCES)
0134 ASSOCIATION DE PREVOYANCE ET D'ASSURANCES (A.P.A.)
0126 ASSOCIATION MUTUELLE MEDICALE D'ASSURANCES (A.M.M.A.)
0339 ASSUBEL ACCIDENTS DU TRAVAIL
0015 ASSURANCE COURTRAISIENNE (L')
1396 ASSURANCES DE LA POSTE
1395 ASSURANCES DE LA POSTE VIE
0345 ASSURANCES FEDERALES ACCIDENTS DU TRAVAIL (LES)
0087 ASSURANCES FEDERALES ACCIDENTS INCENDIE (LES)
0346 ASSURANCES FEDERALES VIE (LES)
0356 ASSURES REUNIS (LES)
0361 AVIABEL (COMPAGNIE BELGE D'ASSURANCES AVIATION)
0039 AXA ROYALE BELGE

B

0999 BBL LIFE
0971 BELSTAR ASSURANCES

C

0402 CDA
0472 CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
0956 CITILIFE
0059 CGU
0733 COMPAGNIE EURO-BELGE DE REASSURANCES
0420 COMPAGNIE EUROPEENNE D'ASSURANCE DES MARCHANDISES ET BAGAGES (L'EUROPEENNE)
0435 CORONA

D

0687 DAS
0747 DBV ASSURANCES
0037 DEXIA INSURANCE
0739 DKV INTERNATIONAL

E

0716 ELVIA ASSURANCES VOYAGES
0463 EUROMEX (COMPAGNIE EUROPEENNE DE REGLEMENT DE SINISTRES ET D'EXPERTISES)
1401 EUROP ASSISTANCE (BELGIUM)
1025 EUROPAEA

F

0033 FIDEA
1030 FINA LIFE
1055 FONDS DE GARANTIE VOYAGES
0079 FORTIS AG

G

0984 GARANTIE BELGE PROTECTION JURIDIQUE (G.B.LEX)
0145 GENERALI BELGIUM
0342 GERLING NAMUR - ASSURANCES DU CREDIT

H

0315 HAGELUNIE
0735 HAMBURG MANNHEIMER

I

0487 INTER PARTNER ASSISTANCE

J

0497 JOSI (GROUPE)
0893 JURIS

K

0014 KBC ASSURANCES

L

0171 LION BELGE (LE)

M

0542 MAGDEBURGER VERSICHERUNG A.G.
0373 MANS ASSURANCES (LE)
0196 MAURETUS
0096 MERCATOR & NOORDSTAR
0915 MITSUI MARINE AND FIRE INSURANCE COMPANY
0947 MONDIAL ASSISTANCE

N

0124 NATIONALE SUISSE ASSURANCES
0573 NAVIGA
0591 NORDSTERN
0593 NORWICH UNION LIFE INSURANCE SOCIETY

O

0424 OCEAN MARINE MUTUAL INSURANCE ASS.
0099 OHRA BELGIUM

P

0058 P&V ASSURANCES
0618 P&V ASSURANCES (CAISSE COMMUNE)
0964 PARTNERS ASSURANCES
0051 PATRIOTIQUE(LA)
1037 PIETTE & PARTNERS (PNP)
1019 PROVIDIS

R

0055 ROYAL & SUNALLIANCE
0192 RVS ASSURANCES

S

0900 SAFE INSURANCE
0850 SATREX
0651 SECURA
0805 SECUREX
0519 SECUREX - CAISSE D'ASSURANCES ACCIDENTS DU TRAVAIL
0944 SECUREX VIE (MUTUELLE VIE INTERPROFESSIONNELLE)
0772 SIRIUS BELGIUM REASSURANCES
0165 SMAP (SOCIETE MUTUELLE DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES)
0664 SWISS LIFE (BELGIUM)

T

1455 TOURING ASSURANCES
0998 TVM BELGIQUE

U

0034 UAB

W

0067 WINTERTHUR EUROPE ASSURANCES

Z

1012 Z.A. ASSURANCES
0167 ZELIA
0072 ZURICH
0703 ZURICH ENTREPRISE D'ASSURANCES D'ASSURANCES SUR LA VIE
1010 ZURICH INTERNATIONAL

Annexe 7
Procédure d'accès à l'Ombudsman

Quels types de plaintes peuvent lui être soumises ?

L'Ombudsman est compétent pour les litiges portant sur les attentes légitimes des assurés ou des ayants droit:

- quant au respect des lois et des dispositions des contrats ;
- quant au respect de délais raisonnables et du principe de l'exécution de bonne foi des conventions ;
- quant au droit à une information correcte.

Comment la contacter ?

L'accès est facile. Il est gratuit.

Certaines conditions sont cependant requises. Il faut que:

- l'entreprise d'assurances concernée soit ***membre*** de l'UPEA ;
- le litige soit relatif à un contrat ***existant***, souscrit en Belgique ;
- le plaignant adresse un ***écrit*** dans lequel il décrit brièvement l'objet de sa plainte et mentionne le nom et les références de l'entreprise d'assurances concernée.

Cette lettre est à adresser à:

Josette Van Elderen
Ombudsman UPEA
Maison de l'Assurance
Square de Meeûs, 29
1000 Bruxelles

Tél: 02/547.56.11
Fax Ombudsman: 02/547.59.75
E-mail: Ombudsman@upea.be

Ombudsman:

Josette Van Elderen

Assistants:

Katia Goeman (NL)	Tél. 02/547 56 99
Robert Reuter (FR)	Tél. 02/547 56 89

Secretariat:

Dominique van den eede	Tél. 02/547 56 97

UPEA
UNION PROFESSIONNELLE
DES ENTREPRISES
D'ASSURANCES

Square de Meeûs, 29
B-1000 Bruxelles

Tél.: 02/547.56.11

Fax Ombudsman: 02/547.59.75

E-mail: ombudsman@upea.be