L'Ombudsman

DE L'UPEA

2000

RAPPORT D'ACTIVITÉS

UPEA
UNION PROFESSIONNELLE
DES ENTREPRISES
D'ASSURANCES

Square de Meeûs, 29
B-1000 Bruxelles

Table des matières

1. Introduction 3

2. Evénements de 2000 5

2.1. Un événement tragique: la catastrophe ferrovière d'Aiseau-Presles 5

2.2. Actions en synergie entre les différents acteurs du secteur 6

2.3. Actions dirigées par les entreprises d'assurances 8

2.4. Une intervention législative "La 4éme directive RC Auto" 9

2.5. Le lancement de l'EEJ-NET au sein de la CEE 10

3. Statistiques et analyse 11

3.1. Introduction 11

3.2. Nombre de plaintes 13

3.4. Répartition par branche 15

3.5. Motifs des plaintes 16

3.6. Résultats des plaintes 22

3.7. Tableau récapitulatif 24

4. Recommandations 27

4.1. Suivi des recommandations émises dans le rapport de 2000 27

4.1.1. Antérieures à 1999 27

4.1.2. Formulées en 1999 28

4.2. Recommandations sur base des doléances formulées en 2000 29

4.2.1. Branche vie: transparence dans les coûts 29

4.2.2. Assurances hospitalisation: l'adaptation tarifaire progressive 30

4.2.3. Montant de la franchise: valeur à neuf ou valeur réelle 30

5. Conclusion 33

Annexe 1: Cas d'intervention 35

Annexe 2: Extrait Assurinfo 18/05/00: Conseil professionnel contre la fraude 43

Annexe 3: Extrait Assurinfo 29/03/01: FIN-NET 46

Annexe 4: Extrait du rapport annuel de l'année 1997: la lenteur des règlements des sinistres 47

Annexe 5: Extrait du rapport annuel de l'année 1996: assurances soins de santé 48

Annexe 6: Extrait l'Assurance au présent 8/01/01: la réticence ne peut pas porter sur ce que l'assuré ne sait pas lui-même 49

Annexe 7: Extrait Assurinfo 15/06/00: le bulletin mitigé de l'Ombudsman 51

Annexe 8: Liste des entreprises d'assurances membres de l'UPEA 53

Annexe 9: Procédure d'accès à l'Ombudsman 55

Quels types de plaintes peuvent lui être soumises? 55

Comment la contacter? 56

1 Introduction

Certains journalistes ont introduit l'an 2000 en écrivant: "une tempête dans un verre de champagne!

L'année a en effet débuté sous le signe: **le bogue a été évité**. On craignait le pire, mais à l'instar des autres secteurs, les assureurs avaient tout mis en œuvre pour franchir ce pas sans heurts.

Ils ont ainsi pris des dispositions internes d'organisation mais également des mesures de prévention. Dans le cadre des garanties qu'ils accordaient en tant qu'assureurs, ils voulaient couvrir uniquement les risques résiduels et non pas les conséquences de négligences. Dans un souci de dialogue, ils ont démarré bien à temps des opérations de sensibilisation tant au niveau collectif qu'individuel afin que les assurés analysent la situation pour dépister et prévenir méthodiquement les problèmes.

Le "bogue de l'an 2000" fût donc une opération réussie et l'Ombudsman n'a reçu aucune plainte!

L'année 2000 fut par contre riche en **événements**. Fort heureusement, pas en catastrophes mais en événements qui traduisent une mutation de culture du secteur.

Après la conférence de presse de l'an dernier, un journaliste avait parlé du "cri de l'Ombudsman" vers une meilleure communication. Cet appel lancé depuis plusieurs années non seulement par l'Ombudsman mais aussi par tous les représentants des consommateurs a finalement reçu un écho concret.

Auparavant, si les propos des assureurs témoignaient de leur sensibilité à cet appel, on ne constatait que trop peu d'actions traduisant des résultats tangibles.

Durant l'année 2000, le secteur a pris différentes décisions qui témoignent de l'ouverture du secteur vers le grand public (voir point 2.2 "Actions en synergie entre les différents acteurs du secteur"). Certaines sont, bien entendu, l'aboutissement de réflexions et de négociations entreprises durant les années précédentes.

Le consommateur globalise son souci d'assurances. Les professionnels du secteur l'ont compris et se concertent en reconnaissant que leurs activités doivent servir le client final.

Ainsi, certaines décisions ont été prises en collaboration avec les différents acteurs (entreprises d'assurances, intermédiaires, agents, ...). Car si chacun a son rôle, il est nécessaire que leurs actions se coordonnent.

2 Evénements de l'an 2000

Certains événements ont particulièrement marqué le secteur de l'assurance en Belgique. Quelles sont leurs répercussions?

2.1 Un événement tragique: la catastrophe ferroviaire à Aiseau-Presles

Au cours des vacances de Pâques, trois enfants de moins de 14 ans appartenant à deux familles différentes jouent aux bords d'une ligne de chemin de fer. Ils ont eu alors la folle idée de poser des obstacles sur les rails pour bloquer un aiguillage et faire dérailler un train.

Les conséquences furent lourdes: la mort d'une personne, des lésions graves pour plusieurs passagers et des dégâts matériels s'élevant à eux seuls à une centaine de millions de francs ...

Les journalistes couvrant l'événement se sont fait aussi les interprètes de la préoccupation de toute la population: et si c'était un de mes enfants qui avait commis cette grosse bêtise ...?

De nombreux articles dans la presse ont ainsi fait resurgir des questions déjà soulevées:

Ne faut-il pas relever le plafond des montants minimums (36 millions BEF) en dommages matériels prévus par l'arrêté royal?

Faut-il rendre l'assurance familiale obligatoire? Quand l'acte est-il intentionnel?

Mais surtout, ils relançaient la question épineuse de l'exclusion des faits intentionnels causés par des mineurs de moins de 16 ans. En principe, de tels faits sont exclus. Mais, s'ils sont commis par des jeunes de moins de 16 ans, l'appréciation varie de cas en cas. Il s'agit d'évaluer si non seulement l'enfant a agi avec l'intention de poser un acte dommageable mais aussi s'il avait conscience des conséquences de son acte.

Cette situation crée une zone d'ombre et d'incertitude.

Certains assureurs ont pris l'initiative de couvrir les actes commis intentionnellement par des mineurs de moins de 16 ans. Mais, sur le plan juridique, il existe une controverse sur la légalité de cette couverture puisque la loi sur le contrat d'assurances des assurances terrestres[1] prévoit que l'assureur ne peut être tenu de fournir sa garantie à l'égard de quiconque a causé intentionnellement le sinistre.

Le Bureau exécutif de la Division Accidents de droit commun de l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (UPEA), réuni le 16 novembre 2000, a estimé que la faute intentionnelle commise par des mineurs de moins de 14 ans est assurable. Par conséquent, pour l'assurance RC Vie privée, il a retenu l'âge de 14 ans en se basant sur le critère repris dans la législation sur la protection des usagers faibles[2].

Il préconise d'insérer une disposition dans la loi de 1992 au chapitre de l'assurance de responsabilité qui écarterait la stricte application de l'article 8.

2.2 Actions en synergie entre les différents acteurs du secteur

Les entreprises d'assurances et les fédérations professionnelles des intermédiaires ont bouclé en l'an 2000 plusieurs projets qu'ils avaient en gestion.

Ces décisions s'inscrivent dans la volonté de rendre les activités au sein du secteur plus transparentes par la coordination des actions des différents intervenants.

A) Le code de bonne conduite des intermédiaires

A l'instar des entreprises d'assurances, les fédérations professionnelles ont rédigé et publié un code de bonne conduite.

Il reprend un ensemble de règles qui constituent pour les intermédiaires un engagement à l'égard des assurés et victimes.

Cette initiative résulte de la réflexion en profondeur que les intermédiaires et entreprises d'assurances mènent de concert. Elle s'inscrit dans le prolongement du code publié par les entreprises d'assurances en février 1999.

Ces deux codes forment les règles de conduite du secteur de l'assurance dans son ensemble.

Afin de les porter plus largement à la connaissance du consommateur, les différents auteurs (assureurs et intermédiaires) ont publié un dépliant reprenant les normes qui touchent directement aux assurés.

---

[1] *article 8 § 1 de la loi du 25/06/1992*

[2] *article 29 bis de la loi du 30/03/1994*

B) Le conseil professionnel

En 1998, l'UPEA a initié une campagne de lutte contre la fraude en informant le grand public des mesures prises ainsi que des motifs pour lesquels ces actions étaient menées.

Dans le prolongement, elle s'est associée aux organisations représentatives des intermédiaires d'assurances pour constituer un **conseil professionnel** chargé d'examiner les cas où un intermédiaire serait impliqué dans un dossier de fraude.

Cette initiative témoigne de l'importance que les assureurs accordent à cette problématique qui a de plus en plus de répercussion sur le plan financier, mais qui influence surtout l'image des uns et des autres dans le secteur.

La mise sur pied de cet organe de surveillance traduit la prise de conscience du secteur de la nécessité d'accélérer le processus d'autorégulation.

Ce conseil a surtout un rôle préventif. En effet, il devra dégager les grandes tendances pour éliminer certaines pratiques.

Il faut combattre la fraude qui est définie comme étant "l'utilisation illicite de l'assurance dans le cadre de laquelle l'intention frauduleuse est démontrée par tous les moyens de preuves légaux" [3] .

Ces abus ont des répercussions économiques. En effet, ils alourdissent la charge des sinistres et entraînent donc une augmentation des prix. De plus, ils portent indirectement atteinte au principe de la solidarité. Or, c'est sur la base de ce principe que les entreprises d'assurances peuvent offrir aux consommateurs une garantie d'assurance à prix raisonnable.

C) La naissance de "Portima"

Il s'agit d'un projet commun par lequel les courtiers et les entreprises d'assurances formalisent une plate-forme informatique au sein de laquelle ils vont unir leurs efforts pour améliorer la communication administrative entre les courtiers et les assureurs afin qu'elle soit plus facile et efficace.

Cette décision n'est pas sans retombées pour le client final. En effet, en dehors de l'aspect de la communication, il y a un aspect financier non négligeable.

La presse spécialisée relève qu'à plein rendement, on peut espérer un bénéfice de sept milliards de francs belges par an "surtout au bénéfice du client final"[4].

---

3 Assurinfo 18/05/2000 p. 3 (voir annexe 2)

4 Assurinfo 30/11/2000 p.5

2.3 Actions dirigées par les entreprises d'assurances

A) L'étude d'image de marque

En 1986, l'UPEA avait mené une première étude sur la perception que le grand public avait du secteur.

De l'analyse des résultats de l'enquête, elle avait notamment relevé la nécessité d'avoir une structure permanente d'accueil des plaintes. La création de la fonction d'Ombudsman est née de cette constatation.

