Rapport Annuel 2003

Ombudsman des Assurances

Rapport Annuel 2003

Ombudsman des Assurances

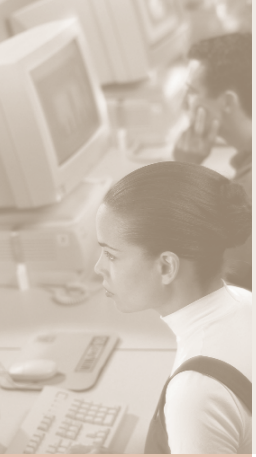


TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION

- Le Bureau de tarification est entré en fonction le 1er novembre 2003!
- Le consommateur à la recherche d'informations...

II. INTERVENTIONS LEGISLATIVES

- La loi anti-discrimination du 25 février 2003
- La loi du 28 avril 2003 sur les pensions complémentaires: plus de transparence!
- L'arrêté royal du 11 juillet 2003.

III. STATISTIQUES ET ANALYSE

Plaintes introduites en 2003

Aperçu des plaintes 1999 – 2003
Répartition linguistique
Évolution mensuelle du nombre des plaintes
Répartition par groupe
Evolution du nombre des plaintes par groupe
Répartition par provenance
Répartition par branche
Répartition par motif
Résultats

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

Nombre de plaintes
Qui introduit une plainte?
De quel type d'assurance se plaint-on?
De quoi et pourquoi se plaint le consommateur?
Résultats

Plaintes à l'encontre des intermédiaires

Nombre de plaintes
Qui introduit une plainte?
De quel type d'assurance se plaint le consommateur?
De quoi et pourquoi se plaint-on?
Résultats

Plaintes à l'encontre de Datassur

Nombre de plaintes
Qui introduit une plainte?
De quel type d'assurance se plaint le consommateur?
De quoi et pourquoi se plaint-on?
Résultats

IV. RECOMMANDATIONS

V. CONCLUSIONS

VI. ANNEXES

1. Cas d'intervention
2. Extrait Actualit'Ass 2004
3. Extrait du rapport annuel de 1996
4. Extrait du rapport annuel de 2000
5. Liste des entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte
6. Liste des membres de la Concertation Permanente des Médiateurs et Ombudsmans (CPMO)
7. Liste des membres de Fin-Net (CEE)

INTRODUCTION

I

En 2002, l'ombudsman des assurances avait enregistré une augmentation marquante (+ 24%) du nombre des plaintes.

Cette croissance s'expliquait principalement par les différentes actions d'assainissement des portefeuilles menées par les entreprises d'assurances du secteur, surtout dans la branche responsabilité civile automobile obligatoire. Perturbé, irrité, révolté, perdu, le consommateur venait frapper à la porte de l'ombudsman espérant y trouver la possibilité d'avoir une couverture d'assurances ou tout le moins une couverture d'assurances à un prix qu'il estimait acceptable.

Face à cette situation, l'ombudsman est malheureusement démuni. En effet, son office vérifie si l'assureur respecte ses obligations légales et contractuelles, mais il ne peut intervenir sur les critères d'acceptation des risques pour lesquels les entreprises d'assurances disposent d'une pleine liberté.

Dans ce climat, l'événement à épingler en 2003 est, sans conteste, le démarrage le 1er novembre 2003 du Bureau de tarification[1].

Les médias ont d'ailleurs largement répercuté l'information et l'office de l'ombudsman n'a été que peu sollicité sur ce point.

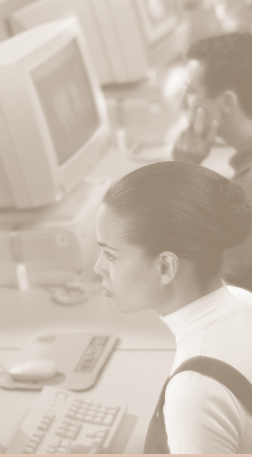
Le Bureau de tarification est entré en fonction le 1er novembre 2003!

Comme l'a souligné la ministre de l'Economie, Fientje Moerman, lors de son lancement, le Bureau de tarification n'est qu'une solution partielle à l'ensemble des difficultés rencontrées pour la couverture obligatoire de la responsabilité civile automobile.

Outre le démarrage des activités du Bureau de tarification, Assuralia[2], en étroite collaboration avec les autorités politiques et publiques, a cherché des solutions alternatives pour les catégories de risques plus lourdes telles les jeunes et les seniors.

Ainsi, la ministre de l'Economie et les entreprises d'assurances ont conclu un gentleman's agreement répercuté dans la presse sous le nom "contrat 29/29". Cette mesure offre depuis mars 2004 la possibilité aux jeunes et bons conducteurs de souscrire un contrat d'assurance à une prime qui ne dépasse pas 29% de plus que celle d'un conducteur âgé de 29 ans.

[1] Prévu par la loi du 2 août 2002
[2] Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances (ex UPEA)



Les seniors eux, ne peuvent être exclus sans raison objective et l'accord prévoit à cet égard la possibilité d'un test d'aptitude à la conduite. En contrepartie, les autorités ont concédé l'assouplissement de certaines mesures mais elles ont surtout pris l'engagement de renforcer la politique de prévention en matière de circulation routière. La sécurité routière et le nombre d'accidents sur les routes sont bien l'affaire de tous.

▼ Le consommateur à la recherche d'informations ...

L'année 2003 est marquée par une légère augmentation du nombre global des plaintes (2219 plaintes au lieu de 2094).

A côté des plaintes proprement dites, il y a de simples **demandes d'informations**.

En 2002, ce type de demandes a doublé. Alors qu'en 2001 elles représentaient 6%, en 2002, ce pourcentage est passé à 9,5% et est de **11% en 2003**.

En dehors de son rôle de gestion des litiges, l'ombudsman a également une mission de prévention. En effet, la formulation de recommandations au secteur et la réponse à des demandes de renseignements permettent d'éviter la naissance de conflits.

Inquiet, dubitatif, peu confiant, le consommateur s'adresse à une instance neutre et objective pour obtenir des informations voire la confirmation de renseignements déjà récoltés.

C'est pour répondre à ces attentes que l'ombudsman a développé, l'an dernier, le volet "FAQ" (frequently asked questions) sur son site Internet.

Depuis le lancement du volet FAQ du site au mois de juin, le nombre de consultations n'a cessé de croître. Ces consultations représentent plus de 50% du nombre total des visites du site. Les internautes confrontés à un problème d'assurance y recourent.

Le lecteur trouvera dans le rapport 2003 une analyse des plaintes groupées selon qu'elles ont été introduites à l'encontre des entreprises d'assurances, des intermédiaires et de Datassur[3].

Le rapport annuel est également disponible dans son intégralité sur le site Internet **www.ombudsman.as**

[3] *Groupement d'intérêt économique*

INTERVENTIONS LÉGISLATIVES

II

L'entrée en fonction du Bureau de tarification a été l'événement le plus marquant du secteur, mais le législateur est intervenu dans d'autres domaines pour rencontrer les attentes du consommateur.

L'ombudsman épingle trois interventions législatives au regard de la nature des plaintes répétées qu'elle a enregistrées : la loi anti-discrimination, la loi sur les pensions complémentaires et l'arrêté royal du 11 juillet 2003[4].

La loi anti-discrimination du 25 février 2003[5]

La loi anti-discrimination a pour but de mettre en œuvre le principe constitutionnel d'égalité et de non-discrimination. Il ne s'agit pas d'une véritable révolution mais plutôt d'un frein aux discriminations les plus notables. Elle n'est pas sans incidence sur les activités du secteur de l'assurance. Cette loi soutient le principe de la solidarité qui sous-tend l'assurance et même le renforce. Elle lutte contre les exclusions et favorise l'accès à l'assurance, reconnaissant ainsi son rôle social. Toute la question est de savoir en quoi l'application de la loi anti-discrimination pourrait limiter la liberté dont disposent les entreprises d'assurances de choisir les risques qu'elles souhaitent couvrir.

Son interprétation ne peut être isolée de la loi sur le contrat d'assurance terrestre[6].

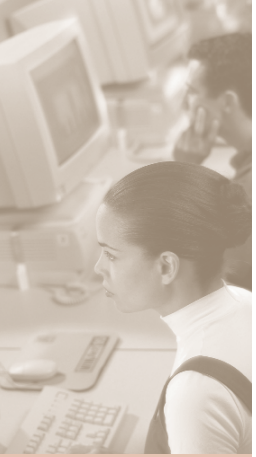
La loi anti-discrimination prévoit une liste limitative de critères qui ne peuvent entraîner une différence de traitement sans justification objective et raisonnable. Ainsi, parmi ces critères, elle reprend l'âge, le sexe, l'état de santé actuel ou futur, un handicap ou une caractéristique physique...

---

(4) A.R. du 11/07/2003 fixant les conditions d'agrément et le fonctionnement du Bureau belge et du Fonds commun de garantie MB 17/10/2003 entré en vigueur le 19/01/2003

(5) Loi du 25 février 2003 -M.B 17/03/2003

(6) Loi du 25 juin 1992 - MB 20/08/1992



L'application de cette loi conduit à plus de transparence dans les différenciations tarifaires.

Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances, a d'ailleurs analysé la portée de cette nouvelle législation et a notamment recommandé à ses membres de ne refuser la souscription d'un risque qu'en indiquant les raisons objectives pour lesquelles ils le font. Assuralia a ainsi diffusé plusieurs circulaires qui ont fait l'objet d'un communiqué de presse[7]. Mais l'application de ces recommandations ne va pas sans difficulté. La portée et l'interprétation accordées au concept "critère objectif" ne sont pas univoques. D'une analyse doctrinale[8], il ressort qu'il faut examiner si les circonstances en cause modifient la nature du risque sans quoi, la différence de traitement ne peut être considérée comme objective et raisonnablement justifiée.

De plus, la loi anti-discrimination doit être combinée avec l'application de la loi sur les droits du patient[9] qui limite notamment l'accès des assureurs aux informations médicales relatives aux (candidats) assurés. Il s'agit alors de déterminer dans quelle mesure les assureurs peuvent prendre en considération l'état de santé du patient dans l'acceptation d'un risque sans l'enfreindre.

Les dispositions législatives sont récentes et par conséquent il manque de recul pour en évaluer l'application. Il faut attendre les résultats des litiges portés en justice. Ils feront l'objet de discussions approfondies, riches d'enseignements. L'interprétation que donneront les tribunaux devra guider le secteur sur l'application de ces normes.

L'ombudsman a déjà été saisi de quelques plaintes qu'elle a pu résoudre au cas par cas.

On ne peut parler de loi belge sur l'anti-discrimination sans mentionner la proposition de directive européenne du 5 novembre 2003 contre la discrimination en fonction du sexe dans la vie économique[10].

Cette proposition de directive énonce le principe de l'égalité absolue de traitement entre les hommes et les femmes dans l'accès et la fourniture de services.

Son adoption entraînerait un profond bouleversement dans le secteur de l'assurance puisque, dans sa forme actuelle, elle ne prévoit aucune possibilité d'y déroger.

Or, à présent dans les branches d'assurances Vie, Hospitalisation, Automobile, les entreprises reprennent le critère du sexe pour différencier leur tarif. Si les entreprises d'assurances doivent appliquer un tarif égal pour les hommes et les femmes, le coût de l'assurance risque d'augmenter[11].

De plus, dans quelle mesure pourraient-ils utiliser d'autres critères tels que la profession, l'état civil, sans alors porter atteinte à la vie privée?

---

(7) Les circulaires sont disponibles sur le site web de ASSURALIA (www.assuralia.be)

(8) Article de J.Vrielinck, S.Sottiaux et D. De Prins "De anti-discriminatiewet" (Nieuw Juridisch Weekblad, 5 et 12 mars 2003, n° 23 et n° 24)

(9) Loi du 22/08/2002 , MB du 26 septembre 2002

(10) Proposition de directive - Bulletin/2003/11 1.3.23

(11) Pas de discrimination en fonction du sexe en assurance: vers une situation de "no win", Extrait de "Actualit'Ass", début 2004 p.7, voir annexe 2

▼ La loi du 28 avril 2003 sur les pensions complémentaires: plus de transparence!

La loi du 28 avril 2003 sur les pensions complémentaires, appelée loi Vandenbroucke, règle différents aspects sociaux et fiscaux des pensions complémentaires des salariés.

En l'analysant sous l'angle des motifs pour lesquels l'ombudsman a été saisi, il faut souligner les dispositions relatives aux devoirs de transparence et de communication à l'égard des bénéficiaires.

Dans son rapport annuel 2002[12], l'ombudsman avait relevé qu'une large part des plaintes en assurance vie portait sur l'absence de réponse et d'information que le consommateur attendait de l'entreprise d'assurances .

Plus particulièrement dans le cadre d'une assurance groupe (pension complémentaire), l'employé, en quête d'information, s'adresse à son employeur. Malheureusement, les services du personnel sont souvent mal outillés pour y répondre adéquatement.

Lassé, l'employé se tourne alors vers l'entreprise d'assurances qui lui ferme la porte arguant du lien juridique qui le lie à l'employeur.

Dans ce contexte, la loi prévoit explicitement (article 26) que dorénavant l'entreprise d'assurances a l'obligation de **communiquer annuellement** les droits acquis et à partir de l'âge de 45 ans la rente escomptée à celui de la pension.

De plus, elle protège le consommateur en lui garantissant un **rendement minimum** de ses contributions personnelles en référence au taux maximum garanti fixé par arrêté royal. Le législateur a voulu éviter que le bénéficiaire d'une pension complémentaire subisse les aléas du choix que l'employeur fait pour un type de produit d'assurance (article 24).

▼ L'arrêté royal du 11 juillet 2003[13].

L'arrêté royal du 11 juillet 2003 prévoit notamment une plus large indemnisation des dommages automobiles causés par un véhicule non assuré.

Autrefois, lorsque le sinistre survenait dans certaines circonstances, le Fonds Commun de Garantie intervenait pour les dommages matériels en déduisant une franchise de 247,89 euros. En application de l'arrêté royal, il interviendra pour la totalité des dommages tant matériels que corporels.

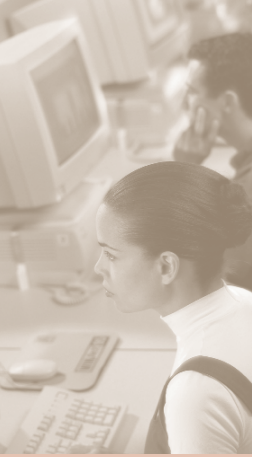
De même, lorsque le véhicule non assuré n'est pas immatriculé en Belgique mais dans un autre pays de l'EEE[14], le Fonds commun de garantie indemnisera le propriétaire du véhicule non responsable (art 19 bis 11 8°) ainsi que les passagers.

---

(12) Rapport annuel 2002 p.25

(13) A.R. du 11/07/2003 fixant les conditions d'agrément et le fonctionnement du Bureau belge et du Fonds commun de garantie MB 17/10/2003 entré en vigueur le 19/01/2003

(14) Espace Economique Européen



STATISTIQUES GLOBALES

STATISTIQUES ET ANALYSE

III

Glossaire

Depuis 2002, l'ombudsman des assurances est également compétent pour les plaintes à l'encontre des intermédiaires et de Datassur. L'analyse des plaintes se répartit donc en trois grands chapitres en fonction du profil de celui contre qui elle est adressée. Ainsi, il y a les volets "entreprises d'assurances", "intermédiaires" et "Datassur". Pour les entreprises d'assurances, l'analyse se réalise sur une période de trois ans, mais cette période est réduite à deux ans pour les deux autres groupes.