L'an 2000 fût l'occasion de relancer l'étude afin d'identifier la perception du secteur par le grand public.

Les premières conclusions ont été rendues publiques à la fin de l'année (voir conférence de presse de l'UPEA de février 2001).

B) La publication d'un lexique juridique

Depuis de nombreuses années, l'Ombudsman relève que la communication reste le nœud de la relation entre le secteur et le grand public.

Une des difficultés réside dans le vocabulaire technique qu'utilisent les assureurs.

Afin de démystifier le langage technique utilisé, l'UPEA a publié un lexique juridique sur les "Assurances de dommages"[5].

C) Le congrès des Rencontres Internationales des Assureurs Défenses

L'Association internationale de l'assurance protection juridique a, sous l'égide de son président belge, organisé un congrès sur le thème de la communication.

Durant deux jours, les spécialistes de la branche se sont penchés sur les moyens juridiques et techniques à utiliser et à développer pour combler le fossé encore trop présent entre eux et le consommateur.

Le fait de consacrer à ce thème un congrès international témoigne de la prise de conscience et de l'importance qu'y attachent les assureurs pour la pérennité de leur développement.

D) Protocole d'accord des assureurs protection juridique sur la notion de sinistre.

Dans son rapport annuel de 1999, l'Ombudsman avait relevé que des plaintes dans la branche protection juridique portaient sur le refus d'intervention de

5 Paul Bruyère "Lexique juridique" UPEA 2000

l'assureur dans des litiges qui ne sont pas liés à un événement accidentel et dont l'origine se situait en dehors de la période de couverture.

Lorsqu'un preneur d'assurances avait changé d'entreprises d'assurances mais qu'il avait été couvert de manière **ininterrompue** pour le type de litige concerné, il pouvait se trouver dans une situation où les deux assureurs refusaient leur intervention. Le motif résidait dans la différence de définition que chacun des assureurs donnait à la notion de sinistre. Ces refus étaient donc juridiquement fondés.

Afin d'éviter cette situation inéquitable, les assureurs spécialisés dans la branche ont, au sein de l'UPEA, pris un accord. Ainsi, il a été convenu que l'assureur actuel en protection juridique prendra en charge le sinistre à condition que l'assuré n'en ait pas eu connaissance lors de la souscription du contrat [6].

Les cas litigieux seront débattus au sein de la commission Protection Juridique de l'UPEA (voir cas d'intervention n° 1).

2.4 Une intervention législative "la 4ième directive RC auto"

Cette directive européenne, appelée Rothley, a pour but de faciliter l'indemnisation des victimes d'accidents de circulation survenus à l'étranger.

Le point essentiel est la possibilité pour les victimes de réclamer directement dans le pays où elles résident leurs indemnités auprès du représentant de l'entreprise d'assurances du responsable.

A cette fin, tous les assureurs RC auto devront désigner dans chacun des autres États membres un régleur de sinistre qui gérera le dossier dans la langue de la victime et devra l'indemniser.

Chaque État membre devra aussi veiller à mettre sur pied un centre d'information pour aider les personnes lésées à identifier l'assureur responsable.

De plus, pour répondre au souci légitime des victimes d'obtenir rapidement leur indemnisation, la directive prévoit, en l'absence de contestations, un délai de trois mois dans lequel l'assureur devra faire une proposition écrite et motivée d'indemnisation sous peine de sanctions.

Cette directive devra être transposée en droit belge au plus tard en 2003.

Doc UPEA DOC/ASS/ADC 2000-19

2.5 Le lancement de l'EEJ-net au sein de la CEE

Au mois de mai 2000, au sein de la CEE, la direction générale sur la protection du consommateur a lancé un réseau transfrontalier de règlement extra judiciaire de conflits. Le "European Extra-Judicial network" (EEJ-net) a pour but de renforcer la confiance du consommateur dans la facilité du règlement de conflits transfrontaliers et de favoriser ainsi les opérations commerciales hors frontières dans le marché intérieur.

Dans le prolongement de ce réseau, la direction générale des services financiers a lancé le Financial Net (FIN-net) et 36 organes de règlements extra-judiciaires des conflits en sont déjà membres.

L'Ombudsman de l'UPEA participe à ces deux réseaux.

On constate qu'au niveau européen également, le secteur de l'assurance est sensibilisé à la nécessité d'être plus accessible au consommateur.

Assurinfo 29/03/2001 p. 15 (voir annexe 3)

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 cinq 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" c'est-à-dire au 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 (OCA), questions relevant du domaine commercial, de la politique d'acceptation des risques, ...

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

3.2 Nombre de plaintes

Le nombre global des plaintes écrites introduites auprès de l'Ombudsman en 2000 est légèrement supérieur à celui de l'année précédente. En 2000, 1.509 plaintes ont été enregistrées alors qu'en 1999 ce nombre s'élevait à 1.473. La hausse est donc de 2,45%.

Il faut cependant relativiser ce chiffre. En effet, en 1999, suite à une seule émission de télévision , on avait identifié plus de 120 plaintes. Par conséquent, si on isole cet épiphénomène, la hausse serait de plus de 10%.

En réalité, ce n'est pas tant le nombre de plaintes qui est important. Le chiffre de 1.500 peut paraître insignifiant par rapport aux millions de transactions réalisées annuellement dans le secteur. Mais cette observation appelle quelques remarques. En effet, ce chiffre ne concerne que les plaintes introduites par un écrit. Or, une part de plus en plus large de l'activité de l'équipe de l'Ombudsman est réalisée au **téléphone**. Par ces appels, le consommateur plutôt que de formuler un grief à l'encontre d'une entreprise d'assurances, cherche généralement à s'informer. Il interroge ainsi "quelqu'un de neutre et objectif" afin d'obtenir un conseil ou son avis sur une proposition de contrat ou d'indemnisation qui lui est soumise ou cherche à connaître son point de vue sur une décision qui lui est imposée. Cette approche présente pour le consommateur le grand avantage d'une réponse immédiate qui évacue le problème qu'il rencontre et le soulage des "paperasseries" (rédaction d'un écrit, photocopies, timbres-poste,...).

Le contact par téléphone permet également un dialogue interactif. Il donne la possibilité de mieux s'adapter à son interlocuteur, notamment à mieux placer le problème dans le contexte du vécu, à mieux le cerner, à choisir un vocabulaire plus approprié, à étayer des explications en terme de comparaison, à désamorcer des litiges, à rappeler la possibilité de faire appel à son intermédiaire ou à son assureur protection juridique ...

Du côté de l'office de l'Ombudsman, si le temps passé par l'équipe au téléphone s'accroît, les prestations administratives s'en trouvent allégées.

De plus, il faut avoir en mémoire que tous les insatisfaits ne se plaignent pas et qu'il existe d'autres possibilités pour un mécontent de s'exprimer. Il peut

[8] *Controverse RTL du 24/02/1999*

s'adresser aux intermédiaires d'assurances, aux services d'accueil à la clientèle au sein des compagnies, à l'OCA dépendant du Ministère de l'Économie, aux associations de consommateurs, ...

Enfin, l'Ombudsman n'est qu'une *instance d'appel* qui ne va intervenir que lorsqu'un premier contact s'est révélé infructueux.

Ce qui est important c'est que ces chiffres traduisent des tendances. Les plaintes sont donc source d'information. Elles reflètent dans une certaine mesure le degré de d'(in)satisfaction et de (mé)fiance du consommateur à l'égard du secteur.

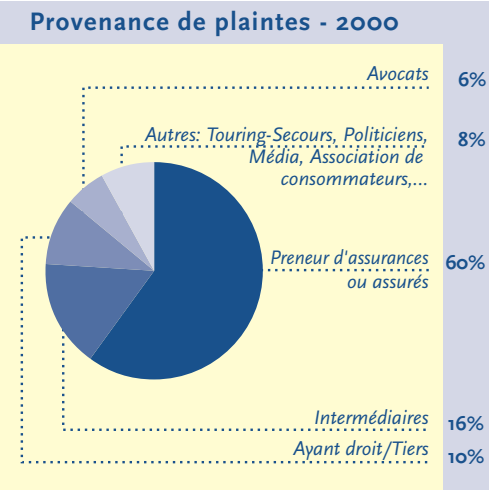
D'ailleurs, l'analyse des plaintes répétitives fait l'objet de recommandations. L'Ombudsman a, en plus de la gestion des plaintes, la mission de les anticiper.

3.3 Provenance des plaintes

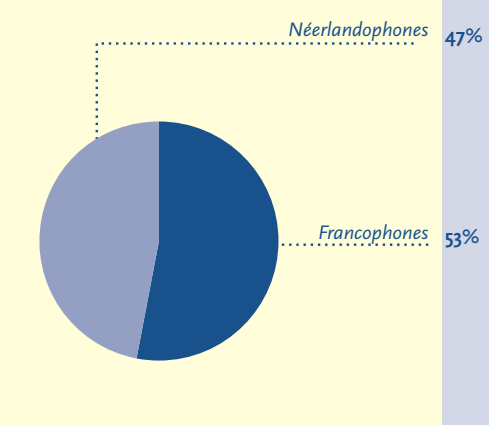
La majorité des plaintes sont introduites par les assurés.

L'Ombudsman est saisi par un écrit le plus souvent transmis par lettre. Cependant, de plus en plus de plaignants utilisent le fax ainsi que la messagerie électronique.

Les autorités publiques et les avocats font de plus en plus appel à l'Ombudsman. Le nombre des plaintes introduites par les avocats représente plus de 6% alors qu'en 1995, elles représentaient seulement ± 4%.



Langues - 2000



Sur le plan linguistique, on assiste à un rééquilibrage des plaintes introduites par les francophones (53%) et les néerlandophones (47%).

L'an dernier, plus de plaintes ont été introduites par les francophones suite à l'influence des médias.

Le nombre de plaintes par branche

	'95	'96	'97	'98	'99	'2000	'2000/99
Protection Juridique	126	123	177	148	243	246	+ 1,2 %
Auto	271	314	283	339	496	507	+ 2,2 %
Incendie	186	169	179	184	173	197	+ 13,8 %
Vol	39	32	18	21	21	34	+ 62 %
Accidents du Travail	39	17	24	36	51	43	- 16 %
Vie/Hypothèques	109	108	106	140	201	170	- 15,5 %
R.C.	72	80	88	99	124	111	- 10,5 %
Soins de santé/Rev. garantis	74	71	47	73	84	112	+ 33,3 %
Individuelle accidents	15	12	18	13	16	18	+ 12,5 %
Divers	31	33	46	47	66	71	+ 7,5 %
Total de l'année	**1060**	**1050**	**1063**	**1100**	**1473**	**1509**	+ 2,45 %

3.4 Répartition par branche

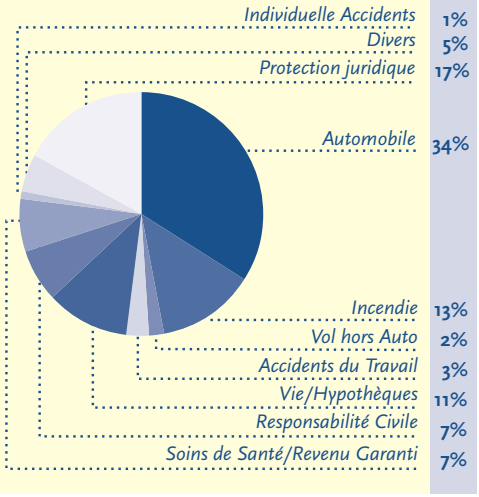
A l'instar des années précédentes, on se plaint essentiellement en **branche automobile** et principalement à propos de l'assurance RC obligatoire. Ces plaintes représentent depuis plusieurs années 34%.