L'analyse plus approfondie des doléances se fonde sur des codes qui sont déterminés au moment de l'enregistrement de la plainte adressée à l'ombudsman.

Ces codes sont répartis en cinq catégories:

▲ 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...)

▲ La provenance

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

▲ 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? Il invoque plusieurs motifs, c'est le plus relevant qui est sélectionné.

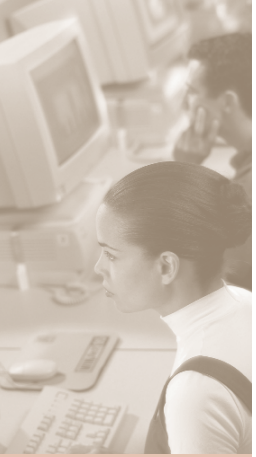
▲ Le type de dossier

On sépare les doléances qui concernent la "production" des plaintes qui ont trait au sinistre. Par production on entend les opérations liées à la conclusion du contrat ainsi que les plaintes relatives à la branche vie hormis les cas de décès ou l'exécution des prestations à l'expiration du contrat. Les plaintes en cas de sinistre concernent le moment où l'assureur va exécuter les prestations auxquelles il s'était engagé par le contrat.

▲ 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 la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA), questions relevant du domaine commercial, de la politique d'acceptation des risques...

Parmi les plaintes analysées, on distinguera les plaintes pour lesquelles le plaignant a obtenu gain de cause de celles où la décision n'a pas été réformée.



Plaintes introduites en 2003

APERÇU DES PLAINTES 1999-2003

L'année 2003 se caractérise par une relative stabilisation du nombre des plaintes : le taux de croissance est de 6 %. L'augmentation provient essentiellement des plaintes à l'encontre des intermédiaires (+43) et des plaintes à l'encontre de Datassur (+19).

L'évolution du nombre de plaintes sur cinq ans est marquée par une légère croissance et est, à l'exception de l'année 2002, liée essentiellement à la notoriété de la fonction de l'ombudsman.

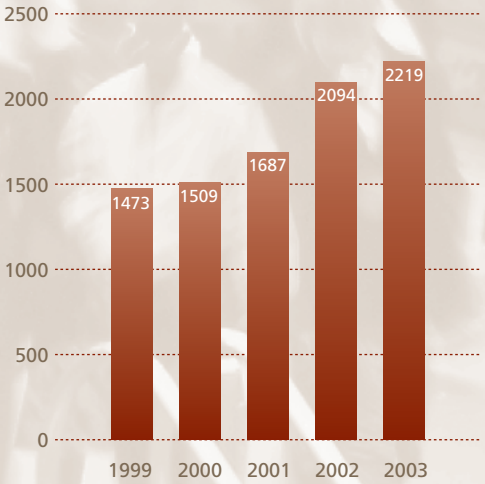
En effet, le consommateur confronté à un litige recherche de plus en plus spontanément s'il n'existe pas un organe qui peut régler le différend en dehors de l'ordre judiciaire. D'ailleurs, les voies alternatives à la voie judiciaire pour régler les conflits se multiplient.

La progression significative (+ 24%) enregistrée en 2002 résultait principalement des insatisfactions nées chez les assurés suite aux mesures d'assainissement des portefeuilles d'assurances menées par la plupart des entreprises d'assurances. Nombreux assurés mécontents de l'augmentation de la prime, des résiliations de leurs contrats et des difficultés qu'ils rencontrent pour trouver un nouvel assureur sont venus frapper au guichet de l'ombudsman. Pareilles actions menées en 2002, essentiellement en branche auto, se sont, en 2003, étendues à d'autres branches.

Ainsi, les plaintes relatives aux opérations de production qui représentaient en général quelque 30% du nombre des plaintes sont passées à 37%.

D'autre part, en 2002, les compétences de l'ombudsman ont été élargies aux plaintes introduites à l'encontre des intermédiaires d'assurances et de Datassur[15].

Leur nombre n'a cependant pas été significatif puisqu'il représentait au total environ 7% du nombre global des réclamations, soit pour les plaintes à l'encontre des intermédiaires 5,7% et celles à l'encontre de Datassur 1,3%.



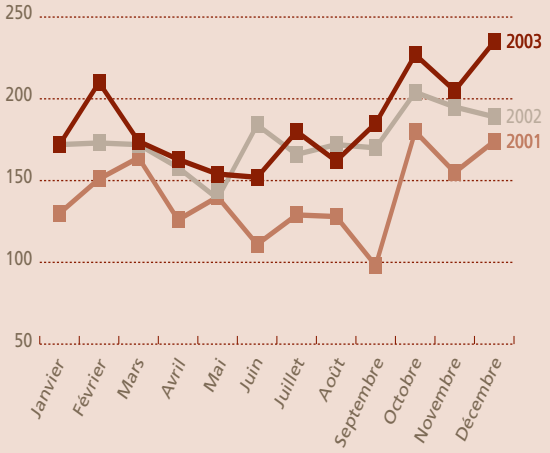
[15] *Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données*

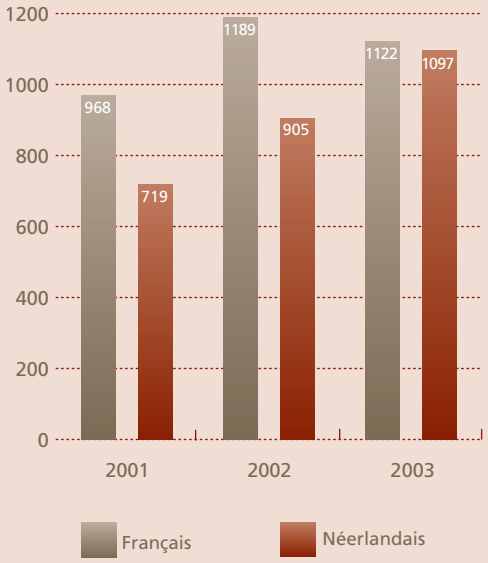
RÉPARTITION LINGUISTIQUE

Globalement, un relatif équilibre linguistique dans les réclamations caractérise 2003 mais l'examen des plaintes par branche relève des écarts.

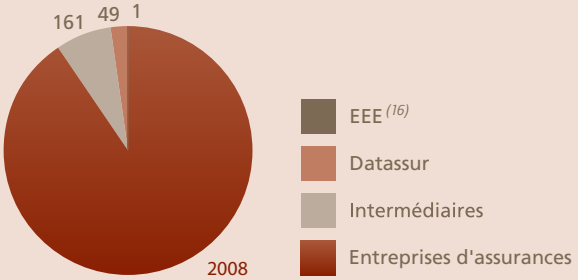
Les doléances sont plus nombreuses en français dans les branches automobile et protection juridique où elles représentent respectivement 58% et 60%. Par contre, les plaintes exprimées en néerlandais sont majoritaires dans les branches vie (55%), soins de santé (67%) et RC exploitation (73%).

EVOLUTION MENSUELLE DU NOMBRE DES PLAINTES

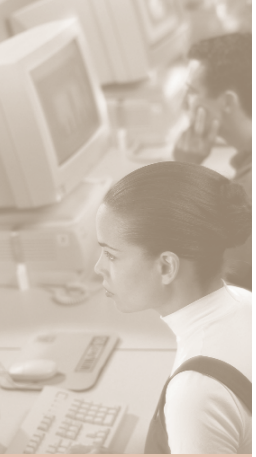




RÉPARTITION PAR GROUPE



(16) *EEE: plaintes introduites dans le cadre de l'"European Extra Judicial network"("EEJ-net")*



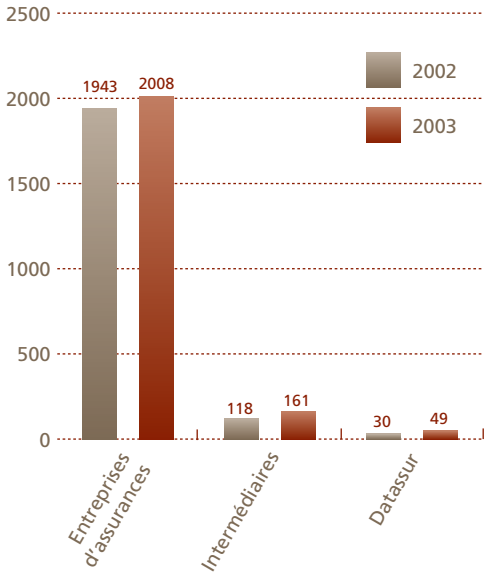
EVOLUTION DU NOMBRE DES PLAINTES PAR GROUPE

C'est surtout à l'encontre des intermédiaires et de Datassur que le nombre de plaintes augmente. Il y a deux ans, les compétences de l'ombudsman avaient été élargies aux plaintes adressées à leur encontre.

Le nombre des plaintes les concernant reste cependant modeste par rapport au nombre global.

Le faible nombre de doléances à l'encontre des intermédiaires s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet de désamorcer le litige.

Pour Datassur, le faible nombre des plaintes résulte de l'organisation efficace de l'accueil des plaintes en première ligne: l'ombudsman n'y intervient qu'en degré d'appel.



RÉPARTITION PAR PROVENANCE

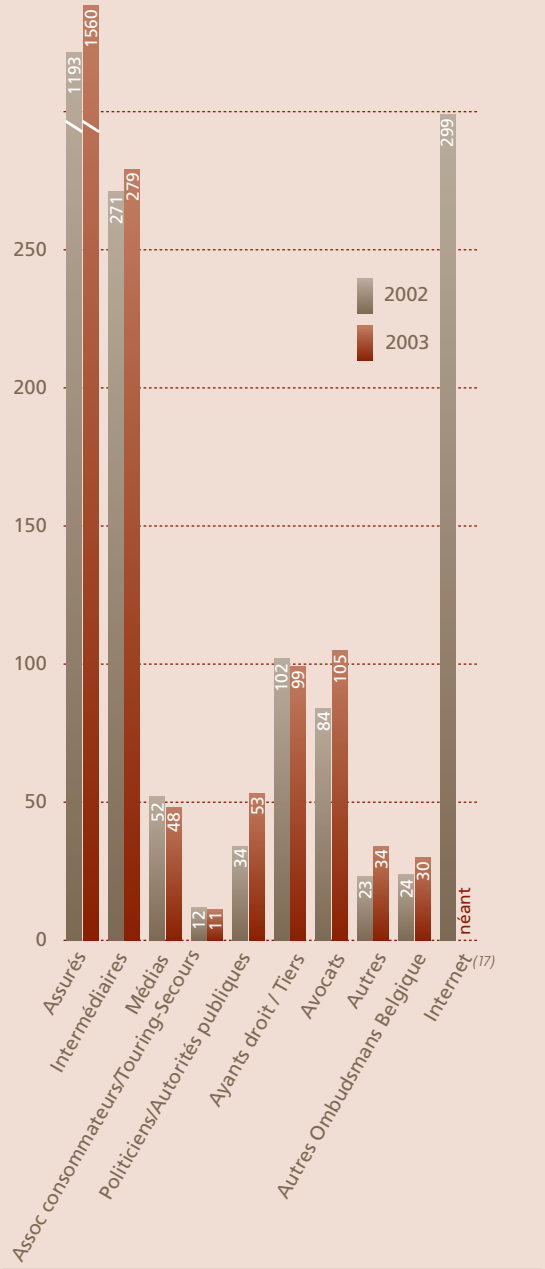
La majorité des plaintes sont introduites par les assurés et donc par les clients.

Les statistiques sont réalisées sur la base des plaintes écrites mais à côté de celles-ci, une large part de l'activité de l'équipe de l'ombudsman se réalise par téléphone. Souvent, avant d'introduire une doléance, le plaignant prend contact afin d'interroger sur les possibilités qui existent d'obtenir gain de cause. Plus simplement, il s'informe sur la procédure à suivre pour se faire entendre.

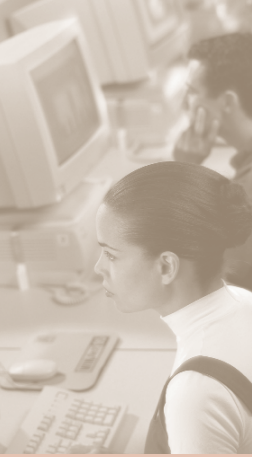
A côté de ces appels, il y a un grand nombre de demandes qui touchent la prévention à la naissance du conflit. En effet, le consommateur saisit l'ombudsman pour une demande d'information et pose des questions telles que: "Est-ce bien normal?", "Dois-je accepter?", "Quels sont les recours?", "Quelles démarches dois-je entreprendre pour trouver un assureur?"...

Ce phénomène n'est pas propre au service de l'Ombudsman des assurances. De manière générale, l'ensemble des services des ombudsmans constate qu'ils sont utilisés comme source neutre et objective d'informations.

Le consommateur est de plus en plus informé mais ne comprend pas toujours les renseignements qu'il reçoit, et les indications qu'il a reçues sont parfois même erronées.



(17) *Cette identification a été supprimée suite à l'usage généralisé des mails*



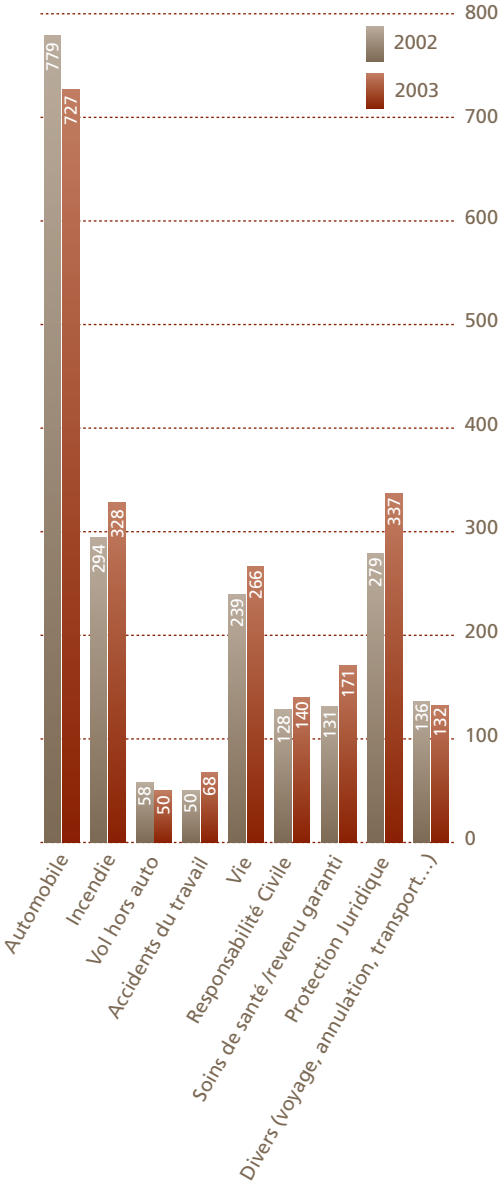
RÉPARTITION PAR BRANCHE

L'ombudsman enregistre globalement une hausse du nombre des plaintes dans les branches *Incendie* (+ 12%), *Accidents du travail* (+ 36%) et *Soins de santé* (+ 30%).

En branche *Protection Juridique* la croissance globale est de 20%, soit 58 réclamations : ce nombre de plaintes se ventile en 47 à l'encontre des entreprises d'assurances et 11 à l'encontre des intermédiaires.

En branche *Vie*, la croissance est de 11%, soit 27 plaintes dont 12 à l'encontre des entreprises d'assurances et 15 à l'encontre des intermédiaires non affiliés à une fédération professionnelle.

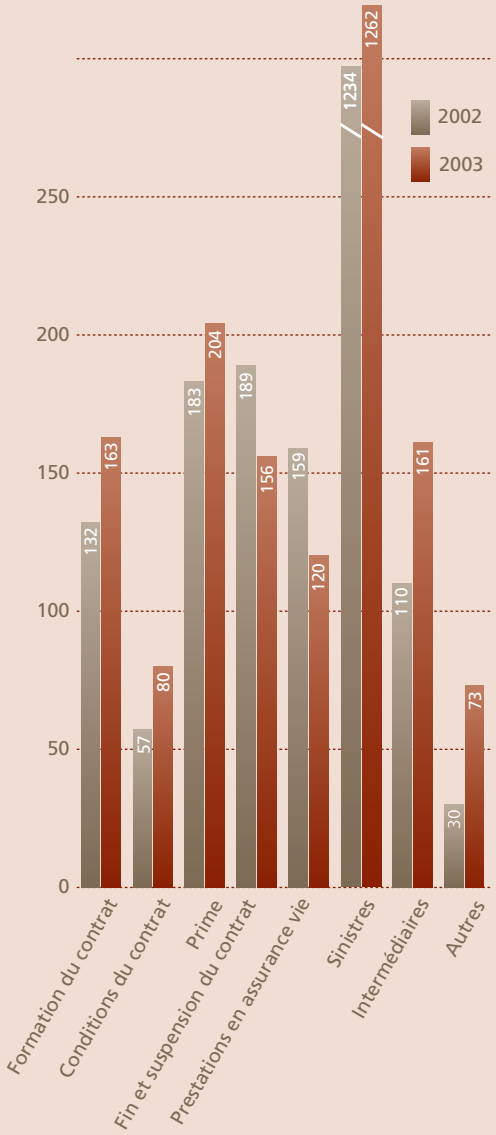
Par contre, les plaintes sont en baisse de 17% dans la branche *Automobile*, en raison du recul des réclamations dans cette branche à l'encontre des entreprises d'assurances (voir infra p. 24).

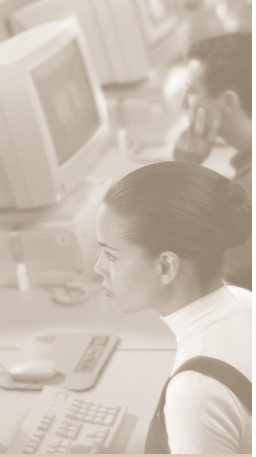


RÉPARTITION PAR MOTIF

Lorsqu'on analyse les réclamations sous l'angle des motifs pour lesquels elles sont introduites, on constate que la hausse porte essentiellement sur les opérations liées à la *production* des contrats d'assurances. Le consommateur se plaint des conditions d'acceptation lors de la conclusion du contrat, de l'adaptation du montant de la prime que ce soit à la suite d'une augmentation tarifaire globale ou à l'application de l'échelle bonus-malus en assurance-auto.

En matière de *Sinistres*, le nombre de doléances pour les délais de règlement est en baisse: il passe de 183 à 155. Par contre, celui des plaintes relatives au montant des indemnités passe de 282 à 332.



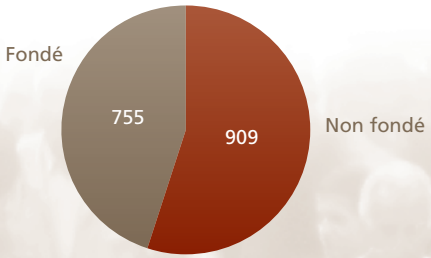


RÉSULTATS

Sur 2.219 plaintes, 1.664 plaintes ont fait l'objet de **négociations** et 55% étaient non-fondées!

Ce résultat est positif, la balance en 2003 penche en faveur des doléances non-fondées. Cette tendance, relevée en 2002 où 53% des plaintes étaient non-fondées, se confirme.

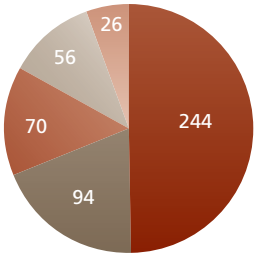
Le caractère fondé ou non-fondé d'une réclamation s'apprécie au regard du motif pour lequel le plaignant l'introduit.



Résultats	2003	2002	2001
Fondé	45%	47 %	46 %
Non fondé	55%	53 %	54 %

Au 31/03/04, **65** dossiers sont encore **ouverts.**

Le nombre de plaintes qui n'ont **pas** fait l'objet d'**enquête** s'élève à 490, principalement des demandes d'information (244)[18].



Demandes d'information
CBFA (OCA)
Hors compétence
Autres ombudsman
Entreprises hors charte

Les autres réclamations sortent du champ de la compétence de l'ombudsman des assurances, soit qu'elles sont formulées à l'encontre d'une entreprise d'assurances qui n'a pas souscrit la charte de l'ombudsman (70), soit qu'elles relèvent de domaines pour lesquels l'ombudsman n'est pas compétent tels que la politique commerciale, les relations entre intermédiaires et assureurs, les litiges entre entreprises d'assurances, soit qu'elles relèvent de la compétence d'un autre ombudsman (26).

Enfin, 56 doléances ont également été introduites auprès du service des plaintes de la CBFA (anciennement OCA) qui dépend du Ministère de l'Economie. En vertu d'un gentlemen's agreement, lorsque les deux instances sont saisies, l'ombudsman s'efface et laisse le soin à ces services de traiter la réclamation.

Mais, grâce à l'intervention de l'ombudsman, l'assuré qui n'obtient pas gain de cause recevra les explications et les justifications objectives du bien-fondé de la position de l'entreprise d'assurances. Pour ce rôle, il reçoit aussi des remerciements car il enlève chez le plaignant les doutes, les frustrations, les obscurités,...

[18] *Pour plus d'explications voir supra p. 4*

ENTREPRISES D'ASSURANCES

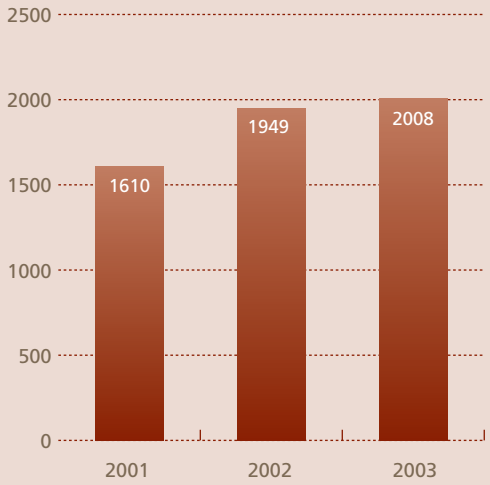
ENTREPRISES D'ASSURANCES

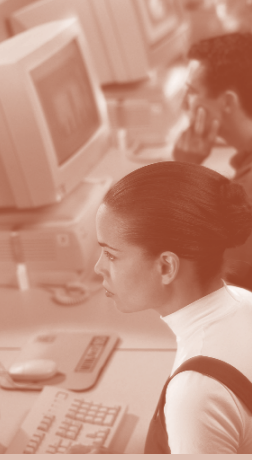
Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

NOMBRE DE PLAINTES

Le nombre de plaintes augmente de 3% environ et est relativement stable par rapport à la croissance globale du nombre de plaintes qui est de l'ordre de 6% environ.

L'augmentation de 2002 (24%) résultait essentiellement des insatisfactions du consommateur suite aux actions d'assainissement de portefeuille menées par les entreprises d'assurances.



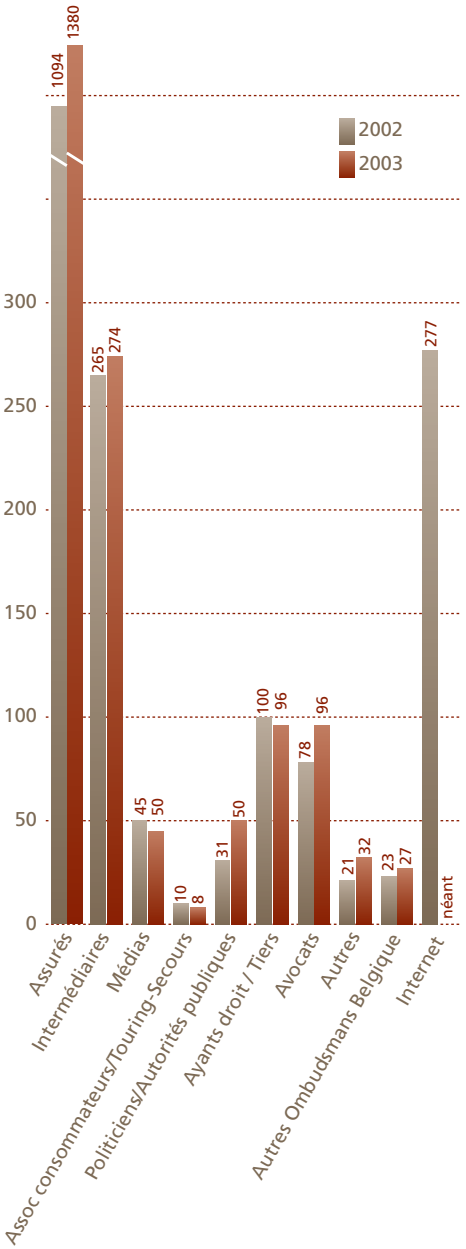


QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

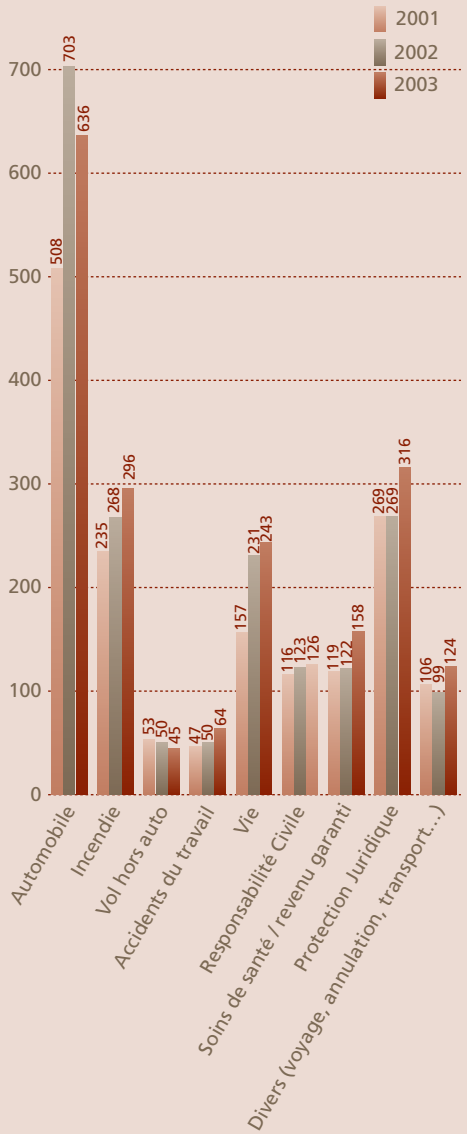
La majorité des plaintes reste introduite par les assurés et donc les clients des entreprises d'assurances et des intermédiaires.

On constate une légère hausse des plaintes introduites par les autorités publiques et les avocats.

A côté des réclamations introduites à l'encontre des intermédiaires, les conseillers en assurances saisissent également l'ombudsman pour régler un différend avec une entreprise d'assurances relatif à la souscription, à l'application d'une police d'assurances, ou au règlement d'un sinistre.



DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT-ON?



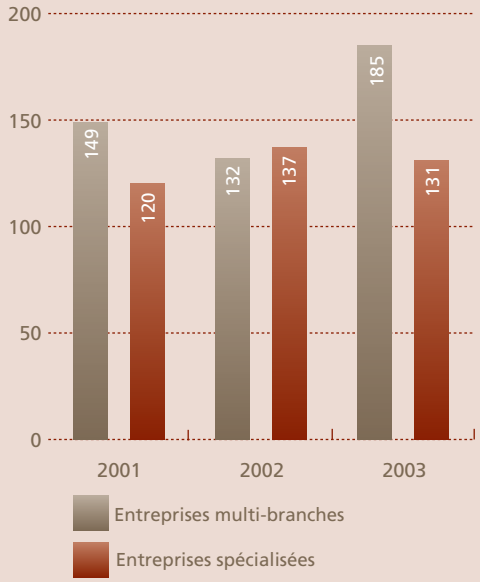
Quatre branches représentent 75% du nombre des plaintes. Il s'agit dans l'ordre les branches Automobile, Protection Juridique, Incendie et Vie.

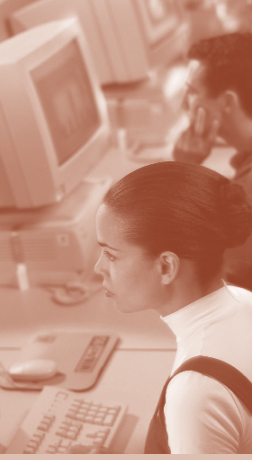
Les plaintes en branche *Automobile* (32%) représentent toujours la plus large part des plaintes et principalement la RC automobile obligatoire qui, à elle seule, représente 27%.

En 2003, l'affluence des plaintes dans cette branche introduites à l'encontre des entreprises d'assurances a cependant baissé: le nombre passe de 707 à 636, soit une diminution de 10% qui se répartit, de manière égale, entre la responsabilité civile obligatoire et les autres garanties connexes.

La branche *Protection Juridique* représente 16%. Cela correspond à une croissance de 17%, soit 57 réclamations de plus, alors qu'en 2002 le nombre était identique à celui de 2001.

PROTECTION JURIDIQUE





L'analyse des doléances indique une diminution de celles à l'encontre des entreprises d'assurances spécialisées. Elles représentaient 51% en 2002 et 42% en 2003.

Les plaintes à l'encontre des assureurs non-spécialisés ont augmenté de 18 %.

Il s'agit d'insatisfactions liées à l'application du volet "défense en justice" accessoire d'un contrat principal qui couvre, en général, la responsabilité civile.

La branche *Vie* quant à elle représente 12%. Elle se caractérise par une légère hausse (5%) du nombre des doléances qui passe de 231 à 243 pour cette branche.

La branche *Soins de santé* est marquée par une hausse de 30% des réclamations qui passent de 122 à 158 plaintes.

De même, en *Accidents du travail*, le nombre des plaintes (+14) augmente de 28%. Cette branche ne représente cependant que 3% de l'ensemble des réclamations.

L'explication de l'ensemble de ces fluctuations se trouve essentiellement dans les raisons pour lesquelles le consommateur se plaint: de quoi et pourquoi se plaint-il?

DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ?

Sur 2008 plaintes, 747, soit 37%, concernent la production. La majorité (1.261 plaintes) porte donc sur les sinistres. Il s'agit d'un phénomène constant qui s'explique facilement car c'est au moment de la survenance du sinistre et de son règlement que l'assuré va pouvoir évaluer l'étendue, le contenu et la qualité des prestations qu'il attendait de son assureur.

▼ Quelles sont les plaintes en production?

En 2002, l'ombudsman notait une augmentation significative des plaintes en production liée aux mesures de "surveillance de portefeuille" prises par les entreprises d'assurances.

De plus, les plaintes en ***branche Vie***, hors les cas de décès, étaient également enregistrées sous le volet production. Or, les réclamations dans cette branche avaient cru de 70%.