Les plaintes augmentent en **incendie** (+13,8%) et plus précisément pour la garantie dégâts des eaux ainsi qu'en **soins de santé** (+33,3%).

Il y a un statu quo en **protection juridique** avec un pourcentage toujours assez élevé de 17% et une baisse en **branche vie** (-15,5%). Cette baisse doit cependant être relativisée car en 1999, l'Ombudsman avait enregistré plus de 70 plaintes uniquement pour le changement du montant maximal du taux garanti qui était passé de 4,75% à 3,25%.

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

Répartition par branche - 2000



3.5 Motifs des plaintes

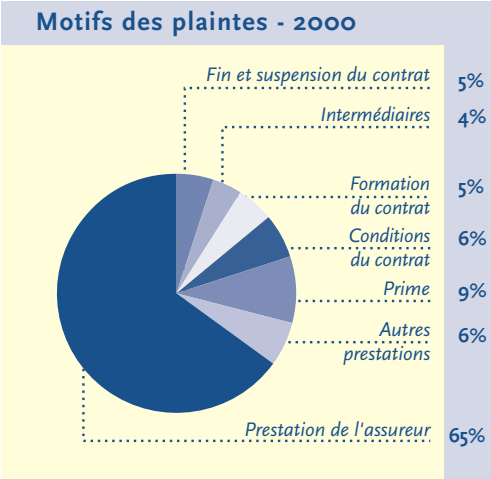
Sur 1.509 plaintes introduites, la grande majorité (1.017) porte toujours sur le règlement des sinistres. Mais l'Ombudsman enregistre de plus en plus de plaintes en production.

A. En **PRODUCTION**, la majorité des plaintes (plus de 33%) concerne la **branche auto** et plus particulièrement l'assurance obligatoire de la responsabilité civile.

Dans cette branche, les plaintes portent à part égale sur des problèmes liés à la production et aux sinistres, alors que globalement, les plaintes concernant les sinistres représentent 67%.

Le consommateur saisit l'Ombudsman parce qu'il rejette l'application du malus, conteste le montant de la prime ou s'insurge contre la résiliation de sa police.

Très fréquemment, il interroge également l'Ombudsman car **il rencontre des difficultés à s'assurer**.



Ce sont sans conteste les conséquences perverses d'une segmentation des primes de plus en plus accrue et d'une surveillance stricte des risques déjà en portefeuille.

L'assuré qui présente le "meilleur profil" eu égard aux critères techniques bénéficiera de la prime la plus basse. Mais, pour pouvoir la lui offrir, l'assureur est obligé d'écarter les risques techniquement plus lourds... Le principe de solidarité à la base de l'assurance est donc mis à l'épreuve.

Les entreprises d'assurances en tant que société commerciale sont libres d'accepter la couverture de risques. Par conséquent, si un citoyen ne trouve pas d'assureur, il ne lui reste que la possibilité de s'adresser au "Pool des risques difficiles à placer" créé à l'initiative des assureurs.

Mais les tarifications qui y sont appliquées sont tellement élevées qu'elles sont pratiquement impayables pour une grande partie des candidats à l'assurance.

Les conséquences ...?

Une augmentation sensible des automobilistes qui roulent sans assurance et une réticence sur les informations transmises au moment de la conclusion du contrat, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes conducteurs.

Dans ce dernier cas, le preneur d'assurances sera un "senior" qui ne renseignera pas le conducteur habituel. La tentation est grande, mais cette pratique peut être lourde de conséquence car la loi sanctionne l'omission volontaire par la non-assurance.

Pratiquement, un jeune qui aurait occasionné un sinistre avec un véhicule qu'il pilote habituellement sans en avoir informé l'assureur, devra supporter le coût des indemnités payées aux victimes.

Si la sanction de ne pouvoir s'assurer que moyennant une prime exorbitante est acceptable dans certains cas (ivresse répétitive, accidents avec graves lésions,...), elle ne peut l'être dans d'autres. C'est le cas notamment des jeunes conducteurs "maladroits" et des assurés qui manquent de régularité dans le paiement des primes. Pour ces catégories, il est impératif que des dispositions soient prises pour qu'ils trouvent une solution équitable, réaliste et adéquate.

Le paysage de l'assurance automobile obligatoire est à un tournant. Sous la pression des autorités européennes, le système unique et obligatoire "bonus malus" va progressivement être supprimé pour disparaître complètement fin 2003.

Par ailleurs, les assureurs constatent une dégradation de leurs résultats techniques: - 22,4% des primes .

De plus, les perspectives du coût plus élevé des réparations automobiles ainsi que la hausse des montants des indemnités octroyées par les tribunaux pour les lésions corporelles doivent, dans le cadre de leur obligation de solvabilité, les inciter à prendre des mesures.

Face à l'ensemble de ces éléments, assureurs et pouvoirs publics doivent avoir une approche globale.

---

9 *Hausse de 35 % en 3 ans (La Dernière Heure du 9/02/2001)*
Rapport annuel UPEA 2000 p. 49

Le projet de loi sur les réformes de l'assurance automobile obligatoire prévoit notamment un bureau de tarification, où représentants d'entreprises d'assurances siégeraient à côté de représentants de consommateurs afin de fixer de concert les conditions d'assurances. Ce projet devrait être l'occasion d'ouvrir largement les débats.

Au nom de tous ceux qui se sont plaints, des intermédiaires d'assurances et des associations de consommateurs qui ont sensibilisé l'Ombudsman aux difficultés réelles, matérielles et humaines, elle lance un appel pour que les entreprises d'assurances et les autorités activent les réflexions et les travaux afin qu'une solution pragmatique et raisonnable puisse à brève échéance être offerte aux candidats à l'assurance obligatoire.

Il y va d'un véritable problème de société qui doit être réglé avec rapidité et efficacité sans connaître tous les retards et les aléas rencontrés dans la réalisation du projet de la couverture des catastrophes naturelles dans les polices incendie.

- Au cours de l'année 2000, l'Ombudsman a également été saisie d'un nombre important de plaintes liées à l'augmentation des primes qu'une entreprise d'assurances a imposée dans ***le cadre de contrats "hospitalisation"***.

La nouvelle prime a plus que doublé. Les assurés, pour la plupart des gens âgés, étaient mis au pied du mur: accepter l'augmentation ou ne plus pouvoir être assuré. En effet, aucune autre entreprise d'assurances n'aurait accepté de les couvrir à une prime acceptable ou tout le moins aurait exclu tous les cas liés à un état antérieur à la souscription de la nouvelle police.

Cependant, face aux différentes réactions, l'assureur a modulé la hausse en y introduisant des franchises.

Sur le plan juridique et financier, la décision de l'entreprise d'assurances était justifiée. En effet, le tarif n'avait plus été adapté depuis plus de 10 ans!

Or, pour diverses raisons, les soins de santé ont quasi doublé durant cette période. Il y a notamment l'apparition de nouvelles technologies (scanner, laser,...), de nouveaux médicaments et la hausse du ticket modérateur.

Les résultats financiers étaient négatifs et l'assureur se trouvait dans l'obligation de prendre des mesures pour rétablir l'équilibre.

Le secteur de l'assurance a un rôle de protection sociale en offrant des polices permettant de couvrir les frais afférents à des hospitalisations.

Face à un gouvernement qui prend diverses mesures pour diminuer les coûts de la "sécurité sociale", les assureurs donnent ainsi la possibilité de se prémunir contre le risque financier lié à des problèmes de maladie ou d'accident.

En discussion à la Chambre (mi-avril), un avis de la Commission des Assurances devrait être transmis avant l'été 2001

Cette branche enregistre d'ailleurs une nette progression (16,3%) . Les assureurs répondent donc aux attentes des consommateurs.

L'étude d'image de marque réalisée en 2000 a d'ailleurs montré la bonne perception que le grand public avait de ce type d'assurances.

Cependant, dans le cadre du développement de cette branche, pour éviter de devoir adapter brutalement le montant de la prime, les assureurs plaident pour obtenir la possibilité de lier le montant de la prime à un index spécifique reprenant les éléments des coûts liés à l'hospitalisation.

- En ***branche vie***, les plaintes sont généralement enregistrées sous la rubrique production.

En effet, seul le décès est considéré comme un sinistre. En isolant les plaintes qui portaient en 1999 sur la baisse du taux nominal d'intérêt garanti de 4,75% à 3,25%, la hausse du nombre de plaintes est de 30%.

Si les plaintes portent encore sur l'absence de réponse à des demandes d'information générale ou sur le détail du calcul des valeurs de rachat et de participations bénéficiaires, un nouveau type de plainte est apparu. Il concerne l'assurance vie individuelle liée à des fonds d'investissements, appelée "*branche* 23". *Cette branche connaît une réelle explosion (*85% *d'encaissement)* . Elle "séduit le consommateur" qui, au moment de la souscription, oublie les coûts de gestion.

L'assureur, lui, mentionne dans les conditions générales l'existence de ces coûts sans en préciser le pourcentage. Certains mentionnent le pourcentage maximum et laissent ainsi la possibilité à leur réseau de distribution de fixer librement leur commission.

Il y a un manque de transparence auquel les assureurs devront remédier s'ils veulent acquérir la confiance du grand public dans ce type de produit (voir recommandation 4.2.1. "Branche vie: transparence dans les coûts" et cas d'intervention n° 2).

Un autre type d'assurances vie est également source d'insatisfactions. Il s'agit des polices dites "*obsèques*" et "*funérailles*". Ce sont des formules par lesquelles une personne souscrit à un capital qui sera versé au moment de son décès.

La présentation de ce produit ainsi que les arguments de vente amènent des confusions.

Le capital est fixé pour couvrir les frais liés aux funérailles. Certains assureurs présentent même une description des services offerts.

Rapport annuel UPEA 2000 p. 62

Rapport annuel UPEA 2000 p. 15

L'Echo du 22 février 2001 p. 7

Les assurés ou leur famille constatent que les primes payées dépassent le capital qui devra être versé au moment du décès. Ils sont en outre étonnés de constater que s'ils arrêtent de payer les primes, ils ne recevront aucune somme.