En 2003, sur les 747 plaintes enregistrées en production, 452 (61%) portent encore sur les difficultés que le consommateur rencontre pour trouver un assureur ou tout le moins une couverture à un prix raisonnable. Aussi venait-il frapper à la porte de l'ombudsman pour s'informer sur la validité de la résiliation de son contrat d'assurances et sur les possibilités de trouver une couverture d'assurances. Sur ce dernier point, rappelons que le Bureau de tarification n'est entré en fonction que le 1er novembre 2003. Les effets concrets de son existence ne pourront donc être évalués qu'en 2004.

Force est de constater que le consommateur s'inquiète, et même s'insurge contre le prix qu'il doit payer pour s'assurer. De nombreuses entreprises d'assurances ont revu les critères d'acceptation des risques afin de les souscrire de manière plus sélective et ont procédé à des augmentations tarifaires.

Elles sont des sociétés commerciales soumises à un contrôle strict de rentabilité. La loi leur a toujours reconnu la liberté de choisir leurs clients c.à.d. de souscrire les risques ou de les garder en portefeuille.

Mais l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'anti-discrimination met-elle en question le principe de la liberté de souscription des entreprises d'assurances? Est-il toujours absolu? (voir supra p. 6)

En ***Soins de santé***, certaines entreprises d'assurances ont été contraintes d'adapter leurs tarifs. Elles ont appliqué cette hausse à l'ensemble de leur portefeuille. Ainsi, 47% des plaintes portent sur les conditions de couverture des risques: l'assuré se plaint de l'adaptation du montant de la prime, de l'introduction de franchises, d'exclusions introduites à la souscription du contrat.

Par ailleurs, l'ombudsman a enregistré plus d'une dizaine de doléances liées à la résiliation du contrat. Il s'agissait pour la plupart de résiliations de polices suite à la cessation d'activités d'une entreprise d'assurances.

En ***branche Vie***, les consommateurs se sont adressés notamment à l'ombudsman car ils estiment avoir été mal conseillés ou influencés par une publicité trompeuse (voir aussi infra p. 35). A côté des contrats d'assurance vie individuelle classique à taux garanti (branche 21) il existe une diversité de produits d'assurance. Or, dans l'esprit du grand public, l'assurance vie est encore souvent liée à l'idée d'un résultat garanti.

Mais, d'autres types de police proposés par les entreprises d'assurances n'ont pas de rendement fixe pendant toute la durée du contrat. Il s'agit notamment des produits de type "Universal Life" où le taux n'est pas garanti pour les versements futurs, des produits où le taux n'est garanti que pour une durée déterminée, des produits dits de "branche 23" dont les fruits sont liés aux résultats boursiers....

Le profane, perdu dans le jargon et les techniques propres du secteur, n'évalue pas correctement les implications de son choix.

Aussi, les nouvelles dispositions légales entrées en vigueur le 1 janvier 2004[19], rencontrent certainement un souci de plus de transparence qui permettra d'éviter malentendus et insatisfactions.

Parmi ces mesures, il faut souligner l'obligation de préciser la durée du taux garanti, le montant des frais retenus, le rendement réel de l'opération (en incluant les frais mais sans les participations bénéficiaires et les avantages fiscaux) et le caractère éventuellement aléatoire du rendement (cfr. article "Assurés mieux protégés") [20].

Par ailleurs, l'ombudsman a enregistré des déceptions sur le montant des participations bénéficiaires.

Il s'agissait souvent de contrats plus anciens conclus à un moment où les marchés financiers étaient à la hausse et donc les projections présentées à la souscription du contrat étaient alléchantes. Des années plus tard, la réalité est toute autre.

L'assuré n'avait pas compris qu'en matière de participations bénéficiaires il s'agissait non pas d'engagement mais de perspectives possibles.

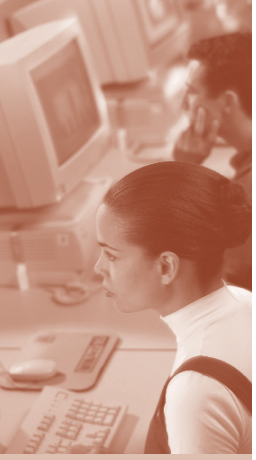
La loi impose que toute publicité mentionne dorénavant que les rendements affichés dans le passé ne constituent en rien une garantie pour le futur.

▼ Quelles plaintes en règlement de sinistre?

Le refus d'intervention

Le motif principal invoqué par le consommateur qui se plaint du règlement du sinistre est le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances. Il représente 41% de ce type de plaintes.

[19] *AR Vie du 14/11/2003*
[20] *Cash n°13 du 25/03/2004 p.40-42*



Une analyse plus poussée de ce motif aux travers des différentes branches laisse apparaître qu'il représente plus de 50% des réclamations introduites dans les branches ***Responsabilité Civile*** hors auto c.à.d. la RC Vie privée, la RC exploitation et la RC professionnelle.

Si l'ombudsman ne tranche pas la question des responsabilités, il va cependant examiner et apprécier si l'assureur a repris l'ensemble des arguments invoqués par le plaignant et s'il y a répondu de manière explicative et circonstanciée.

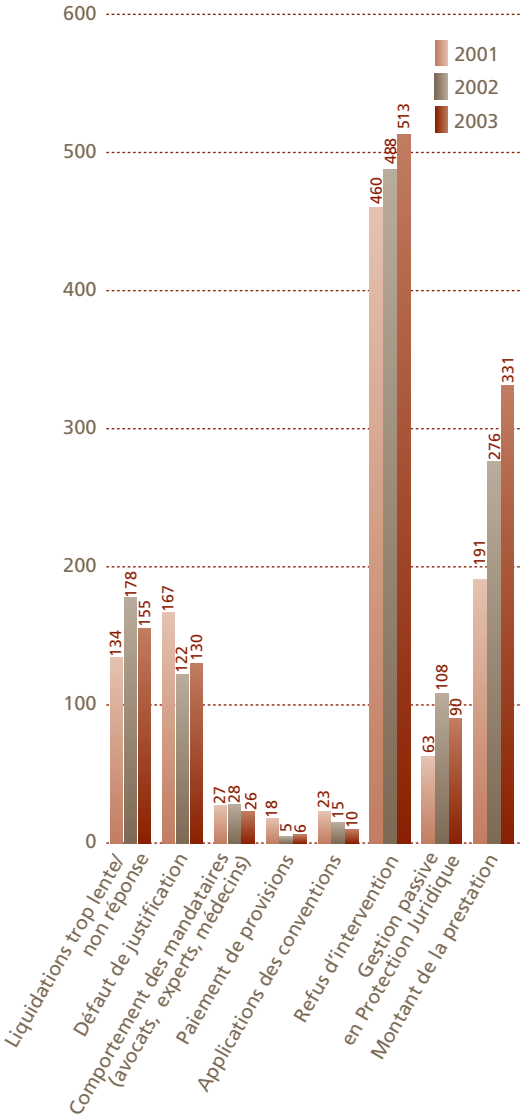
A cet égard, son intervention est utile aux deux parties car elle contraint l'assureur de dégager les arguments corrects et pertinents voire de revoir sa position.

A côté des réclamations adressées pour la gestion passive des entreprises d'assurances en ***Protection Juridique***, le motif le plus souvent invoqué est le refus d'intervention (42%). Ensemble, ces deux motifs représentent 72% des plaintes. Par ailleurs, la croissance du nombre de plaintes dans cette branche résulte essentiellement des refus d'intervention des assureurs.

Pourquoi l'assureur Protection Juridique refuse-t-il son intervention ?

Il y a différents motifs. En premier lieu, il s'agit des cas où l'assureur refuse d'intervenir parce que le sinistre ne tombe pas sous le couvert des garanties du contrat.

Il s'agit des plaintes introduites par les avocats qui estiment leur intervention justifiée alors que l'entreprise d'assurances la considère comme prématurée car elle peut tenter elle-même de trouver une solution amiable. Le principe de la gestion préalable amiable par l'entreprise d'assurances est consacré par l'arrêté royal[21] qui règlemente la branche. Il fait partie intégrante de l'économie du contrat[22]. Un recours systématique à un conseil entraînerait un coût supplémentaire qui influencerait le niveau des primes.



[21] *AR de 12 octobre 1990 - MB 8/11/1990*
[22] *JP Liège 7/11/1996 RGAR 2000 n°13 302*

Mais, de plus en plus de réclamations touchent l'interprétation des conditions générales. Plus précisément, elles portent sur l'étendue des couvertures autres que celles relatives à l'automobile.

La portée des garanties plus sophistiquées n'est pas évidente: quels sont exactement les litiges couverts en matière immobilière, familiale, fiscale... ?

En second lieu, il y a les discussions qui concernent l'étendue des garanties, plus particulièrement sur la notion de sinistre et du moment de sa survenance. Il est parfois difficile de déterminer exactement quand le litige est né, précisément dans des matières où le conflit peut naître lentement, être précédé de tensions, évoluer. C'est le cas des conflits en matière du droit de la famille (quand la mésentente s'est installée entre les époux), de voisinage (le conflit n'est-il pas l'aboutissement de contacts perturbés déjà depuis longtemps entre les voisins?), du droit de travail (quand les relations entre l'employeur et l'employé se sont-elles dégradées ?), du droit administratif...

A ces difficultés d'interprétation s'ajoutent les différences dans la définition du sinistre dans les contrats. Lorsque l'assuré a changé d'assureur, une discussion peut naître sur le fait de savoir lequel devra prendre en charge les frais de défense. Sur ce point, il y a lieu de souligner l'initiative des entreprises d'assurances qui ont conclu une convention pour protéger le consommateur. Le consommateur assuré sans discontinuité et qui, donc, devrait être couvert par un des deux contrats, sera indemnisé en tout état de cause. Les assureurs règlent entre eux le point de la couverture dans le temps.

D'autre part, dans le cadre des polices assistance en justice, volet d'un contrat principal, le refus d'intervention est souvent lié à l'application de la clause dite "miroir".

Par le canal d'une fiction, l'application de la garantie Protection Juridique est liée au champ d'application de l'assurance responsabilité civile.

Les mêmes exclusions sont donc d'application. Dans certains cas, c'est difficilement acceptable, notamment lorsque l'assureur refuse de défendre la victime d'un acte volontaire (ex. agression, viol, ...).

Enfin, des discussions surviennent également lorsque l'assuré demande l'intervention de son assureur Protection Juridique dans le cadre d'un litige qui présente un aspect tant extra-contractuel que contractuel (p.ex. une faute médicale).

Dans ce cas, l'assureur refuse de prendre en charge les frais de justice liés au recours basé tant sur la responsabilité civile extra-contractuelle que sur la responsabilité contractuelle. En effet, il estime que le concours de responsabilité n'est invoqué que pour obtenir son intervention. Le problème est récurrent et à plusieurs reprises déjà les tribunaux ont été saisis. La jurisprudence reste cependant divisée sur la question[23].

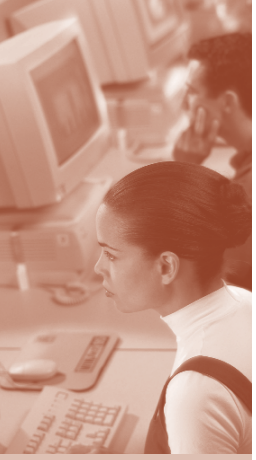
A cet égard, dans un souci de transparence, certaines entreprises d'assurances précisent dans les conditions générales des contrats qu'elles excluent les litiges médicaux, thérapeutiques ou plus généralement les litiges dès qu'il existe un lien contractuel.

En ***Soins de santé***, l'entreprise d'assurances refuse de prendre en charge un sinistre où elle ne rembourse pas une partie des frais médicaux ou pharmaceutique.

Parmi les motifs de refus d'intervention, il y a ceux liés à l'état préexistant du patient et ceux relatifs aux interventions jugées esthétiques et non curatives.

L'ombudsman a également enregistré des refus invoqués par l'assureur au motif que les soins n'étaient pas prodigués dans une institution reconnue dans les conditions générales. Il s'agit principalement d'hospitalisations dans des unités hospitalières ou des instituts psychiatriques où la discussion porte alors sur la qualité

[23] Liège 20ième chambre 30/10/2002 Bull.Ass. 2003 N° 342
Tribunal commercial Charleroi (2ième ch) 30/05/2002 inédit
Tribunal de première instance 02/03/2000, RGAR 2001, 13368



d'établissement ouvert ou fermé. Par ailleurs, les frais de séjours dans les centres de revalidation sont également souvent exclus.

Dans le cadre de la gestion des réclamations qui portent sur des prestations liées à l'état de santé de l'assuré, l'ombudsman constate fréquemment un manque d'information sur les motifs invoqués. Suite à l'application de la loi sur les droits du patient, la communication de données médicales ne peut se faire que par les médecins-conseils des entreprises d'assurances.

Les gestionnaires chargés du dossier sont eux en contact avec la clientèle, mais ils ne peuvent plus prendre connaissance des documents médicaux et rencontrent donc plus de difficultés à expliquer les raisons médicales. La loi sur les droits du patient est de portée générale. Son application dans le secteur de l'assurance n'a pas été correctement évaluée et entraîne souvent un manque de transparence pour le consommateur.

Dans certains cas, elle bloque même le règlement du dossier. Il s'agit des cas où le bénéficiaire qui n'est pas le patient rencontre des difficultés pour communiquer à l'assureur les éléments médicaux nécessaires pour déterminer son intervention.

Le montant de la prestation

Le montant de la prestation représente 26 % des plaintes en matière de sinistres. Il concerne 32% des plaintes dans la branche "accidents du travail" et 24% dans la branche incendie, plus précisément 50% dans la garantie dégâts des eaux et 33% dans les sinistres "tempête".

La victime d'un ***accident du travail*** méconnait souvent les principes qui régissent son indemnisation et confond avec ceux qui établissent les indemnités versées en droit commun par l'entreprise d'assurances du responsable. Les interventions sur la base de la loi sur les accidents du travail ont un caractère forfaitaire et sont plafonnées.

Les différences concernent principalement la prise en charge de certains frais médicaux, de suppléments pour les frais d'hospitalisation, l'absence d'indemnité pour le dommage moral, le calcul de l'incapacité sur une base économique et non physiologique.

Dans la garantie ***"dégâts des eaux"***, l'assureur refuse de prendre une partie du sinistre en charge sur la base de l'étendue et de l'interprétation des conditions générales. Dans cette garantie, l'étendue des couvertures est très variable d'un contrat à l'autre.

En 2003, l'ombudsman a été saisie d'une série de plaintes (24) pour les dégâts dus à la tempête qui avait sévi en octobre 2002. Même si les entreprises d'assurances avaient pris des mesures pour régler rapidement la majorité des sinistres, les cas litigieux ne sont identifiés que plusieurs mois plus tard.

Les discussions portaient notamment sur le montant de l'indemnité suite à l'application de la règle proportionnelle en cas de sous-assurance, sur la déduction d'un pourcentage de vétusté, sur la couverture des bâtiments annexes ou des aménagements tels que maison de jardin, mur de terrasse, enseigne,...

D'autre part, l'ombudsman a enregistré un nouveau type de plainte lié aux problèmes de pollution du sol par les réservoirs à mazout. Ces plaintes proviennent de la région nord du pays, c'est ainsi qu'en dégâts des eaux, 60% des réclamations émanent de plaignants néerlandophones.

En tout état de cause, l'ombudsman, saisie d'une demande qui porte sur l'approbation du *montant de l'indemnité* allouée, va 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 d'enquête avec les entreprises d'assurances et ne conseillera pas les assurés ou les 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. Cependant, afin d'éviter des discussions excessives ou de rassurer le consommateur, elle donne des indications objectives sur les indemnités généralement allouées.

La liquidation trop lente

L'ombudsman relève la baisse du nombre des plaintes relatives à la liquidation trop lente.

A l'écoute de leurs clients et soucieux des recommandations émises par leur Union professionnelle en la matière, les entreprises d'assurances ont pris des mesures pour accélérer les délais de règlement des sinistres. La moitié de ces réclamations touche la branche ***Automobile***. Ce type de plainte devrait encore diminuer puisque, depuis le mois d'août 2002, une nouvelle législation automobile assortit de sanctions[24] les retards de règlement.

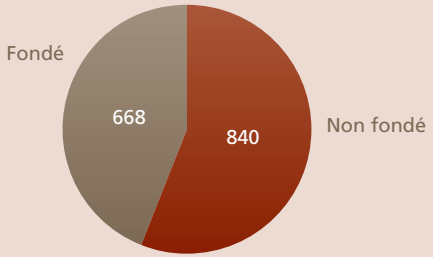
Pour le surplus, ce motif est surtout invoqué dans les branches Incendie et les risques connexes.

Dans ce cas, les lenteurs sont liées aux besoins de l'enquête. L'entreprise d'assurances veut attendre l'issue de l'enquête judiciaire afin d'être certaine que le bénéficiaire n'est pas l'auteur du sinistre.

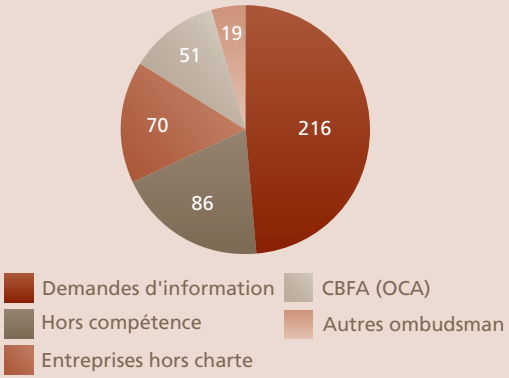
Dans d'autres cas plus épineux, les retards sont dus aux difficultés rencontrées par l'expertise sur le point de déterminer les responsabilités du sinistre en présence de travaux exécutés par plusieurs entrepreneurs et sous-traitants.

RÉSULTATS

Sur 2.008 plaintes, 1.508 plaintes ont fait l'objet d'**enquête** et 56% étaient non-fondées.

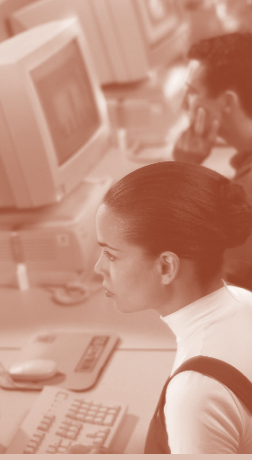


442 plaintes n'ont pas fait l'objet d'enquête:



Au 31/03/04, **58** dossiers sont encore **ouverts.**

[24] *Loi 2 août 200 (loi Monfils) MB 30/08/2002*



L'analyse approfondie des résultats sous divers angles révèle des écarts par rapport au résultat global.

L'analyse des résultats par branche relève au regard du résultat global des distances marquantes dans trois branches: en Protection Juridique, en Soins de santé et en assurance Annulation de Voyage.

En ***Protection Juridique***, le pourcentage des plaintes fondées s'élève à 39%. Cet écart provient principalement de deux types de plaintes. Il s'agit des doléances au sujet de la gestion passive du dossier et des réclamations qui portent sur le refus d'intervention.

En ***Soins de santé***, 36% des doléances sont fondées.

Le décalage résulte essentiellement des motifs des réclamations introduites dans le cadre de l'adaptation tarifaire des portefeuilles.

Force est de constater que si l'on peut comprendre sur le plan humain l'irritation voire la révolte de l'assuré, légalement et techniquement, les entreprises d'assurances ont agi correctement.

En ***Assurance Annulation de Voyage*** 24% seulement des doléances sont fondées. Les consommateurs saisissent l'ombudsman sur base du refus d'intervention. Lors de l'achat de ces contrats, souvent comme produit annexe à un contrat de voyage, le consommateur s'avère mal ou pas informé. C'est d'autant plus regrettable que les garanties offertes comme volet d'un contrat de voyage sont moins larges que d'autres polices proposées à la souscription individuelle sur le marché.

Le consommateur est dans l'illusion que tout contretemps qu'il peut rencontrer dans la réalisation de son projet de voyage lui permettra de faire appel à son assureur pour réclamer le remboursement de ses frais.

De manière générale, il y a moins de plaintes fondées sur le plan technique c.à.d. au regard de la loi, de la jurisprudence et des dispositions contractuelles.

L'ombudsman intervient pour renouer le dialogue. A la différence de la procédure judiciaire liée à l'idée d'une confrontation, l'intervention de l'ombudsman permettra de trouver une solution ou une explication à un litige en évitant de rompre tout lien pour le futur.

A travers ce règlement, il cherche à renforcer le lien entre l'entreprise d'assurances et son client.

INTERMÉDIAIRES

INTERMÉDIAIRES

Plaintes à l'encontre des intermédiaires

NOMBRE DE PLAINTES

En 2003, 161 plaintes ont été introduites à l'encontre des intermédiaires alors qu'en 2002, ce nombre s'élevait à 118.

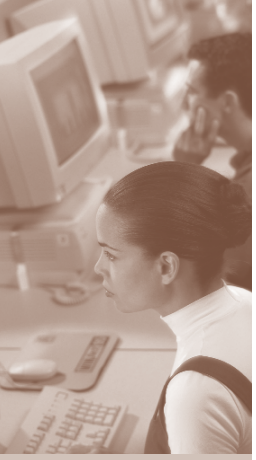
Ceci représente une croissance de 36%.

L'augmentation du nombre de réclamations résulte uniquement de plaintes à l'encontre d'intermédiaires qui ne sont pas membres d'une des trois fédérations professionnelles qui ont souscrit à la charte de l'ombudsman.

Par contre, le nombre des plaintes adressées à l'ensemble des courtiers affiliés à une fédération reste inchangé.

La croissance ne peut s'expliquer que par la notoriété de la fonction de l'ombudsman. Le nombre (161) reste cependant bas au regard de l'ensemble des transactions et contacts que les consommateurs ont annuellement avec leurs conseillers en assurances.

Beaucoup de plaintes sont dirigées tant contre le courtier que contre l'entreprise d'assurances, car le plaignant n'identifie pas l'origine du problème.



QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

La majorité des plaintes sont introduites par les assurés eux-mêmes et donc par les clients mêmes des intermédiaires. La hausse du nombre des plaintes provient essentiellement de ce canal.

Les deux catégories linguistiques (français, néerlandais) représentent chacune 50% des plaintes.

Provenance des plaintes	2003	2002
Assurés	141	101
Intermédiaires	2	1
Médias, associations de consommateurs, politiciens	6	7
Tiers	3	2
Avocats	5	5
Autres	4	2
Total	**161**	**118**

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

La majorité des plaintes concerne toujours la branche automobile et plus particulièrement la couverture de la responsabilité civile. Ensuite, la branche incendie.

64% de la croissance globale se situe dans deux autres branches: la branche Protection Juridique dont le nombre des doléances a doublé et la branche Vie où le nombre a quasi triplé.

Il faut soulever qu'en branche Vie, l'ombudsman n'a reçu aucune plainte à l'encontre d'un intermédiaire membre d'une fédération professionnelle.

Branches	2003	2002
Protection Juridique	**21**	10
Automobile	52	50
Incendie	28	26
Vol	4	5
Vie	**23**	8
Responsabilité civile	10	5
Soins de santé	12	9
Divers	11	5
Total	**161**	**118**

DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT-ON?

Contrairement aux réclamations adressées à l'encontre des entreprises d'assurances, la majorité des plaintes portent sur les opérations liées à la conclusion du contrat (60%).

L'analyse des dossiers fait apparaître que les assurés saisissent l'ombudsman parce qu'ils sont insatisfaits de leur intermédiaire pour des motifs divers qui ont été placés sous une dénomination commune, l'*aptitude professionnelle*. Ainsi, ils estiment avoir été mal informés sur l'étendue des couvertures du contrat ou sur les conséquences de l'omission de la déclaration du conducteur habituel du véhicule automoteur.

En branche Vie, le mauvais conseil est le reproche principal: le client se plaint de la recommandation sur le choix du produit qui est inadapté à ses besoins (il voulait obtenir une pension et il a souscrit une assurance décès), sur la nature du produit (il s'agit d'un produit à taux variable et il voulait un taux garanti), sur le rendement du contrat surtout lorsqu'il s'agit de contrats souscrits à l'étranger, sur les conséquences des transferts de contrats (opérations de rachat)...

En 2003, ce type de réclamation a augmenté.

Parfois le mécontentement de l'assuré se fonde sur l'impression qu'il a été forcé de souscrire un contrat telle que la vente d'assurances liées à un prêt hypothécaire, à la souscription de risques connexes (Protection Juridique, occupants, assistance...) d'un contrat principal...

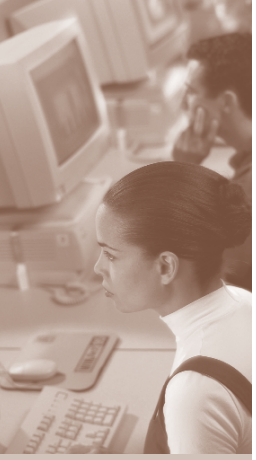
Il va jusqu'à se plaindre d'être "sur-assuré".

Lorsque l'assuré vise la *gestion des sinistres* (40% des réclamations) sa plainte varie en fonction des pouvoirs de règlement de l'intermédiaire. En effet, il y a des intermédiaires d'assurances qui assument la gestion complète des sinistres pour le compte des entreprises d'assurances.

Le plaignant critique l'assistance de son conseiller en assurances. Il trouve qu'il ne lui a pas donné le bon conseil: par exemple, il lui a donné un avis favorable sur les responsabilités qui s'est avéré différent par la suite, il l'a autorisé à recourir immédiatement à un avocat alors que légalement, l'assureur Protection Juridique tente au préalable un règlement amiable et refuse donc la prise en charge des honoraires d'avocat saisi de suite.

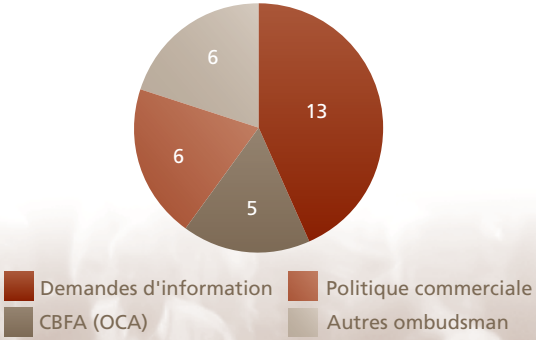
Dans d'autres cas, le client exprime sa déception sur les prestations de l'avocat conseillé par l'intermédiaire. En principe, l'assuré dispose de la liberté de choisir son avocat pour assumer la défense de ses intérêts. En pratique, ce choix est guidé par son conseiller en assurances qui lui indique un avocat reconnu en la matière.

Il saisit l'ombudsman car il estime avoir été mal défendu lors d'une expertise suite à un sinistre: l'étendue des dommages a été sous-évaluée, il ignorait que le montant de l'indemnité comprenait la TVA,...

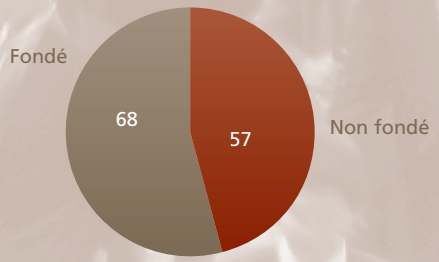


RÉSULTATS

Sur 161 plaintes, 30 plaintes n'ont **pas fait** l'objet d'**enquête** soit qu'il s'agissait de demandes d'informations soit qu'elles n'entraient pas dans le champ de la compétence de l'ombudsman.



Quand les réclamations ont fait l'objet d'**enquête**, 54% étaient fondées alors qu'en 2002 elles ne représentaient que 52%.



Au 31/03/04, **6** dossiers sont encore **ouverts.**

DATASSUR

DATASSUR

Plaintes à l'encontre de Datassur

Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Il enregistre donc les données transmises par les entreprises d'assurances qui ont sélectionné les dossiers sur la base de critères objectivement définis dans le mode de fonctionnement du fichier.

NOMBRE DE PLAINTES

En 2003, 49 plaintes ont été introduites à l'office de l'ombudsman contre Datassur alors qu'en 2002, 30 plaintes avaient été enregistrées. On enregistre donc une croissance de 63%.

Mais ce nombre de réclamations reste faible par rapport au nombre annuel des enregistrements (environ 40.000).

L'office de l'ombudsman est une **instance d'appel**. En effet, l'assuré mécontent d'être inscrit au fichier doit en un premier temps s'adresser directement à Datassur.

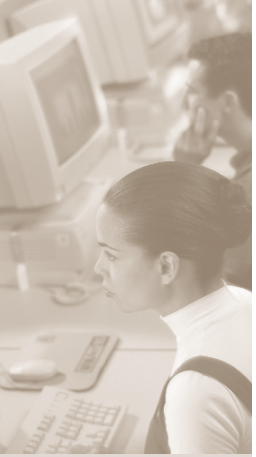
S'il n'obtient pas gain de cause et qu'il estime son inscription au fichier erronée, injuste, il peut s'adresser à l'ombudsman.

Cette procédure est mentionnée clairement sur la lettre par laquelle Datassur communique le refus d'annuler ou de rectifier son enregistrement.

La croissance du nombre des plaintes doit donc être mise en relation avec le nombre de demandes de rectification introduites directement chez Datassur. La quantité de ces demandes a également augmenté puisqu'elle passe de 371 en 2002 à 436 en 2003.

Cette croissance s'explique par les réactions des assurés qui, suite à leur inscription dans le fichier, rencontrent plus de difficultés pour pouvoir s'assurer ou tout le moins à des conditions qui les agréent.

D'autre part, certains s'adressent en **direct** à l'ombudsman. Un premier filtre se réalise par téléphone. Contacté en direct, l'ombudsman indique la procédure de réclamation mise en place dans le cadre de la gestion des fichiers. Mais certains plaignants écrivent spontanément. La réponse à ces plaintes représente 30% des dossiers introduits chez l'ombudsman qui, pour simple réponse, conseille de s'adresser d'abord à Datassur.



QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

La majorité des plaintes (+/- 80%) sont toujours introduites par les **assurés** eux-mêmes.

Cependant, en 2003, quelques plaignants ont saisi l'ombudsman en mentionnant que c'était sous l'influence, voire le conseil, de la presse ou du monde politique.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

80% des plaintes relatives à l'enregistrement chez Datassur portent sur l'**assurance responsabilité civile automobile obligatoire**.

Cette constatation est logique. En effet, les entreprises d'assurances ont renforcé les mesures de surveillance de la qualité des risques en portefeuille, principalement dans la branche RC automobile. De plus, le parc automobile en Belgique s'accroît.

Or, la loi impose pour l'utilisation d'un véhicule automoteur d'être assuré.