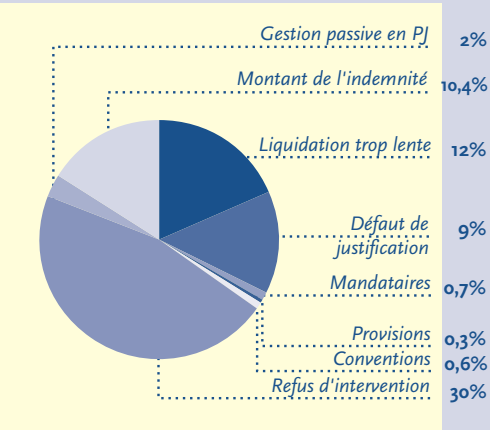
Face à de telles situations, ils s'insurgent.

Plus choquante encore est la situation où l'on propose à une personne qui a déjà atteint un certain âge de souscrire ce type de contrat. En effet, elle paiera une prime très élevée par rapport au capital assuré puisqu'en raison de son âge, le risque de décès est grand. Après quelques paiements, le montant des primes payées excédera celui du capital. Or, si elle arrête le paiement des primes, elle ne touchera plus aucun capital (voir cas d'intervention n° 3).

B. 67% des plaintes concerne les **SINISTRES**. Il s'agit d'un phénomène constant qui s'explique facilement car c'est au moment de la survenance du sinistre et du règlement de celui-ci que l'assuré va pourvoir évaluer le contenu et la qualité des prestations qu'il attendait de son assureur.

• Quand il se plaint des prestations de l'assureur, le consommateur conteste le ***refus d'intervention***. Ce motif représente globalement 30%. Il est invoqué principalement dans les branches protection juridique où il représente 30% et 70% pour les assurances bagages. Dans la garantie dégâts des eaux, 58% des plaintes ont pour origine le refus d'intervention.

Prestations de l'assureur - 2000



En branche *protection juridique*, la raison principale pour laquelle l'entreprise d'assurances refuse d'intervenir concerne pour une large part l'intervention prématurée de l'avocat. En effet, légalement et contractuellement, les assureurs se réservent la possibilité de tenter une gestion amiable du conflit. Si un avocat intervient à ce stade du dossier, ils refusent de prendre ses honoraires en charge. Dans le cadre de cette polémique récurrente entre avocats et assureurs, certains barreaux se sont ralliés à l'idée de mettre sur pied une commission mixte chargée de statuer sur les divergences d'interprétation.

• Ensuite, le consommateur se plaint de la ***lenteur de règlement*** (12%). C'est dans le règlement des sinistres automobiles que ce motif est surtout invoqué. Force est de constater que parmi les origines du retard, le délai pour obtenir le dossier répressif auprès du parquet est le plus souvent en cause. Or, ce document peut être indispensable pour déterminer les responsabilités de l'accident. En effet, il contient des informations (témoignage, métrage, localisation des dégâts, déclarations initiales, ...) qui déterminent également le suivi accordé par la justice au dossier. Afin d'en accélérer la communication, il existe un projet dénommé "trans PV" (voir suivi recommandation infra p. 31).

L'autre motif le plus fréquent est le délai que prennent les experts judiciaires (auto, médecin, architecte, ...) pour communiquer leur rapport.

A cet égard, l'Ombudsman rappelle la recommandation formulée dans son rapport d'activités de 1997 qui n'a eu que peu d'échos auprès des responsables des entreprises d'assurances (voir annexe 4).

• Le consommateur conteste le ***montant de l'indemnité proposée***. Ces plaintes représentent 10 %.

L'Ombudsman, saisie d'une demande qui porte sur l'approbation du montant de l'indemnité allouée, va cependant se limiter à vérifier si les prescrits légaux et conventionnels ont été respectés. Elle va donc contrôler l'application correcte des franchises, le décompte d'une quittance établie sur la base d'un contrat "dégâts matériels" (omnium auto) ou sur la base d'un rapport d'expertise en assurances incendie ainsi que l'application des dispositions fiscales.

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 du véhicule, dommages suite à une incapacité temporaire ou totale, dommage moral ou 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.

• ***L'absence de justification*** (9%) irrite également le consommateur et, paradoxalement, ce manque d'explications représente une large part des plaintes en protection juridique, là où l'assuré s'attend à une véritable assistance juridique.

Le volet assistance de l'activité est trop souvent négligé. Il faut que les assureurs protection juridique mettent l'accent sur le **SERVICE**. Il faut que les assurés se sentent soutenus, épaulés ... Les gestionnaires, eux, doivent prendre le temps de les informer sur leurs droits, le déroulement d'une procédure et les motifs objectifs pour lesquels un recours ne peut être poursuivi.

De manière générale, ne faudrait-il pas repenser l'organisation de la gestion des sinistres dans cette branche en s'inspirant des méthodes et techniques utilisées par les assureurs spécialisés dans l'assistance?

3.6 Résultats des plaintes

En 2000, 45% des plaintes s'avèrent fondées, alors qu'en 1999, elles représentaient 47,5%. Il faut souligner l'amélioration. Mais, pour apprécier le caractère fondé d'une plainte, l'Ombudsman se réfère au motif formulé dans l'écrit qui lui est transmis.

Le motif mis en avant est souvent technique (voir point 3.5 "Motifs des plaintes"). Mais le motif apparent peut voiler d'autres motifs qui sont également source d'insatisfaction. Ces plaintes non-fondées sur le plan technique témoignent de l'incompréhension ainsi que du manque de confiance dans l'entreprise d'assurances ou dans le conseiller en assurances.

De là, l'importance de souligner les actions menées par le secteur pour se rapprocher du grand public (voir points 2.2 "Actions en synergie entre les différents acteurs du secteur" et 2.3 "Actions dirigées par les entreprises d'assurances").

Sur 1.509 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 358 plaintes, soit 24%, n'ont pas fait l'objet d'analyse.

Parmi ces 358 doléances, 62 ont également été introduites auprès de l'OCA.

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 de l'Economie le soin de l'instruire.

Le nombre de demandes d'information, ainsi que les demandes qui sortent de l'attribution de l'Ombudsman, représentent à elles seules plus de 10% de l'ensemble des plaintes écrites. Elles concernent pour la grande majorité la branche RC auto.

L'analyse approfondie des résultats sous divers angles révèle les constatations qui suivent:

a) PROVENANCE ET RÉSULTATS

70% des plaintes introduites par les avocats sont fondées.

b) BRANCHES ET RÉSULTATS

1. Vie

56% des plaintes sont fondées. Les litiges portent sur les demandes restées sans suite et le montant des prestations acquises.

2. Soins de santé

27% seulement des plaintes sont fondées. Le principal motif invoqué est le refus d'intervention.

c) MOTIFS ET RÉSULTATS

1. Refus d'intervention

31% des plaintes sont fondées.

2. Liquidation trop lente

53% des plaintes sont fondées.

Pour information, en l'an 2000, il n'y a que 7 dossiers où les entreprises d'assurances n'ont pas suivi l'avis de l'Ombudsman.

3.7 Tableau récapitulatif

	2000		1999	
	nombre	%	nombre	%
1. Nombre de dossiers				
2. Provenance des plaintes				
• *Preneurs/assurés*				
• *Producteurs*				
• *Assoc. Consommateur Touring-Secours*				
• *Ayants droit/Tiers*				
• *Avocats*				
• *Politiciens/Autorités publ. Médias/Assoc. consommateur,...*				
3. Branches concernées				
• *Automobile*				%
• *Incendie*				%
• *Vol hors auto*				
• *Accidents du travail*				
• *Vie*				
• *Responsabilité Civile*				
• *Soins de santé/Rev. Garanti*				
• *Individuelle Accidents*				
• *Protection Juridique*				
• *Divers (voyage, annulation, transport, ...)*				

	2000		1999	
	nombre	%	nombre	%
4. Motif des plaintes				
• *Intermédiaires (présentation abusive, comportement, mandats de placement,...)*				
• *Formation du contrat (proposition, demande, reprise, validité, preuve,...)*				
• *Conditions du contrat (durée, demande restée sans suite, garanties,...)*				
• *Prime (calcul, paiement, remboursement,...)*				
• *Autres prestations (rachat, réduction, participation bénéficiaire,...)*				
• *Prestations de l'assureur*				
- *liquidation trop lente/ non réponse*				
- *défaut de justification*				
- *comportement des mandataires (avocats, experts, médecins)*				
- *paiement de provisions*				
- *application des conventions*				
- *refus d'intervention*				
- *gestion passive en Prot. Jur.*				
- *montant de la prestation*				
• *Fin du contrat (expiration, résiliation, suspension, Datassur)*				
5. Résultat des plaintes				
• *Fondé*				
• *Non fondé*				

4 Recommandations

4.1. Suivi des recommandations

L'Ombudsman regrette que d'une année à l'autre, peu de suivi soit accordé à ses recommandations. Elle constate, par contre, que sur la base d'une période d'observation plus longue, différentes actions ont été entreprises. Ces concrétisations ne sont pas toujours initiées par les entreprises d'assurances elles-mêmes. D'autre part, les initiatives des assureurs sont parfois bloquées par l'inertie des pouvoirs publics. Par conséquent, elle insiste auprès des assureurs ainsi qu'auprès de tous les intervenants publics pour qu'ils consacrent plus d'attention aux signaux donnés par le grand public.

4.1.1 ANTÉRIEURES À 1999

1. Lenteur de règlement

Chaque année, l'Ombudsman enregistre un nombre important de plaintes (± 12%) sur la lenteur des règlements.

Les retards sont imputables à différents motifs. Parmi ceux-ci, les difficultés d'obtenir le dossier répressif.

Les assureurs, en collaboration avec le collège des procureurs généraux, ont proposé une procédure alternative de communication (projet Trans PV) par le canal du Fonds commun de garantie automobile.

Ce protocole d'accord a fait l'objet d'un avis négatif de la commission de la protection vie privée. Il est donc bloqué.

Seule une loi pourrait en permettre l'exécution.

Il faudrait que le ministre de la Justice prenne l'initiative de porter ce projet devant les instances législatives.

2. Assurances hospitalisation

En 1996, l'Ombudsman a soulevé la question de la validité d'une clause qui exclut de sa garantie les sinistres qui sont la conséquence d'un état antérieur

inconnu de l'assuré. Elle avait suggéré au moins d'y apporter une limite dans le temps (voir annexe 5).

Au cours des années qui ont suivi, les assureurs ont examiné la problématique.