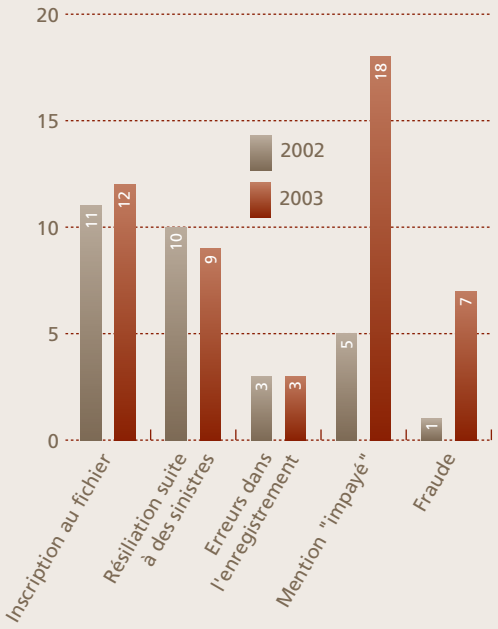
Provenances des plaintes	2003	2002
Preneurs d'assurance / Assurés	38	26
Intermédiaires	3	4
Média	2	
Monde politique et publique	2	
Avocats	4	
Total	**49**	**30**

Branches	2003	2002
Responsabilité civile auto	39	25
Responsabilité civile vie privée	4	1
Incendie	3	1
Vol	1	1
Soins de santé	1	0
Protection juridique	1	2
Total	**49**	**30**

DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT-ON?

Un plaignant saisit l'ombudsman suite à son inscription au fichier Datassur car il s'insurge contre cette mesure. L'office de l'ombudsman codifie les plaintes en se référant au motif pour lequel le plaignant récrimine être repris dans le fichier Datassur.

Le plaignant estime la résiliation injuste, il conteste les informations pour lesquelles il est enregistré, il rejette son inscription suite à des problèmes de paiement.



Pour ce dernier type de plainte, l'ombudsman enregistre en 2003 une augmentation. Ces plaintes représentent 30% de celles introduites à l'encontre de Datassur.

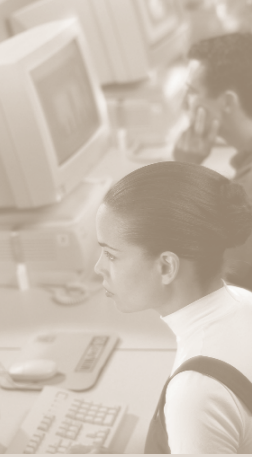
Comme une telle mention entraîne des difficultés pour un candidat-assuré de trouver une assurance, l'ombudsman avait souhaité qu'une fois que l'assuré a régularisé l'ensemble des paiements dont il était redevable, l'inscription au fichier soit rayée. Certains assureurs ont accepté ce point de vue et appliquent la recommandation, d'autres par contre restent réticents (voir supra 'Recommandations') craignant que la situation de difficulté de paiement ne se répète.

RÉSULTATS

Si les informations ne concordent pas ou qu'en équité la décision parait abusive, l'ombudsman mènera des enquêtes afin de procéder aux rectifications. Dans 61% de ces cas, la plainte a donné lieu à un redressement. Si l'inscription dans le fichier est en principe une mesure administrative d'information, elle est malheureusement lourde de conséquence pour le candidat assuré.

En effet, lorsqu'il soumettra sa demande d'assurance à un assureur, il sera souvent éconduit du simple fait de son inscription au fichier sans que les gestionnaires au sein des entreprises d'assurances en analysent plus avant les motifs.

D'autre part, 32% des réclamations écrites introduites à l'encontre de Datassur ont été enregistrées comme demandes d'informations car le consommateur n'avait pas respecté la procédure décrite dans la lettre qui l'informe de son inscription au fichier.



RECOMMANDATIONS

IV

Le rapport annuel est un regard sur le passé dont l'analyse permet de tirer des enseignements, source d'inspiration pour orienter des actions. Ces actions s'inscrivent dans la politique de prévention développée par le secteur. Comme il faut éviter la survenance du sinistre, il faut également éviter les malentendus, les insatisfactions.

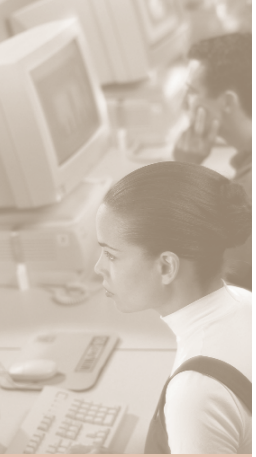
L'expérience a montré que le suivi des recommandations était en raison de leur nature et de leur portée très variable. Certaines peuvent rapidement faire l'objet d'un examen et de conclusions. D'autres, par contre, nécessitent une plus longue période d'observation parce qu'elles sont liées à toute la culture et au mode de penser des acteurs du secteur.

Afin de permettre une réaction plus rapide aux problèmes identifiés, l'ombudsman saisit immédiatement les instances concernées afin qu'elles puissent réagir plus rapidement. Une première expérience concluante a été réalisée en 2002. Cette approche a donc été maintenue.

Datassur

Sur la base des motifs pour lesquels un plaignant avait introduit en 2002 une doléance à l'encontre de Datassur, l'ombudsman a négocié certaines adaptations des critères retenus pour l'inscription dans le fichier.

En effet, une fois inscrit dans le fichier, les candidats-assurés rencontraient des difficultés à s'assurer ou tout le moins à un prix acceptable. Ces freins résultaient essentiellement de l'application diversifiée par les entreprises d'assurances du code de bonne pratique émis par Datassur. Les uns l'appliquaient rigoureusement, les autres modulaient son application en fonction d'une évaluation préalable sur la nécessité de l'inscription. Cette deuxième catégorie d'entreprises d'assurances, dont la politique d'acceptation est généralement plus souple, fermait ses portes dès que le candidat-assuré avait l'étiquette "Datassur". Elle se basait sur ses critères plus limitatifs d'inscription au fichier.



▲ Quels sont les résultats de ces enquêtes?

- Les **recommandations** du Conseil de gérance de Datassur qui rappellent les principes **d'application** et **d'interprétation** des critères d'inscription au fichier.

  Une *première recommandation* précise l'interdiction de l'enregistrement suite à une campagne d'assainissement du portefeuille. L'inscription ne peut se faire que pour les résiliations basées sur le comportement individuel des assurés tenant compte des circonstances des sinistres.

  Une *seconde recommandation* détermine les montants à indiquer en regard des motifs d'enregistrement.
  Ainsi, lors de la résiliation suite à un sinistre les montants indiqués sont les paiements effectués à l'exclusion des réserves et provisions.

  Une *troisième* concerne les demandes de rectification en cas de régularisation de prime impayée.
  L'ombudsman n'a malheureusement pas pu obtenir l'annulation automatique de l'enregistrement. La recommandation préconise que l'assureur prenne sa décision sur la base de la bonne volonté et de la bonne foi manifeste de l'assuré (voir supra p. 41)...

- La disparition de l'enregistrement lors d'une **résiliation à l'échéance**.

  Dans le passé, la simple résiliation à l'échéance pouvait faire l'objet d'une mention dans le ficher (code 11). La suppression de ce code s'applique tant pour le futur que pour le passé.

- L'introduction d'une **période d'observation** lors de l'enregistrement suite à un ou plusieurs sinistres. Cette période d'observation a été limitée à 5 ans alors qu'auparavant il n'existait aucune limite dans le temps. Par conséquent, ne seront plus repris dans le fichier les sinistres survenus plus de cinq ans avant le sinistre qui a provoqué la résiliation du contrat.

▼ Formations complémentaires pour la conduite de véhicules automoteurs.

Les jeunes conducteurs ont des difficultés à trouver une assurance ou tout le moins à un prix raisonnable.

Afin de leur donner accès à la couverture d'assurance pour la responsabilité civile automobile obligatoire, certaines entreprises d'assurances ont imposé une formation complémentaire à celle prévue par la loi pour la conduite de véhicules automoteurs. L'intervention de l'assureur est variée: certains prennent en charge les coûts de formation, d'autres prévoient une réduction tarifaire,... Cependant, ils n'acceptent pas n'importe quelle formation. Il existe cependant un problème lié au fait de l'absence d'uniformité entre les assureurs sur les formations qu'ils agréent. Ainsi, de bonne foi, des candidats-assurés suivent des formations qui ne sont malheureusement pas celles reconnues par l'entreprise d'assurances concernée.

Dans un but de transparence, il serait utile de mettre en place une procédure d'agrément officielle pour reconnaître la validité de ces formations complémentaires.

Ainsi tous les assureurs pourraient s'y référer.

▼ Suivi de la recommandation sur l'exclusion de l'état préexistant de l'assuré.

En 1996[25], l'ombudsman recommandait déjà aux entreprises d'assurances de revoir la formulation et la portée de la clause excluant l'état préexistant des assurés. Elle posait la question de la validité des clauses qui excluent l'état préexistant même inconnu de l'assuré et elle recommandait à tout le moins de limiter la portée dans le temps de ces exclusions.

Ce type de clause a d'ailleurs été mis en examen au sein de la sous-commission "Pratiques de l'assurance et qualité" de la Commission des assurances chargée de l'analyse des clauses abusives. Malheureusement, les discussions n'ont apporté aucune conclusion effective.

Face à cette situation, l'Association des consommateurs a introduit, devant le tribunal de Commerce de Bruxelles[26], une action en cessation visant notamment les clauses excluant les maladies préexistantes.

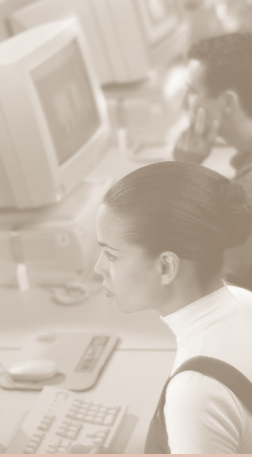
Dans son jugement du 16 juin 2003, le tribunal a reconnu la légalité des clauses excluant l'état préexistant mais a estimé, en vertu de l'équilibre des prestations entre les parties, que la portée de ces clauses devait être limitée dans le temps. Il a considéré comme raisonnable un délai de trois ans. Heureusement, certains assureurs ont pris des mesures plus favorables. Ainsi, on trouve actuellement sur le marché des contrats qui limitent l'exclusion de l'état antérieur à deux ans, un an, voire même un mois pour autant qu'il n'y ait pas eu de réticence intentionnelle au moment de la conclusion du contrat. Certains assureurs vont même jusqu'à renverser la charge de la preuve et précisent donc qu'il leur appartient de prouver que le sinistre est lié à un état antérieur de l'assuré.

▼ Suivi de la recommandation sur l'adaptation de la convention "heurt de véhicule".

En 2000, l'ombudsman avait constaté des plaintes répétées sur le montant du remboursement de la franchise en cas de concours entre un assureur "dommages" et un assureur "responsabilité". Une question se posait : paie-t-il le montant total de la franchise ou déduit-il un pourcentage de vétusté? Après des mois de discussions liées à une refonte générale de la convention "heurt de véhicule", les entreprises d'assurances au sein de leur Union professionnelle se sont engagées à rembourser le montant total de la franchise.

---

[25] Voir annexe Extrait Rapport Annuel ombudsman 1996
[26] Voir annexe Extrait Rapport Annuel ombudsman 2000



CONCLUSIONS

V

▼ A l'occasion de son départ du poste de président de la Commission des assurances, le professeur Herman Cousy a adressé un message aux entreprises d'assurances: "les assureurs devraient dépasser la dimension financière de leur activité et assumer pleinement leur rôle d'activité de services en faveur de l'homme et de la société"[27].

Au même moment, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances se transforme: l'"UPEA" devient "Assuralia". Pas simplement un changement de nom, mais également une modification de culture et de méthode de travail. Elle se tourne vers l'écoute des besoins du citoyen, du consommateur et recherche un dialogue constructif avec le nouveau gouvernement.

Des actions concrètes témoignent de cette philosophie: le contrat automobile 29/29[28], le sponsoring des actions week-end "Bob and the Gang"....

Ainsi, la concertation avec les différentes autorités publiques et la volonté d'un véritable partenariat devraient permettre de trouver une solution équitable à différents problèmes aigus de couverture d'assurance tels que la couverture des catastrophes naturelles, de soins de santé, des frais d'accès à la justice...

Mais, cette volonté d'ouverture doit se traduire dans les entreprises d'assurances à tous les niveaux. En effet, c'est la synergie des actions menées par chacun qui permettra de combler le fossé entre le consommateur et les assureurs.

Améliorer, renforcer la communication doit rester un objectif.

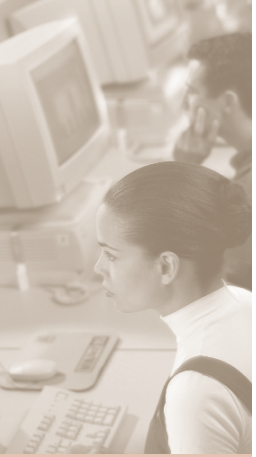
Certes, communiquer représente un coût: le temps pris pour le faire et le support administratif (frais de conception, de rédaction, de papier, d'envoi...). Mais en refusant cet investissement réalise-t-on une économie? La réponse est négative si l'on constate les pertes de temps au téléphone, les coûts d'échanges de lettres, le passage du dossier dans plusieurs mains, les départs de clients,... Ces pertes sont peut-être plus difficilement identifiables dans les postes du budget mais ne sont pas pour autant négligeables.

Le choix doit s'appuyer sur les conclusions des études réalisées par des consultants indépendants[29] auprès du grand public sur leur perception, leur attitude et leurs attentes du secteur de l'assurance. Le message est clair. Ils décrivent les clients comme étant moins fidèles, souhaitant plus de facilité, plus de clarté,...

Ces conclusions sont renforcées par l'analyse des réclamations dont seulement 46% sont fondées sur le plan technique, mais qui révèle néanmoins un sentiment de méfiance et un besoin de clarification.

---

(27) Assurinfo n° 29 du 18/09/2003
(28) Voir supra p.3
(29) Managing consultant IBM
Significant Marketing Research étude image de marque 2003



L'ombudsman enregistre un nombre croissant de demandes d'information, de consultations du site Internet, de remerciements qui lui sont adressés par le plaignant qui n'a pas obtenu gain de cause mais qui comprend enfin les raisons pour lesquelles la position de l'entreprise d'assurances est fondée.

Dans ce contexte, l'équipe de l'ombudsman tend quotidiennement au talent d'une grande dame, écrivain, journaliste, Françoise Giroud, qui disait "si j'ai du talent, c'est celui de comprendre et de faire comprendre".

L'ombudsman, son équipe et l'ensemble des correspondants ont pu redresser des situations, des décisions, pour un certain nombre de plaignants. Ils ont pu également grâce aux explications, écarter les sentiments de frustration auprès de beaucoup d'entre eux. S'il en résulte une meilleure compréhension et la relance de la relation avec l'assureur, ils auront activement collaboré à plus de transparence entre le secteur et le grand public.

L'ombudsman remercie vivement ses collaborateurs et les correspondants au sein des entreprises d'assurances de leur appui journalier dans la réalisation de sa mission.

ANNEXE 1

CAS D'INTERVENTION

CAS N°1 Conducteur habituel ou conducteur principal?

CAS N°2 Quand adapter le bonus-malus?

CAS N°3 Bien que le contrat incendie soit suspendu pour non-paiement de la prime, l'assureur est intervenu!

CAS N°4 Quel taux de TVA faut-il appliquer pour l'indemnisation de dégâts à un bâtiment?

CAS N°5 L'assureur vol refuse son intervention en cas d'absence de plus de 90 jours par an...

CAS N°6 Assurance incendie: application de la règle proportionnelle?

CAS N°7 Les enfants encaissent des bons d'assurances 7 ans après le décès de leur mère. La compagnie paye les intérêts!

CAS N°8 La reconstruction mammaire suite à un cancer du sein n'est pas une opération esthétique!

CAS N°9 Quand un patient atteint de cancer peut prolonger un contrat collectif d'hospitalisation à titre individuel...

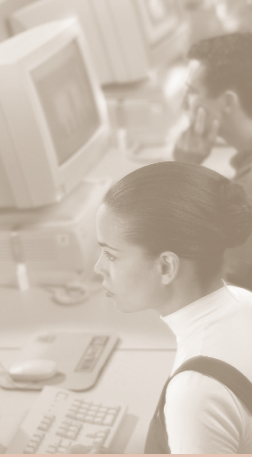
CAS N°10 La décision d'un arbitre médical est-elle définitive?

CAS N°11 Comme la partie adverse est déclarée responsable à 50%, l'assureur Protection Juridique relance le recours.

CAS N°12 Lors de la souscription du contrat, l'intermédiaire n'a pas mentionné certains antécédents sur le questionnaire médical. Le contrat est-il nul?

CAS N°13 Datassur: rectification du montant des débours.

CAS N°14 Datassur: annulation du fichage après apurement des dettes.



Cas n°1

Conducteur habituel ou conducteur principal?

En février 2002, Madame X souscrit un contrat d'assurance pour son véhicule prenant effet le 10 mai 2002, auprès de l'entreprise d'assurances A. Elle est le preneur d'assurance et la conductrice principale. Le 7 mai 2002, son courtier envoie un fax à l'entreprise d'assurance pour lui signaler que le fils de Madame X, né en 1977 et disposant d'un permis depuis 1998, est le conducteur habituel du véhicule. Il demande de réduire le degré de bonus-malus du nombre d'années depuis la date d'obtention du permis de conduire. L'entreprise d'assurance réagit et émet un avenant au contrat actant la qualité de conducteur habituel du fils de Madame X. Le 8 septembre, il a un accident. L'entreprise d'assurances refuse de le prendre en charge. En effet, elle estime qu'il y a fausse déclaration rendant le contrat nul, dans la mesure où le fils de Madame X n'était pas conducteur habituel du véhicule mais le conducteur principal.

Mécontent, le courtier s'adresse à l'ombudsman.

A l'examen du contrat, l'ombudsman constate que ni la notion de conducteur principal ni la notion de conducteur habituel ne sont définies. La proposition d'assurance reprend sans plus de précisions que le conducteur habituel est celui qui roule régulièrement avec le véhicule sans en être le conducteur principal. Cette clause est obscure. Dans ces conditions, l'ombudsman estime que l'entreprise d'assurances ne peut reprocher à Madame X ou à son fils une fausse déclaration, visant à l'induire en erreur sur le risque à couvrir. L'entreprise d'assurances accepte finalement de revoir son point de vue et de prendre le sinistre en charge.

Cas n°2

Quand adapter le bonus-malus?

Madame X a souscrit une assurance Responsabilité Civile Auto auprès de l'entreprise d'assurances A. Le contrat prend cours le 21 avril 2000 au degré bonus-malus 6. Comme l'entreprise d'assurances A a demandé de déplacer le risque, le courtier de Madame X propose une assurance Responsabilité Civile Auto auprès de l'entreprise d'assurances B. Celle-ci reprend le contrat en décembre 2000 mais maintient la même date d'échéance soit le 21 avril.

Pour l'échéance d'avril 2002, Madame X résilie son contrat. L'entreprise d'assurances B lui adresse une attestation bonus-malus, qui reprend le degré bonus-malus 6 et non 5.

Madame X la conteste et estime devoir être au degré 5. Ne parvenant à convaincre l'entreprise d'assurances, elle saisit l'ombudsman.

Interrogée par l'ombudsman, l'entreprise d'assurances explique que, comme la période d'observation est inférieure à 9 mois et demi (de décembre 2000 à avril 2001), l'adaptation du bonus-malus devait se faire l'année suivante (art. 38.4 du contrat type RC auto).

L'ombudsman a contesté cette interprétation en invoquant l'esprit du système bonus-malus : à chaque période d'un an sans sinistre, le malus descend d'un point.

Après réexamen du dossier, la compagnie B suit l'avis de l'Ombudsman et établit une nouvelle attestation bonus-malus qui reprend le degré 5. Elle rembourse également la prime trop perçue pour la période 2001-2002.

Cas n°3

Bien que le contrat incendie soit suspendu pour non-paiement de la prime, l'assureur est intervenu!

Monsieur X, âgé de 88 ans, est propriétaire de sa maison. Il tarde à payer et reçoit une lettre recommandée de l'entreprise d'assurances qui l'informe que s'il ne paie pas dans un délai de 15 jours, le contrat sera suspendu.

Monsieur X paie immédiatement la prime à son conseiller en assurances. Mais, entre-temps, le feu éclate et il y a des dégâts pour 75.000 euros.

L'entreprise d'assurances n'avait pas encaissé la prime et elle refuse son intervention.

Surpris, le propriétaire se plaint chez l'ombudsman.

L'ombudsman s'adresse tant au conseiller en assurances qu'à l'entreprise d'assurances.

Le courtier réagit spontanément et reconnaît au téléphone avoir commis une faute. En effet, il a reçu la prime dans les délais mais a omis de la transférer à l'entreprise d'assurances. Il accepte également d'en informer l'assureur qui couvre ses fautes professionnelles afin qu'il intervienne si l'assureur incendie de Monsieur X maintenait son refus.

Interrogé par l'ombudsman, l'entreprise d'assurances charge son inspecteur d'une enquête. Ses investigations ont permis d'établir que, dans le passé, le courtier encaissait les primes. Mais, le mode d'encaissement avait été modifié cette année et c'est dorénavant l'entreprise d'assurances qui réclame directement les primes aux assurés. Le fait que l'assuré ait payé au courtier n'était donc pas anormal.

En tenant compte de ces circonstances particulières, l'entreprise d'assurances a revu sa position et a indemnisé Monsieur X.

Cas n°4

Quel taux de TVA faut-il appliquer pour l'indemnisation de dégâts à un bâtiment?

Monsieur X est propriétaire de trois maisons qui ont été endommagées par une violente explosion.

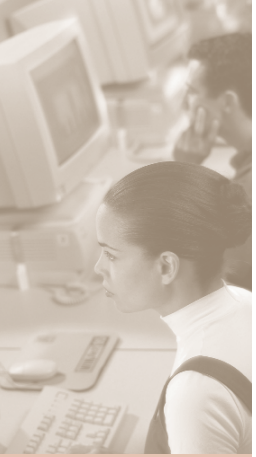
Quelques années plus tard, elles sont remplacées par trois habitations neuves. Pour ces nouvelles constructions, Monsieur X paye 21% de TVA. L'assureur veut rembourser la TVA à un taux de 6% car le rapport d'expertise est établi sur la base de frais de réparations. Or, les maisons avaient plus de 15 ans d'âge et donc le taux de TVA est de 6%.

Mécontent, Monsieur X s'adresse à l'ombudsman.

L'ombudsman prend connaissance de l'ensemble du dossier auprès de l'entreprise d'assurances. A l'analyse de la description des dégâts, elle constate que les habitations sont très fortement endommagées. Toute la partie située à l'avant des maisons est complètement démolie. Ainsi, les travaux de reconstruction portent sur plus de la moitié. De plus, les structures portantes sont à remplacer.

Poursuivant ses investigations, elle doit conclure qu'en application de la législation relative à la TVA et des circulaires de l'Administration de la TVA, c'est le taux de 21% qui est d'application en cas de travaux d'une telle ampleur.

L'ombudsman informe l'entreprise d'assurances de ses conclusions et celle-ci réinterroge son expert. Il confirme que plus de 50% des bâtiments étaient endommagés L'assureur revoit sa position et indemnise la TVA au taux de 21%.



Cas n°5

L'assureur vol refuse son intervention en cas d'absence de plus de nonante jours par an...

En rentrant de chez sa fille où elle a passé le week-end, Madame X découvre qu'elle est victime d'un vol dans son appartement. Les malfrats ont forcé la porte d'entrée et fait main basse sur divers biens. A l'inspecteur de l'entreprise d'assurances chargé d'enquêter sur les circonstances du vol, elle déclare que "tous les week-ends, elle se rend chez sa fille pour garder les enfants, du vendredi soir au dimanche 18h, et ce, depuis 7 ans". Un rapide calcul fait conclure à l'entreprise d'assurances que Madame X est absente 104 nuits par an. Or, les conditions générales du contrat prévoient que la garantie vol n'est pas acquise lorsque le bâtiment est inoccupé pendant plus de 90 jours dans les 12 mois précédent le vol. L'entreprise d'assurances refuse son intervention.

Madame X en parle au service juridique de sa commune qui interroge l'ombudsman.

En un premier temps, l'ombudsman doit bien constater que Madame X a signé une déclaration mentionnant son absence durant les week-ends.

La seule façon d'aller à l'encontre de ses propres déclarations, apparemment trop rapides, est de rapporter la preuve que certains week-ends, elle ne se rend pas chez sa fille à tout le moins rentre loger chez elle.
A cet effet, Madame X fournit un relevé des appels téléphoniques qu'elle passait de chez elle pendant le week-end. De plus, elle a transmis de nombreux témoignages de personnes qui l'avaient rencontré chez elle durant certains week-ends. Sur base de ces éléments probants, l'entreprise d'assurances a revu son appréciation et a décidé d'indemniser Madame X.

Cas n°6

Assurance incendie: application de la règle proportionnelle?

Suite à un dégât des eaux, Monsieur X signe un rapport d'expertise établissant le montant des dégâts à 1.000 euros. Lorsqu'il reçoit la quittance d'indemnité, Monsieur X constate que l'assureur ne veut payer que 801,90 euros. L'entreprise d'assurances A estime que le bâtiment de Monsieur X est sous-assuré et elle a donc appliqué la règle proportionnelle.

L'arrêté royal réglementant l'assurance contre l'incendie impose à l'entreprise d'assurances de présenter un système qui entraîne la suppression de la règle proportionnelle. Le contrat souscrit par Monsieur X reprend la clause qui suit: "Vous reconnaissez qu'un système permettant la suppression de la règle proportionnelle vous a été présenté et que vous n'y avez pas souscrit".

Or, l'Ombudsman constate que le contrat n'a pas été signé par Monsieur X. Comment donc l'entreprise d'assurances peut-elle prouver qu'elle a présenté un tel système? Après réexamen du dossier, elle marque accord pour revoir sa position et paie le montant sur la base du rapport d'expertise.

Cas n°7

Les enfants encaissent des bons d'assurances 7 ans après le décès de leur mère. La compagnie paie les intérêts!

En 1995, Madame X souscrit deux bons d'assurances. Elle a deux enfants mineurs. Malheureusement, elle décède quelques mois plus tard.

Le contrat prévoit que les bons d'assurances prennent fin en cas de décès. Les enfants quant à eux pensaient que le contrat restait en vigueur jusqu'à la date d'expiration du contrat. A cette date, ils s'adressent à l'entreprise d'assurances qui leur verse le montant du capital acquis en 1995.

Or, l'assureur était au courant du décès de leur mère. En effet, il avait annulé un autre contrat qui couvrait la voiture pour cause de décès. Mais l'information n'avait pas été transmise au service "vie".

Si l'information était parvenue au service "vie", l'assureur aurait payé le capital assuré en 1995.

Sur cette base, l'ombudsman a pris contact avec l'entreprise d'assurances en lui demandant de payer les intérêts pour la période couvrant de la date du décès à celle du paiement du capital.

Elle a obtenu gain de cause et les enfants ont reçu une somme complémentaire.

Cas n°8

La reconstruction mammaire suite à un cancer du sein n'est pas une opération esthétique!

Madame X a un compte d'épargne auprès d'une banque auquel est joint une assurance hospitalisation.

Atteinte d'un cancer, elle a subi une mammectomie. Quelques mois plus tard, elle se fait hospitaliser pour une reconstruction mammaire. Elle oublie cependant de demander l'accord préalable de l'assureur.

Or, selon le contrat, cet accord est nécessaire pour toute intervention esthétique.

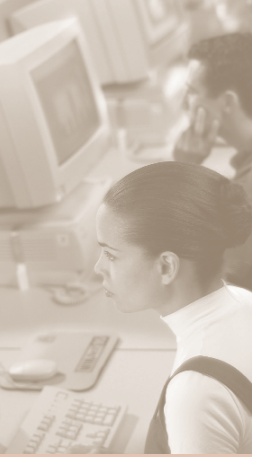
Lorsqu'elle demande le remboursement de ses frais d'hospitalisation, l'assureur refuse pour ce motif.

Mécontente, elle interroge l'ombudsman qui saisit l'entreprise d'assurances.

L'ombudsman, sur la base de l'ensemble des éléments du dossier, interroge différents médecins. Ils sont unanimes à considérer qu'une reconstruction mammaire dans de telles circonstances n'est pas une intervention esthétique mais qu'elle s'inscrit dans le cadre de la réparation de l'intégrité physique suite à un cancer.

De plus, l'assureur n'a pas subi de dommage en raison de l'absence d'accord préalable puisqu'il dispose de tous les documents médicaux prouvant l'état de santé de Madame X.

L'ombudsman a repris contact avec l'assureur et elle a pu le convaincre de modifier sa décision.



Cas n°9

Quand un patient atteint de cancer peut prolonger un contrat collectif d'hospitalisation à titre individuel...

Madame X bénéficie d'une assurance hospitalisation collective souscrite par son employeur. Elle décide de changer d'emploi et demande à l'assureur de reprendre la couverture sur une base individuelle. L'entreprise d'assurances refuse.

Madame X se tourne vers l'ombudsman.

Le contrat d'assurance souscrit par l'employeur prévoit la possibilité de poursuivre la couverture sur une base individuelle uniquement en cas de pension ou de prépension. Néanmoins, à l'analyse des éléments du dossier, l'ombudsman constate que dans un échange de courrier, l'assureur a écrit à l'employeur que Madame X avait la faculté de prolonger la couverture à titre personnel sans préciser cependant sous quelles conditions.

Sur cette base, l'ombudsman reprend contact avec l'entreprise d'assurances qu'elle parvient à convaincre. Madame X peut souscrire la couverture hospitalisation à titre personnel sans aucune exclusion.

Cas n°10

La décision d'un arbitre médical est-elle définitive?

Monsieur X est fleuriste indépendant. A 60 ans, après 33 ans d'activité, il souffre d'hernies et de problèmes coronariens. Le 31 janvier 2000, il envoie une déclaration d'incapacité à son assureur « revenus garantis ». Après l'avoir examiné, le médecin conseil retient des taux d'incapacité de 50 à 100% jusqu'au 15 août 2000 et, à partir de cette date, conclut à une incapacité de travail permanente de 25%. Monsieur X ne peut pas accepter ce taux car le médecin de l'INAMI le reconnaît en incapacité totale et permanente de travailler. De plus, il ne s'estime plus en état d'exercer sa profession et ne voit pas quelle autre activité il pourrait exercer. L'entreprise d'assurance propose de recourir à une convention d'arbitrage. Monsieur X marque son accord et renvoie la convention d'arbitrage signée en mentionnant le nom du médecin qui l'assistera. Le 26 avril 2002, le médecin arbitre conclut à un taux d'incapacité de travail permanente de 25% à partir du premier octobre 2000.

Monsieur X ne peut accepter ces conclusions et saisit l'Ombudsman des assurances.