L'an dernier, la section "Pratiques de l'assurance et qualité" de la Commission des assurances s'est saisie de la question dans le cadre de ses réflexions sur les clauses abusives. Les discussions sont toujours en cours. Il appartiendra à l'assuré de prouver qu'il n'avait pas connaissance de ce problème de santé. Mais, quels sont les éléments de preuve qu'il devra apporter pour qu'ils soient convaincants? Va-t-on y introduire un délai d'attente?

Les débats continuent ...

Entre-temps, les tribunaux ont également été saisi de cas de refus d'intervention de l'assureur sur la base de l'état antérieur de l'assuré.

Ils ont abordé la question sous l'angle de la réticence de l'assuré sur les informations qu'il doit apporter au moment de la conclusion du contrat. Ainsi, la cour d'appel de Gand a rendu un arrêt très intéressant: elle estime que le concept de réticence ne peut pas porter sur ce que l'assuré ne savait pas lui-même .

Sur le plan juridique, il faut donc distinguer le problème de l'état antérieur de l'assuré selon qu'il existe ou non une clause spécifique d'exclusion dans le contrat qu'il a souscrit.

4.1.2 FORMULÉES EN 1999

De manière générale, les recommandations formulées par l'Ombudsman ont eu un large écho dans la presse spécialisée et plus particulièrement dans le journal d'information publié par l'UPEA (voir annexe 7).

1. Communication

En général, l'assuré s'adresse à son conseiller en assurances. Cependant, sur le plan juridique, certaines communications doivent être faites au siège de l'entreprise d'assurances sous peine de ne pas être valables.

Pour plus de transparence, l'Ombudsman avait préconisé que les entreprises d'assurances reconnaissent la validité de l'envoi d'une lettre recommandée à l'intermédiaire, titulaire du contrat.

Le conseil de direction de l'UPEA a demandé à la "commission mixte de productivité" de se charger du suivi. La recommandation est en examen.

L'Assurance au présent du 8/01/2001: Gand 18 mars 1999. A.J.T. 2000-2001, 374-375 (voir annexe 6)

2. Assurances hospitalisation

Sur la base de plaintes répétitives sur le refus d'intervention dans les frais de soins dentaires, il faut que les assureurs décrivent avec précision les soins qu'ils entendent couvrir en utilisant le vocabulaire médical précis lié aux différentes interventions pratiquées à notre époque.

L'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale a pris connaissance de cette recommandation et propose de se référer aux nomenclatures reprises par les mutuelles.

Cette interprétation est à l'examen au Bureau de la Division Maladie de l'UPEA ainsi qu'à la commission des médecins experts.

3. Assurances vie

L'Ombudsman avait constaté que les assureurs tardaient parfois à répondre lors d'une demande de couverture d'un contrat d'assurance-vie liée à un prêt hypothécaire. Elle avait recommandé que tout soit mis en œuvre pour que la réponse soit formulée dans un délai raisonnable en tenant compte de la date prévue pour l'acte notarié.

Le Bureau Vie de l'UPEA a, lors de sa réunion du 27 juin 2000 , porté son attention sur les informations relatives à la branche vie dans le rapport annuel précédent. Plus particulièrement, il a attiré l'attention des responsables qui y sont réunis sur l'importance de répondre dans un délai raisonnable au candidat emprunteur pour lui laisser la possibilité de réinterroger le marché en cas de refus.

4.2 Recommandations sur la base de doléances formulées en 2000

4.2.1 BRANCHE VIE: TRANSPARENCE DANS LES COÛTS

L'Ombudsman a relevé un nombre important de plaintes relatives à une nouvelle catégorie d'assurances vie appelée "branche 23" (voir supra p. 21).

Le grief principal porte sur les coûts liés à la gestion.

En effet, s'ils sont mentionnés, ils n'apparaissent pas clairement. Y a-t-il des coûts d'entrée, des coûts de gestion? A combien s'élèvent-ils?

Rarement, le montant forfaitaire ou le pourcentage d'application est précisé.

DOC/Bur/Vie 2000-59

RECOMMANDATION

Dans un souci de transparence, il est impératif que les assureurs mentionnent clairement la nature des coûts dans les conditions générales de la police et précisent leur montant ou tout le moins leur mode de calcul.

De plus, sur la présentation des projections et des états intermédiaires, les coûts doivent être indiqués.

Un arrêté royal est en attente. Il faut que les assureurs anticipent.

4.2.2 ASSURANCES HOSPITALISATION: L'ADAPTATION TARIFAIRE PROGRESSIVE

Le rôle des assureurs privés dans le remboursement des soins de santé s'élargit. La médecine, les moyens techniques et pharmaceutiques évoluent, leurs coûts également.

Ainsi, après plusieurs années, la prime exigée au départ de la couverture peut être insuffisante et les assureurs liés par leur obligation de rentabilité sont contraints de l'augmenter. Son adaptation brusque peut mettre les assurés dans des situations difficiles voire impossibles (voir supra p. 21).

Afin d'éviter de telles situations, il faudrait prévoir une procédure d'adaptation progressive liée à des indices objectifs.

RECOMMANDATION

Afin d'introduire une modulation tarifaire progressive dans ce type de contrat, il faut que les entreprises d'assurances reprennent les négociations avec les autorités concernées.

Il faut qu'il soit clairement déterminé à partir de quel moment (délai) et en fonction de quels critères définis les tarifs fluctuent.

Il est donc impératif que les instances officielles responsables ouvrent la porte au dialogue et permettent de trouver un consensus, car la situation existante ne répond pas aux besoins du consommateur.

4.2.3 MONTANT DE LA FRANCHISE: VALEUR À NEUF OU VALEUR RÉELLE?

Parmi les plaintes qui portent sur le montant des indemnités, il y a celles qui concernent le montant de la franchise.

Une des questions récurrentes dans les discussions porte sur la gestion de l'application du montant de la franchise lorsqu'il y a concours d'un assureur "dommages" et d'un assureur "responsabilité".

Quel est le montant de la franchise que le responsable doit rembourser? L'assureur "dommages" (incendie par exemple) indemnise en valeur à neuf alors que l'assureur du responsable indemnise en valeur réelle. Ce dernier va-t-il rembourser la franchise en valeur à neuf ou en valeur réelle? Ainsi les entreprises d'assurances qui ont adhéré à la "convention heurt de véhicule" appliquent sur le montant de la franchise à rembourser à l'assuré le pourcentage de vétusté prévu dans le mode de règlement entre entreprises d'assurance .

Cette convention a la mérite de vouloir simplifier et accélérer le règlement des litiges, mais, conclue entre assureurs, elle ne peut nuire aux intérêts des préjudiciés qui sont tiers.

La jurisprudence est divisée et les entreprises d'assurances le sont également.

Il n'y va pas d'un montant important (± 1.000 BEF), mais une position unanime du secteur aurait le mérite de la clarté.

Recommandation

Il faudrait que les entreprises d'assurances au sein de l'UPEA s'accordent sur un mode de règlement de sinistres en cas de concours d'un assureur dommage et d'un assureur de responsabilité. A cet effet, l'Ombudsman renvoie aux motivations développées dans les jugements. Une franchise n'est pas une indemnité. Dès lors, sur quelle base juridique peut-on lui appliquer un pourcentage de vétusté?

Plus spécialement, il faut que la Commission d'application "de la convention chargée d'étudier toute modification susceptible de l'améliorer" réponde à la question.

Article 5 Convention heurt de véhicule UPEA avril 1994
Article 7 Convention heurt de véhicule UPEA avril 1994

5 Conclusion

Les assureurs ont-ils entendu l'appel des consommateurs à une meilleure communication?

Le secteur apparaît sensibilisé.

Dans un souci de plus de transparence, les différents intervenants recherchent une plus grande synergie dans leurs actions. Ainsi, la mise sur pied du conseil professionnel, du code de déontologie des intermédiaires présenté avec celui des entreprises d'assurances.....(voir supra p. 6 et suivantes).

L'enquête sur l'image de marque réalisée à l'initiative de l'UPEA témoigne également de l'importance que le secteur attache à écouter le client final. L'analyse des résultats devra aboutir à des actions concrètes. Des pistes de réflexion sont initiées. Dans un monde où l'évolution est de plus en plus rapide, il faut accélérer leur mise en oeuvre car elles risqueraient de ne plus répondre aux attentes des consommateurs.

Les entreprises d'assurances individuellement apparaissent également de plus en plus conscientes qu'une stratégie de développement commence par un rapprochement vers le grand public. Ainsi, les campagnes publicitaires et les opérations de marketing sont axées sur plus d'humain et de chaleur.

Elles se réfèrent à des faits journaliers rencontrés par tout un chacun, les photos présentent des personnes de tout âge et de toute race, ...

Ce souci se retrouve aussi dans les déclarations des dirigeants d'entreprise d'assurances. Ainsi, l'un d'eux déclarait: "A une époque de haute technologie, le consommateur a plus que jamais besoin d'un contact humain". Un autre parlant de la communication soulignait qu'elle devait rester simple: "utiliser des exemples, des analogies, organiser des forums et répéter, répéter les explications".

Il est impératif et fondamental que ces convictions soient partagées par toutes les équipes à tous les niveaux de l'entreprise et qu'elles les intègrent dans l'accomplissement de leur tâche journalière.

Il ne faudrait pas que prises par la fièvre commerciale et l'ambition de grandir, les entreprises d'assurances tombent dans le piège de messages peu clairs qui pourraient appâter le client. Méfiant, il s'en détournera rapidement.

Il y a trois ans, l'Ombudsman concluait que les entreprises gagnantes seront celles qui réussiront le pari du meilleur service au consommateur.

Cette affirmation reste vraie, mais elle prend une dimension nouvelle: il faut que les améliorations et les adaptations soient rapides.

Charles Darwin écrivait: "Les espèces qui survivent ne sont pas les plus fortes ou les plus intelligentes mais les plus réactives à l'évolution".

L'Ombudsman remercie vivement ses collaborateurs ainsi que l'ensemble des correspondants au sein des entreprises d'assurances qui, grâce à leur appui efficace, lui ont permis de mener sa mission tout au long de l'année.

Annexe I
Cas d'intervention

Cas n° 1 Protection juridique: éviter le vide de couverture en cas de changement.

Cas n° 2 Assurance vie: quel est le montant des coûts de gestion?

Cas n° 3 Assurance "frais funéraires": nécessité d'une formule transparente.

Cas n° 4 L'intervention de l'Ombudsman fait progresser l'enquête.

Cas n° 5 Interprétation des termes du contrat: l'Ombudsman se prononce.

Cas n° 6 L'assureur doit respecter les termes du contrat.

Cas n° 7 Il faut attendre un an pour pouvoir augmenter la prime!

Cas n° 8 Quand l'assuré conteste les dommages subis par l'adversaire...

Cas n° 9 Quel est le décompte de l'indemnité en omnium?

Cas n°10 Dégâts des eaux: lien de causalité entre les dommages et les travaux?

Cas n°11 Pendant les travaux de transformation, il n'y a pas de couverture pour le vol.

Cas n°12 Assistance voyage: une solution équitable

Cas n° 1 Protection juridique: éviter le vide de couverture en cas de changement.

Monsieur X a souscrit une assurance protection juridique en auprès de l'entreprise d'assurances A. En , il change d'assureur et choisit l'entreprise d'assurances B.

Le juillet , il est informé du rejet par le collège des bourgmestres et échevins de sa commune de la demande d'un permis d'urbanisme introduit par les établissements Y. Il croit le projet abandonné. Mais, le mars , il apprend que suite à un recours des établissements Y, le permis d'urbanisme est finalement accordé.

Or, la réalisation de ce projet entraîne une moins-value certaine de sa maison. Il fait appel alors à l'entreprise d'assurances B afin qu'elle intervienne dans ses frais de défense.

Celle-ci refuse car selon son contrat, la date du sinistre est celle de la date d'introduction du permis de bâtir, soit le mars . Le sinistre est donc antérieur à , année de la prise d'effet du contrat.

M. X s'adresse alors à son assureur protection juridique de l'époque, l'entreprise d'assurances A. Celle-ci estime au contraire que le litige survient après la fin de son contrat, c'est-à-dire au moment où le permis d'urbanisme est accordé.

En désespoir de cause, il interroge l'Ombudsman.

Celle-ci constate qu'en application des définitions du cas de sinistre dans leurs contrats respectifs, la position de refus d'intervention des assureurs est juridiquement fondée. Or, il a toujours été couvert et sans interruption en protection juridique. L'Ombudsman estime cette situation inéquitable. Elle réinterroge les deux assureurs concernés afin de trouver une solution pragmatique.

Sur la base de cette constatation, les deux entreprises d'assurances ont accepté de prendre en charge, chacune pour moitié, les frais de défense de M. X.

Cas n° 2 Assurance Vie: Quel est le montant des coûts de gestion?

Monsieur X souscrit auprès d'un conseiller en assurances une police d'assurance vie liée à des fonds d'investissements. Le vendeur lui avait dit qu'aucun frais ni d'entrée, ni de gestion, ni de sortie ne serait porté en compte. De plus, il n'y avait aucune mention sur le formulaire de souscription.

A la réception de la police, il voit que % de frais d'entrée sont enregistrés.

Mécontent, il interpelle l'Ombudsman pour qu'ils soient annulés.

L'Ombudsman examine le dossier et relève que selon les conditions générales que lui a transmis le plaignant des coûts sont prévus.

De plus, les articles 25 et suivants de l'arrêté royal réglant la branche vie autorisent l'entreprise d'assurances à compter des frais pour couvrir les coûts.

Ils sont fixés librement et inclus dans les tarifs déposés à l'OCA. Pour ce type de contrat, les coûts varient entre 1% et 10% .

Interrogé, le conseiller en assurances explique que Monsieur X s'était informé sur différents produits dont des produits bancaires pour lesquels aucun frais n'était porté en compte.

Il y a eu apparement un problème de communication ...

Après négociations, l'entreprise d'assurance a accepté de réduire les coûts à 2% et l'intermédiaire en a pris la moitié en charge.

L'Ombudsman a estimé que la solution était équitable puisqu'un minimum de 1% était à charge du plaignant. En effet, les conditions générales prévoyaient clairement qu'il y aurait des coûts.

Cas n° 3 Assurance "frais funéraires": nécessité d'une formule transparente.

En , Madame X souscrit une assurance frais funéraires sur la tête de son époux en s'engageant à payer une prime mensuelle de BEF pendant ans pour un capital de 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 , au terme du versement des primes, le capital est de BEF.

En , 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 avec la présence de trois hommes, corbillard, cercueil en chêne, chapelle funéraire, faire-part, 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° 4 L'intervention de l'Ombudsman fait progresser l'enquête

En janvier , le véhicule de M. X en stationnement est embouti par celui de M. Y qui prend la fuite.

Dix mois plus tard, M. X est sans nouvelles. Il ne sait même pas s'il peut faire réparer son véhicule.

Irrité, il contacte l'Ombudsman.

Saisie de la plainte, elle interroge l'entreprise d'assurance de M. X. Elle constate que les versions sont contradictoires et que le gestionnaire attend le dossier répressif établi suite à la plainte de M. X.

Afin de débloquer la situation, l'Ombudsman suggère à l'entreprise d'assurance d'effectuer une enquête sur base des éléments en sa possession. Un inspecteur interroge M. Y et le témoin du sinistre. Ce dernier confirme les faits mais M. Y continue à les nier. Lors de cette enquête, il apprend que M. Y a également porté plainte et qu'il y a un second dossier répressif dont l'assureur ignorait l'existence.

Les versions sont opposées, il faut donc attendre la clôture des informations judiciaires. Mais, sur la base du rapport et des photos de l'expert, M. X a pu obtenir l'autorisation de faire réparer son véhicule.

Cas n° 5 Interprétation des termes du contrat: l'Ombudsman se prononce.

L'immeuble de M. X a subi des dégâts suite à une infiltration d'eau par la terrasse. Cette terrasse sert partiellement de toiture à une courette.

L'entreprise d'assurances refuse d'intervenir car seules sont couvertes les infiltrations d'eau par la toiture.

Ne pouvant accepter ce refus, l'intermédiaire du propriétaire saisit l'Ombudsman.

Le point était de déterminer si une terrasse pouvait être considérée comme une toiture.

Comme il s'agit d'un contrat d'adhésion, c'est-à-dire un contrat rédigé par un assureur auquel un particulier souscrit, l'Ombudsman estime que s'il existe une difficulté d'interprétation, il faut s'en référer au sens commun.

Parmi les définitions décrites par le dictionnaire, on peut lire qu'une terrasse est une "toiture plate, accessible, parfois aménagée d'une maison, ...".

En l'occurrence, l'état des lieux correspondait à cette description. Par conséquent, l'Ombudsman a pu convaincre l'assureur d'intervenir.

Cas n° 6 L'assureur doit respecter les termes du contrat

Le avril , la voiture en stationnement de M. X subi des dégâts importants suite à une explosion survenue dans un immeuble voisin.

Il a souscrit pour son véhicule une couverture dégâts matériels limitée au feu, à la fumée, l'explosion, la foudre, le court-circuit dans l'installation électrique ainsi que les dommages résultant de l'extinction.

L'entreprise d'assurances indemnise le bris de vitre, mais refuse d'intervenir pour les autres dommages. En effet, elle estime qu'elle ne couvre le dommage au véhicule que pour autant que l'explosion ait lieu dans le véhicule même

Mécontent, Monsieur X s'adresse à l'Ombudsman qui prend contact avec l'assureur.

Elle demande de lui communiquer le texte du contrat d'assurance qui est d'application.

A l'examen des dispositions du contrat, elle constate que cette condition n'est pas précisée. Aussi, elle estime que si les dommages au véhicule sont causés par une explosion, l'assureur doit intervenir. Monsieur X a été totalement indemnisé.

Cas n° 7 Il faut attendre un an pour pouvoir augmenter la prime!

Monsieur X, attiré par un tarif très intéressant, a souscrit une police d'assurance pour son véhicule qui démarre le er septembre . Pour des raisons techniques, la date d'échéance principale est fixée au er janvier.

Le novembre , il reçoit de l'entreprise d'assurances une lettre lui annonçant une augmentation de la prime mensuelle pour le 1er janvier 2000.

Surpris par cette annonce, il s'adresse à l'Ombudsman.

Que prévoit le contrat ?

L'augmentation de la prime ne peut se faire qu'à l'échéance principale suivante et elle doit être annoncée au moins trois mois avant. Si l'assuré n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent l'annonce.

Or, l'échéance du 1er janvier 2000 était la première échéance principale du contrat de M. X tandis que l'échéance suivante était celle du 1er janvier 2001.

Par conséquent, l'augmentation de la prime ne pouvait se faire que le 1er janvier 2001.

L'entreprise d'assurances accepte le point de vue de l'Ombudsman et maintient l'ancien tarif.

Cas n° 8 Quand l'assuré conteste les dommages subis par l'adversaire...

Monsieur X, responsable d'une collision entre deux véhicules, adresse le constat amiable à son courtier en précisant qu'il conteste les dommages au véhicule de la partie adverse.

Sur le constat amiable, le tiers a décrit les dégâts mais Monsieur X n'y a apporté aucune réserve. Il est indiqué par contre que son véhicule n'a aucun dégât.

Sur la base de la convention qui existe entre les entreprises d'assurances, le véhicule endommagé est expertisé et le tiers rapidement indemnisé par son assureur.

On n'a donc pas tenu compte des observations complémentaires de Monsieur X. Lorsqu'il reçoit l'invitation à payer la prime annuelle, il constate l'application du malus.

Il conteste et saisit l'Ombudsman.

A l'examen du dossier l'Ombudsman constate que les dégâts décrits par le rapport d'expertise ne correspondent pas à ceux repris sur le constat amiable. L'expert est interrogé mais ne peut fournir d'informations précises.

L'Ombudsman estime qu'on n'a pas tenu compte des remarques du plaignant et qu'il y a des éléments objectifs permettant de douter que les dégâts indemnisés soient la conséquence de l'impact du véhicule de Monsieur X.

L'entreprise d'assurances a accepté d'annuler le malus.

Cas n° 9 Quel est le décompte de l'indemnité en Omnium?

Mécontente de l'indemnité qu'elle a reçue de son assureur omnium, Madame X interroge l'Ombudsman.

Elle trouve que le montant de la prime qu'elle a payé est bien trop élevé par rapport à ce qu'elle reçoit.

Elle se pose différentes questions: Comment se fait-il que la prime soit calculée sur la valeur à neuf TVA comprise?

Pourquoi l'assureur applique-t-il une règle de dégressivité ? Pourquoi ne paie-t-il pas la TVA ?

Afin de déterminer le bien-fondé de sa réclamation, l'Ombudsman examine les conditions décrites dans le contrat. Ce sont, en effet, elles qui déterminent les obligations de l'assureur.

Le contrat mentionne que la valeur du véhicule à assurer est la valeur catalogue de la marque et du modèle du véhicule décrit par le preneur d'assurances.

En l'occurrence, la valeur catalogue du véhicule de Mme X s'élevait bien à 935.330 BEF (TVA comprise).

D'autre part, les conditions précisent le mode de règlement.

Dans la formule "valeur agréée" choisie par l'assurée, les conditions prévoient qu'à partir du 7ème mois de mise en circulation, un pourcentage forfaitaire de 1% par mois est déduit.

Enfin, le remboursement de la TVA est limité au montant de la TVA réellement payée à l'achat du véhicule endommagé.

Le contrat est signé par la plaignante et la prime payée. Elle avait ainsi marqué son accord sur ces conditions.

Dans le décompte de l'indemnité qui lui était proposée, l'entreprise d'assurances a correctement appliqué les dispositions contractuelles.

L'Ombudsman l'a confirmé et lui a communiqué les justifications objectives de son appréciation.

Cas n° 10 Dégâts des eaux: lien de causalité entre les dommages et les travaux?

Le syndic d'une copropriété contacte l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances refuse d'intervenir dans différents sinistres "dégâts des eaux".

Selon elle, ce sont les travaux aux canalisations effectués par le plombier qui sont à l'origine.

Les conditions générales du contrat prévoient explicitement l'exclusion des dommages survenus durant les travaux de transformations sauf s'il n'y a pas de relation causale entre les travaux et le sinistre.

A l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate que les fuites se sont produites à plusieurs mètres de distance de l'endroit où les travaux à la canalisation ont été exécutés.

Sur cette base, elle se demande si le lien de causalité est bien établi et si l'assureur peut maintenir son refus d'intervention?

En réalité, il y a doute. L'Ombudsman a pu obtenir que les conditions du contrat soient interprétées en faveur du plaignant qui a donc été indemnisé.

Cas n° 11 Pendant les travaux de transformation, il n'y a pas de couverture pour le vol.

Monsieur X déclare à son assureur un vol dans son habitation.

Lorsque l'expert se rend sur les lieux, il constate que le bâtiment est en transformations. En effet, on construit une annexe d'un étage sur toute la largeur de la façade arrière pour prolonger le bâtiment.

L'entreprise d'assurances refuse son intervention car les conditions générales excluent les vols commis lorsque le bâtiment assuré est en cours de construction, de transformation ou de réparation.

Monsieur X interroge l'Ombudsman sur la notion de transformation.

Selon le dictionnaire, la transformation est l'action de transformer, de changer la forme.

En examinant les photos prises par l'expert, l'Ombudsman constate que l'importance des travaux entrepris par Monsieur X entraînaient une transformation de la maison. De plus, durant leur exécution, l'accès dans la maison était plus facile et donc le risque de vol plus grand. D'ailleurs, dès que les travaux seront terminés, son contrat devra être adapté car il y a modification de risque assuré.

L'Ombudsman confirme dès lors au plaignant le bien-fondé de la position de l'entreprise d'assurances.

Cas n° 12 Assistance voyage: une solution équitable

L'Ombudsman est saisi par un plaignant mécontent des services qu'il a eus lors de son assurance "assistance".

Que s'est-il passé?

Durant leurs vacances en Autriche, le véhicule de M. et Mme X est tombé en panne. Les réparations devaient avoir lieu sur place. M. X utilise son GSM pour appeler en Belgique son assureur assistance. Ce dernier organise le rapatriement de la famille en train.

Le correspondant sur place avait promis des places en ère classe dans un wagon couchettes.

La réalité fut tout autre: le couple et ses deux enfants ont passé la nuit debout dans un wagon sans qu'aucune place ne soit réservée.

Durant la nuit de gare en gare, ils ont cherché des places assises et ont dû se séparer. Ce fût lourd physiquement et psychologiquement pour les parents qui devaient surveiller leurs enfants dans de pareilles circonstances.

L'assureur refusait toute indemnisation compensatoire car l'absence de places couchées ou assises résultait d'une faute des chemins de fer autrichiens qui avaient enregistré un surplus de réservations.

L'Ombudsman, saisi du dossier, a contacté l'assureur en faisant valoir les désagréments subis par cette famille lors de ce pénible retour, afin de les dédommager. L'assureur a décidé de payer la différence entre le prix des billets de 1ère et de 2ème classe.

De plus, il interviendra dans les frais supplémentaires de GSM sur la base de la facture.

Annexe 2
Extrait assurinfo 18/05/00

Conseil professionnel contre la fraude: L'UPEA signe une convention avec les intermédiaires

Dans le cadre du plan d'action contre la fraude qu'elle a lancé en juin 1997, l'UPEA s'est associée aux organisations représentatives des intermédiaires d'assurances (De Federatie, Feprabel et UPCA) pour constituer un Conseil professionnel chargé d'examiner les cas où il serait question de l'intervention d'un assureur ou d'un intermédiaire dans un dossier de fraude. En février dernier déjà, les entreprises membres de l'UPEA avaient été invitées à adhérer à cette convention qui crée ce Conseil professionnel (voir Assurinfo n° 6 du 17 février 2000).

Le 10 mai dernier à la Maison de l'assurance, les présidents des fédérations d'intermédiaires et Michel Baecker, administrateur délégué de l'UPEA, ont officiellement signé cette convention en présence du président de la Commission fraude de l'UPEA, M. Vincent Lambert et de la presse professionnelle. M. Baecker a saisi l'occasion pour situer cette convention dans son contexte et en préciser la portée. Et de souligner que c'est la première fois que les assureurs et les intermédiaires signent une convention portant sur la fraude, compte tenu des répercussions que celle-ci a sur le plan financier mais surtout sur l'image des uns et des autres dans le secteur.

Une définition de la fraude à lire et à relire...

Ce Conseil professionnel, a-t-il insisté, est un organe de concertation qui permettra de réfléchir au caractère frauduleux des cas qui lui seront soumis. Par son existence même et son impact psychologique, il pourra ainsi avoir un rôle éminemment préventif. Michel Baecker s'est dit frappé par la remarquable définition de la fraude, fruit de longues heures d'échange d'idées et de réflexion entre les parties signataires. Il a invité le secteur à lire et à relire cette définition, pour s'en imprégner. En voici le texte.

“Par fraude à l'assurance, il faut entendre l'utilisation illicite de l'assurance dans le cadre de laquelle l'intention frauduleuse est démontrée par tous moyens de preuves légaux.

Elle peut être établie dans le chef du preneur d'assurance, de l'entreprise d'assurances et de ses préposés et/ou représentants, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'intermédiaire qui se rend coupable d'une omission intentionnelle, du dépôt d'une fausse déclaration ou de la falsification d'un document. L'utilisation illicite de l'assurance a pour objectif, soit d'éviter ou de réduire un paiement, soit de bénéficier d'un paiement ou d'une prestation sans y avoir droit, soit de conclure une assurance qui serait autrement refusée ou proposée moyennant le paiement d'une prime appropriée”.

Une opération courageuse qu'il faudra confirmer

“On a osé mettre en place un programme sectoriel de lutte contre la fraude, qui comprend des actions de sensibilisation comme la publication d’un cahier de l'assurance sur ce sujet mais aussi, sur le plan opérationnel, la création d'un réseau de contact avec la police et la gendarmerie” a poursuivi M. Baecker, qualifiant cette opération de “courageuse, mais qui doit être confirmée”. Il a rendu hommage à ses pionniers, citant le prédécesseur de Vincent Lambert à la présidence de la Commission fraude, Eric Kleijnen.

L'administrateur délégué a admis que certains assureurs avaient envisagé d'aller plus loin, dans une direction plus répressive. Le Conseil professionnel ne sera toutefois ni un tribunal, ni une cour d'arbitrage et ne s'occupera dès lors pas de dossiers d’erreurs professionnelles. Que 26 entreprises membres de l'UPEA y avaient déjà explicitement adhéré au 3 mai dernier et désigné 11 représentants au Conseil professionnel, traduit la volonté “politique” du secteur. Il ne pouvait dès lors que souhaiter que le Conseil de surveillance institué par la même occasion pour procéder au moins deux fois par an à l'évaluation des travaux du Conseil professionnel confirme le bien-fondé de l'expérience lorsqu'il fera son premier bilan périodique.

Dans un contexte plus large, cette initiative s'inscrit dans la prise de conscience par le secteur de l'assurance qu'il doit aller de l'avant en matière d'autorégulation. C'est dans ce même esprit qu'il réfléchit à la mission de l'ombudsman en ce qu'elle ne devrait plus se limiter à la seule union professionnelle mais s'étendre à l'ensemble de l'assurance en Belgique.

Les présidents des fédérations d'intermédiaires ont enchaîné sur les propos de Michel Baecker pour confirmer une identité de vues.

Réginald Van Ingelgem (Feprabel) s'est réjoui du dialogue qui s'est instauré et de la discussion engagée sur la définition de la fraude “pour éviter l'amalga-

me". Lui aussi a souligné l'aspect "éducatif" de la "jurisprudence" du Conseil professionnel et de l'échange d'expériences qui s'en dégagera.

André Van Varenbergh (UPCA) a rappelé combien les assureurs et les intermédiaires peuvent être "victimes et vecteurs" de la fraude et que le fonctionnement d'un Conseil professionnel crée une situation win-win pour combattre "une des plaies de notre profession, dans laquelle le consommateur trouve lui aussi son avantage".

Pour Julien Van Molle (De Federatie), le Conseil professionnel permet d'abaisser un seuil pour tous ceux qui sont confrontés à un dossier qui pourrait être entaché de fraude et sur lequel ils entendent être fixés sans devoir s'engager dans une procédure lourde et hasardeuse auprès de l'Office de contrôle des assurances ou du Parquet. En donnant de la publicité à ses avis, le Conseil professionnel permettra aux assureurs et aux intermédiaires de savoir à quoi s'en tenir en matière de fraude.

Vincent Lambert, président de la Commission fraude de l'UPEA, a confirmé que le but du Conseil professionnel est préventif: il devra dégager des grandes tendances pour éliminer certaines pratiques. Il appartiendra aux entreprises d'assurances de donner suite à ses avis. L'expérience dira si ceux-ci permettront de dégager une "échelle de gravité" de la fraude.

Un dossier type pour un travail de fond

La presse professionnelle a évoqué lors de cette présentation les lignes "de délation" instaurées en Grande-Bretagne pour signaler des cas de fraude, même de manière anonyme. Ceci a permis de préciser que le Conseil professionnel n'intervient pas dans les relations avec le consommateur (dont les actes frauduleux sont sévèrement sanctionnés par la loi sur le contrat d'assurance terrestre) d'une part, et qu'il n'effectuera en aucun cas des actes d'investigation. Le Conseil professionnel ne s'exprimera que sur des dossiers "complets", c'est-à-dire fondés sur des éléments tangibles et dûment documentés mais qu'il rendra lui-même anonymes. C'est pourquoi un dossier type a été établi, reprenant de manière structurée les éléments nécessaires à l'examen du dossier. La convention signée le 10 mai dernier prévoit explicitement que seules les entreprises d'assurances et les intermédiaires ou leurs associations représentatives peuvent introduire une demande d'avis relative à la participation d'une entreprise d'assurances ou d'un intermédiaire à une fraude ou à une tentative de fraude.

Annexe 3
Extrait assurinfo 29/03/01

FIN-NET: Nouveau réseau européen de résolution des litiges dans le secteur des services financiers

La Commission européenne a lancé le 1er février dernier le réseau FIN-NET (FINancial services complaints NETwork). Celui-ci vise à faciliter la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation dans le secteur des services financiers dans le cas où le prestataire de services est établi dans un autre État membre que celui où réside le consommateur.

Cette nouvelle initiative devrait augmenter la confiance du consommateur qui, dans le cadre de l'accroissement constant du nombre des transactions transfrontières, se voit offert la possibilité de recourir à des procédures alternatives simples, peu coûteuses, efficaces et rapides.

Un protocole d'accord a été établi dans le cadre de ce nouveau réseau, qui a été signé par un nombre important d'organes de résolution de litiges nationaux, dont le service d'ombud de notre secteur. Il s'agit plus exactement d'une déclaration d'intention pour la coopération transfrontière entre les parties, qui contient les conditions sur la base desquelles ces parties envisagent de coopérer, sans toutefois les lier juridiquement.

Ce nouveau réseau est complémentaire au réseau extrajudiciaire européen (EJE) lancé en mai 2000 (voir Assurinfo n°16 du 4 mai 2000). Ce dernier, de nature plus générale, est constitué de dispositifs alternatifs de résolution des litiges (DAR) qui ont été notifiés à la Commission par les États membres et qui appliquent une série de principes-clés contenus dans la recommandation 98/257/CE de la Commission. Ces principes garantissent leur impartialité et leur efficacité. Le réseau EJE est une structure d'assistance et d'information, composée de points de contact nationaux, établis dans chaque État membre.

Pour plus d'information, voir :
www.europa.eu.int/comm/internal_market/fr/finances/consumer/adr.htm.

Annexe 4
Extrait du rapport annuel de l'année 1997

La lenteur des règlements de sinistres

Comme l'Ombudsman le soulignait plus haut, le retard apporté à la gestion n'est pas toujours imputable à l'assureur. 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 du rapport annuel de l'année 1997

Assurances soins de santé

En matière de **soins de santé**, les plaintes portent sur les difficultés que rencontrent certaines catégories de personnes à souscrire un contrat dans des conditions "raisonnables". Notamment, dans le cadre d'assurances collectives, l'employé à l'âge de la retraite ne trouve plus à s'assurer sur le marché à un prix raisonnable. Or, lors de la souscription d' assurances collectives, il est possible de prévoir, par des dispositions conventionnelles, les conditions dans lesquelles un employé qui quitte l'entreprise pourra bénéficier d'une reprise du contrat.

Dès lors, ne faudrait-il pas qu'assureurs et employeurs abordent systématiquement la question au moment de la conclusion de telles polices?

Dans ce domaine, de nombreuses discussions tournent également autour du principe du refus de couvrir les conséquences d'un état préexistant. Ce principe est conforme à la notion même d'assurances. La loi sur l'assurance terrestre (article 5) prévoit expressément que l'assuré a l'obligation de déclarer tout ce qui est en sa connaissance et qui est de nature à influencer l'appréciation du risque par la compagnie.

Mais, quelle est la validité de la clause qui exclut de sa garantie les sinistres qui sont la conséquence d'un état antérieur inconnu de l'assuré?

Ne pourrait-on de toute façon pas en limiter la portée dans le temps?

Annexe 6
Extrait l'Assurance au présent 8/01/01

La réticence ne peut pas porter sur ce que l'assuré ne sait pas lui-même

De la circonstance que, peu après la conclusion de la police, I'assuré ait fait appel à la couverture, il ne peut se présumer aucune intention malveillante. C'est ce que déclare la Cour d'appel de Gand. Il s'agissait d'un travailleur qui, quelques semaines après avoir souscrit une assurance Invalidité, est tombé en incapacité de travail du fait d'une maladie de la peau. Les premiers symptômes s'étaient déjà manifestés avant la conclusion de la police, mais le médecin traitant pensait qu'il s'agissait d'une allergie alimentaire.

En réalité, l'intéressé souffrait d'une forme grave d'urticaire, qui ne s'est révélée que beaucoup plus tard. A l'origine, les plaintes du patient étaient très vagues, mais avec le temps l'affection dermatologique était allée de pair avec de fortes démangeaisons, des douleurs articulaires et de la fièvre, ce qui avait finalement débouché sur une incapacité de travail totale qui avait duré près d'un an.

L'assureur avait refusé le sinistre au motif que l'assuré aurait, lors de la souscription de la police, négligé de déclarer qu'il souffrait de la maladie en question. Devant le Tribunal de première instance de Courtrai, la compagnie a obtenu raison, mais l'assuré a interjeté appel.

Au degré d'appel, la compagnie a introduit une action en déclaration de nullité du contrat d'assurance, de même qu'une demande reconventionnelle pour son dommage du fait d'un appel téméraire et vexatoire. Pour la bonne compréhension du cas, nous replaçons les principaux éléments du dossier par ordre chronologique:

- 14 mai 1994: l'ouvrier visite son médecin parce qu'il est embarrassé par des éruptions cutanées et des démangeaisons. Le médecin pose un diagnostic (erroné) d'allergie alimentaire;
- 17 juin 1994: l'ouvrier conclut une assurance Invalidité. II ne fait pas mention de son affection dermatologique, qui à ce moment n'a toujours pas disparu;

- fin 1994 l'assuré subit un examen approfondi dans les hôpitaux universitaires de Louvain et de Gand. A l'issue d'une biopsie de la peau, le diagnostic exact est posé. Les professeurs chefs de service mentionnent dans leur rapport qu'ils n'auraient pu diagnostiquer la maladie qu'à partir de juillet 1994.

Cela signifie que l'intéressé, pas plus que son médecin traitant, ne pouvait savoir au moment de la souscription de la police qu'il souffrait de l'affection dermatologique en question.

La Cour d'appel de Gand en conclut dès lors qu'il ne peut être question de réticence: "Il faut d'abord noter que la déclaration de l'incapacité totale date de plus d'un an après la conclusion du contrat et que, par ailleurs, il n'est pas démontré que l'assureur ait été, lors de la conclusion du contrat, égaré dans son appréciation du risque par une réticence intentionnelle ou par la déclaration intentionnelle d'éléments relatifs à ce risque. (...) Le devoir qui pèse sur l'assuré porte sur la déclaration de toutes les circonstances connues de lui dont il doit raisonnablement considérer qu'elles sont des données susceptibles d'avoir une influence sur l'appréciation du risque par l'assureur." Les magistrats gantois estiment que les plaintes banales pour lesquelles l'intéressé a consulté son médecin le 14 mai 1994 ne peuvent pas être considérées comme de telles circonstances. C'est d'autant plus vrai, ajoute la Cour, que les professeurs d'université ont confirmé que la maladie ne pouvait pas être diagnostiquée à ce moment.

La Cour juge, dès lors, que le concept de réticence ne peut pas porter sur ce que l'assuré ne savait pas lui-même. Cela paraît logique, sinon on aurait pu objecter que la réticence invoquée par l'assureur ne portait pas sur le diagnostic de la maladie, mais sur ses symptômes. On pouvait, en effet, affirmer que l'assuré, au moment de la souscription du contrat, savait déjà qu'il avait bien quelque chose, sans savoir précisément quoi. Les éruptions et les démangeaisons n'avaient en effet pas disparu, mais s'étaient même aggravées, malgré les médications prescrites par le médecin. Dans cette optique, si la compagnie d'assurances avait été correctement informée des symptômes, elle aurait pu imposer un examen médical préalable et n'aurait pas souscrit le contrat ou l'aurait fait à d'autres conditions. La Cour d'appel de Gand reforme le jugement du Tribunal de première instance de Courtrai. L'assureur doit donc prendre le sinistre en charge, bien que le montant exact de l'indemnité doive encore être fixé (l'assuré réclame 905.849 francs). La Cour décide que tant la demande reconventionnelle de l'assureur en déclaration de nullité de la police d'assurance que sa réclamation du chef d'appel téméraire et vexatoire sont non fondées.

(Gand, 18 mars 1999, A.J.T, 2000-2001, 374-375)

Annexe 7
Extrait assurinfo 15/06/00

Le bulletin mitigé de l'Ombudsman
Technique: correct
Communication: rattrapage indiqué

L'Ombudsman de l'UPEA, Josette Van Elderen, a présenté son rapport annuel à ses correspondants dans les compagnies et à la presse, respectivement le 6 et le 15 juin. Il en ressort qu'elle a enregistré 1.473 plaintes écrites qui ont été enregistrées en 1999, contre 1.100 en 1998. Cette hausse de 34 % résulte principalement de l'influence des médias, surtout francophones. 120 plaintes environ ont été vraisemblablement introduites suite au passage de l'Ombudsman à l'émission télévisée "Controverse" (RTL) du dimanche 24 février 1999 qui était consacrée à sa fonction. Quant à la décision prise en fin d'année 1998 de réduire le taux d'intérêt garanti de 4,75% en assurances vie, elle a donné lieu à une septantaine de plaintes.

La majorité des plaintes (58%) sont toujours introduites par les assurés. Ce pourcentage était identique en 1998. La hausse provient essentiellement des média 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.

L'Ombudsman constate que la volonté des dirigeants d'accroître l'écoute des besoins du client et de lui offrir une qualité de service accrue ne s'est pas encore répercutée auprès de tous les intervenants du secteur.

Depuis plusieurs années, 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, ... s'avèrent 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.

L'Ombudsman voit dans quelques grandes étapes que le secteur traversera dans les prochains mois, à savoir la mise en place de la 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, autant d'opportunités pour améliorer le dialogue avec le client, et ceci par tous les intervenants du secteur (entreprises d'assurances, intermédiaires et mandataires).

On trouvera en p. 18 à 20 une analyse exhaustive de l'activité de l'Ombudsman lors de l'année écoulée.

Annexe 8
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 AMFB
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
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
0059 CGU INSURANCE
0472 CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
0956 CITILIFE
0420 COMPAGNIE EUROPEENNE D'ASSURANCE DES MARCHANDISES ET BAGAGES (L'EUROPEENNE)
0435 CORONA

D

0687 DAS
0033 DELPHI
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

0145 GENERALI BELGIUM
0342 GERLING NAMUR - ASSURANCES DU CREDIT

0315 HAGELUNIE
0735 HAMBURG MANNHEIMER

I

0487 INTER PARTNER ASSISTANCE

J

0893 JURIS / GB LEX

K

0014 KBC ASSURANCES

L

0171 LION BELGE (LE)

M

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 AND PENSIONS LTD

O

0099 OHRA BELGIUM

P

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

R

1093 ROYAL & SUN ALLIANCE INSURANCE
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
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 COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE
1010 ZURICH INTERNATIONAL

Annexe 9
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
UNION PROFESSIONNELLE
DES ENTREPRISES
D'ASSURANCES

Maison de l'Assurance
Square de Meeûs, 29
B-1000 Bruxelles

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