A l'examen du dossier, elle constate que les conditions générales du contrat définissent l'incapacité de travail comme étant "l'impossibilité totale ou partielle d'exercer les activités professionnelles assurées". Elle est évaluée en tenant compte de "l'aptitude à exercer les activités professionnelles assurés ainsi que tout autre activité professionnelle compatible". La convention d'arbitrage pour sa part prévoit que "l'arbitrage règle le litige surgi entre les parties en dernier ressort sans possibilité de recours". La sentence rendue par l'arbitre est donc définitive et ne peut faire l'objet d'aucun appel. La décision rendue ne peut être contestée ni par l'assuré ni par l'entreprise d'assurance. Seule une aggravation de l'incapacité depuis la date du 1er octobre 2000 pourrait entraîner une révision du taux d'incapacité permanente. Si le

médecin de l'INAMI reconnaît la totale incapacité de monsieur X à exercer une profession c'est en raison de la différence des critères retenus (pour plus d'explication, voir la rubrique FAQ du site www.ombudsman.as)

Cas n°11

Comme la partie adverse est déclarée responsable à 50%, l'assureur Protection Juridique relance le recours.

Monsieur X est victime d'une collision frontale avec un cycliste qui roulait à gauche sur la piste cyclable. Par un soir pluvieux de novembre, Monsieur X, cyclomotoriste, roulait sans lumière et transportait un passager alors qu'il n'avait pas 16 ans. Comme il n'y avait qu'une piste cyclable, l'assureur Protection Juridique estimait que le cycliste n'avait commis aucune infraction et que Monsieur X était seul responsable de l'accident. Sur cette base, il classe son dossier sans suite.

Quelques années plus tard, l'entreprise d'assurances qui couvre la responsabilité civile de Monsieur X l'interpelle pour récupérer la moitié des indemnités q'elle a payées au passager. Le recours était fondé puisque Monsieur X n'avait pas 16 ans mais pourquoi ne réclame-t-elle que la moitié?

Le dossier répressif est classé sans suite et son assureur Responsabilité Civile ne l'estime responsable que pour 50%.

Aussi, il décide de récupérer la moitié de ses propres dommages et interroge l'ombudsman.

L'ombudsman interroge en un premier temps l'assureur responsabilité civile. A l'analyse du dossier, elle estime qu'il existe des éléments suffisants pour pouvoir réexaminer un éventuel recours.

A cet effet, elle insiste auprès de l'assureur Protection Juridique qui rouvre le dossier et le confie à l'avocat du plaignant pour avis sur les chances de succès. L'avocat communique son point de vue. Comme il est positif, un recours en récupération de 50% du dommage est intenté par voie judiciaire.

Le plaignant a donc obtenu gain de cause.

Cas n°12

Lors de la souscription du contrat, l'intermédiaire n'a pas mentionné certains antécédents sur le questionnaire médical. Le contrat est-il nul ?

Madame X a souscrit une police "Revenu Garanti". Au moment de la signature du contrat, elle aurait informé le conseiller en assurances qu'elle avait déjà des problèmes de dos mais qui avaient disparu.

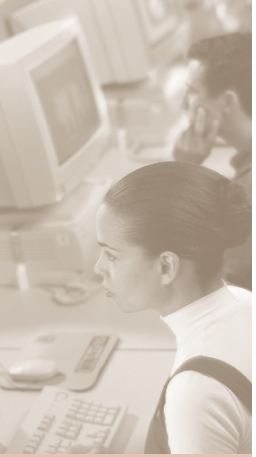
Son conseiller estime inutile de les mentionner dans le questionnaire médical puisqu'ils avaient disparu.

Quelques mois plus tard, souffrant à nouveau de douleurs au dos, elle demande l'intervention de l'assureur. Ce dernier refuse toute indemnité car selon lui, Madame X aurait dû l'informer de ses problèmes dorsaux.

Ne pouvant accepter ce point de vue, Madame X saisit l'ombudsman.

Face à cette situation, l'ombudsman décide d'interroger l'entreprise d'assurances ainsi que l'intermédiaire.

L'entreprise d'assurances fournit, avec l'accord de Madame X, le questionnaire médical qu'elle a signé avec la mention 'lu et approuvé'. A la question: "Avez-vous déjà eu des problèmes de dos, de lumbago, d'hernie discale..." il est répondu par la négative. Le fait de n'avoir mentionné aucun antécédent prive l'assureur d'une information médicale importante. Il peut alors invoquer la réticence intentionnelle qui entraîne, conformément à la loi sur le contrat d'assurance terrestre, la nullité du contrat.



De son côté, le conseiller en assurances reconnaît qu'il a aidé Madame X à remplir le questionnaire médical mais qu'elle ne l'a pas informé de ses problèmes de dos.

L'ombudsman était confronté à deux versions contradictoires.

Madame X n'avait aucun élément qui permettait de prouver ses affirmations. De plus, elle avait signé le formulaire médical. Sur cette base, l'ombudsman ne pouvait reprocher de faute professionnelle à l'intermédiaire.

Le contrat a donc été annulé.

Cas n°13

Datassur: rectification du montant des débours.

Après avoir résilié un contrat d'assurances en raison de sinistres, une entreprise d'assurances enregistre son assuré dans le fichier Datassur.

Mécontent, Monsieur X interpelle l'ombudsman qui interroge Datassur.

A l'examen du dossier, l'ombudsman constate que le montant des débours repris dans la fiche de Monsieur X n'est pas correct.

En effet, elle mentionne un total de 2.958 euros de débours alors qu'en réalité, ils s'élevaient à 1.279,03 euros. Après une enquête auprès de l'entreprise d'assurances A, il ressort que la réserve technique a été reprise dans le montant des débours. Par conséquent, l'entreprise d'assurances A fait rectifier la fiche auprès de Datassur, qui reprend dorénavant le montant correct des débours de 1.279,03 euros.

Cette correction devra faciliter la recherche d'une couverture d'assurance pour la plaignante.

Cas n°14

Datassur: annulation du fichage après apurement des dettes.

La police de Madame X a été résiliée pour non-paiement de la prime. L'entreprise d'assurances A a procédé à son inscription dans le fichier Datassur sans cependant poursuivre la procédure en paiement de la prime.

Madame X est disposée à la payer à condition que son inscription soit radiée.

L'entreprise d'assurances ne réagit pas! Lassée, Madame X interroge l'ombudsman.

L'ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances qu'elle parvient à convaincre d'accepter la radiation dans ces conditions.

ANNEXE 2

EXTRAIT ACTUALIT'ASS 2004

▼ Pas de discrimination en fonction du sexe en assurance: vers une situation de "no win"

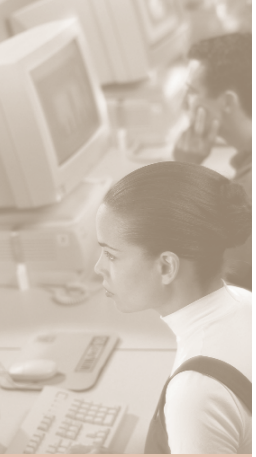
Le 5 novembre, la Commission européenne a adopté une proposition de directive contre

la discrimination fondée sur le sexe dans la vie économique. L'assurance est le point de mire de ce texte sur lequel le Conseil européen – c'est-à-dire les représentants des gouvernements des Etats membres – doit encore se prononcer.

Va-t-on effectivement vers des tarifs d'assurance égaux pour les hommes et les femmes et pourquoi les consommateurs risquent-ils de devoir payer plus pour leurs assurances, comme le suggère The Economist?

Un des fondements de l'assurance est la possibilité pour un assureur d'aligner le prix de ses services sur les risques. Lorsque les risques sont inégalement répartis, les assureurs appliquent des primes en conséquence, de sorte que la prime payée par le consommateur corresponde aux exigences du marché en matière de transparence et d'efficacité économique.

La commissaire européenne Anna Diamantopoulou fait remarquer à juste titre que les assureurs utilisent des primes différentes selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes et s'en inquiète. Comment la situation se présente-t-elle?



Dans plusieurs pays, les jeunes femmes paient moins pour l'assurance auto que les jeunes hommes. Elles provoquent en effet moins de sinistres. Cette différence est moins marquée à un âge plus avancé. D'un point de vue statistique, la distinction entre jeunes femmes et débutants du sexe masculin se vérifie. L'expérience démontre cependant que, dans ce domaine, le sexe n'est qu'un indicateur utile et pas le facteur déterminant. Si l'on tient compte du type de véhicule ou du nombre de kilomètres parcourus par un automobiliste, il resterait possible de faire correspondre le calcul de la prime au risque sans perturber réellement le marché, mais en fin de compte la prime moyenne d'une jeune conductrice devrait rester inférieure à celle d'un jeune homme.

Des prix à la hausse

En assurance vie, les conséquences de la proposition sont par contre plus sérieuses. Il est un fait que l'espérance de vie ou la probabilité de décès est différente selon le sexe: les femmes vivent plus longtemps et dans chaque groupe d'âge, la probabilité de décès au cours de l'année de vie suivante est nettement moins élevée chez les femmes que chez les hommes. De quels produits s'agit-il?

En premier lieu, de l'assurance décès qui permet aux jeunes adultes de ne pas devoir se faire du souci pour leur famille au cas où ils devraient mourir prématurément. Moyennant une prime annuelle de 240 euros (+ frais), une femme de 30 ans peut s'assurer qu'un enfant qu'elle élève seule recevra 100.000 euros si elle meurt avant que l'enfant ait atteint l'âge de 25 ans. Un homme payera 400 euros dans les mêmes circonstances. Dans l'hypothèse où l'assureur n'est plus autorisé à opérer une distinction fondée sur le sexe, le prix pour la femme augmentera, et ce sans doute au-delà de la moyenne arithmétique. L'assureur tiendra en effet compte du fait que les hommes souscriraient très volontiers une assurance proposée à un prix inférieur à celui du risque qui leur est propre, ce que les assureurs et les économistes appellent l'antisélection. Toutes les femmes devront donc s'attendre à une hausse de prime pouvant atteindre jusqu'à 65 % si du moins elles sont intéressées par ce produit. Il est vrai que l'assureur qui constatera que sa marge de sécurité lui procure un bénéfice, pourra redistribuer celui-ci, mais cette redistribution profitera tant aux hommes qu'aux femmes, tandis que la prime devra toujours être payée à l'avance.

Le fait que les femmes vivent plus longtemps se répercute aussi sur les assurances de rente: il s'agit de polices prévoyant le paiement d'un montant mensuel aussi longtemps que l'assuré est en vie. C'est une formule idéale pour les personnes qui ont encore des charges financières (loyer, charges de famille) à un âge avancé. Supposons qu'un client confie à son assureur un capital de 100.000 euros lorsqu'il a 65 ans; le montant mensuel sera dans ce cas moins élevé pour une femme que pour un homme, puisqu'il ressort des données démographiques qu'une femme en bénéficiera, en Belgique, pendant 24 ans contre 17 ans pour un homme. En d'autres mots, l'assureur n'en profite pas lui-même. Avant de prendre des décisions lourdes de conséquences, il serait bon d'évaluer l'évolution de la demande d'assurances de rentes si ce produit devait devenir plus cher pour les hommes. Ici aussi, un tarif unisexe conduira inévitablement à un tarif plus élevé par l'incorporation d'une marge de sécurité: c'est ce qui se passe en France, où le marché pour ce type de produits est très réduit. Pourtant, pour des motifs politiques, les assurances de rentes mériteraient peut-être d'être davantage encouragées en leur qualité de ressources stables pour personnes agées.

Le sexe joue aussi un rôle en assurance santé: les différences de prix, notamment en assurance "revenu garanti"qui pour nombre d'indépendants constitue une véritable bouée de sauvetage, atteignent quelques dizaines de pour cents et la question se pose de savoir si les clients voudront encore se protéger si le prix de cette protection devait subitement grimper.

Pour ces raisons, la directive conduit à des marchés moins efficaces et, globalement, à des primes inutilement plus élevées.

Où est l'égalité?

Il est par ailleurs curieux de constater que la proposition, qui accorde peu d'attention à la manière dont le marché réagira à toutes ces fluctuations, incite les assureurs à tenir compte d'autres facteurs. Et il est vrai que non seulement le sexe, mais également la catégorie sociale, le mode de vie et le domicile sont des indications pertinentes de l'espérance de vie, de la probabilité de décès, du profil de santé, etc. Abstraction faite de la question de savoir si l'application de tels critères ne conduira pas les assureurs à recueillir des informations liées à la vie privée, on peut se demander s'il est souhaitable politiquement de prévoir des primes différentes selon que l'assuré est un cadre aisé vivant dans une banlieue verte ou un ouvrier moins chanceux vivant dans un quartier défavorisé. La proposition de Mme Diamantopoulou s'inspire d'un rêve où toute discrimination est bannie. Mais quelle réalité nous prépare-t-on?

WAUTHIER ROBYNS
suit les dossiers européens pour lUPEA

HEARING

7

Actualités 2004

Pas de discrimination en fonction du sexe en assurance: vers une situation de "no win"

Le 5 novembre, la Commission européenne a adopté une proposition de directive contre la discrimination fondée sur le sexe dans la vie économique. L'assurance est le point de mire de ce texte sur lequel le Conseil européen – c'est-à-dire les représentants des gouvernements des Etats membres – doit encore se prononcer. Va-t-on effectivement vers des tarifs d'assurance égaux pour les hommes et les femmes et pourquoi les consommateurs risquent-ils de devoir payer plus pour leurs assurances, comme le suggère The Economist?

Un des fondements de l'assurance est la possibilité pour un assureur d'aligner le prix de ses services sur les risques. Lorsque les risques sont inégalement répartis, les assureurs appliquent des primes en conséquence, de sorte que la prime payée par le consommateur corresponde aux exigences du marché en matière de transparence et d'efficacité économique.

La commissaire européenne Anna Diamantopoulou fait remarquer à juste titre que les assureurs utilisent des primes différentes selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes et s'en inquiète. Comment la situation se présente-t-elle?

Dans plusieurs pays, les jeunes femmes paient moins pour l'assurance auto que les jeunes hommes. Elles provoquent en effet moins de sinistres. Cette différence est moins marquée à un âge plus avancé. D'un point de vue statistique, la distinction entre jeunes femmes et débutants du sexe masculin se vérifie. L'expérience démontre cependant que, dans ce domaine, le sexe n'est qu'un indicateur utile et pas le facteur déterminant. Si l'on tient compte du type de véhicule ou du nombre de kilomètres parcourus par un automobiliste, il resterait possible de faire correspondre le calcul de la prime au risque sans perturber réellement le marché, mais en fin de compte la prime moyenne d'une jeune conductrice devrait rester inférieure à celle d'un jeune homme.

DES PRIX À LA HAUSSE

En assurance vie, les conséquences de la proposition sont par contre plus sérieuses. Il est un fait que l'espérance de vie ou la probabilité de décès est différente selon le sexe: les femmes vivent plus longtemps et dans chaque groupe d'âge, la probabilité de décès au cours de l'année de vie suivante est nettement moins élevée chez les femmes que chez les hommes. De quels produits s'agit-il?

En premier lieu, de l'assurance décès qui permet aux jeunes adultes de ne pas devoir se faire du souci pour leur famille au cas où ils devraient mourir prématurément. Moyennant une prime annuelle de 240 euros (+ frais), une femme de 30 ans peut s'assurer qu'un enfant qu'elle élève seule recevra 100.000 euros si elle meurt avant que l'enfant ait atteint l'âge de 25 ans. Un homme payera 400 euros dans les mêmes circonstances. Dans l'hypothèse où l'assureur n'est plus autorisé à opérer une distinction fondée sur le sexe, le prix pour la femme augmentera, et ce sans doute au-delà de la moyenne arithmétique. L'assureur tiendra en effet compte du fait que les hommes souscriraient très volontiers une assurance proposée à un prix inférieur à celui du risque qui leur est propre, ce que les assureurs et les économistes appellent l'antisélection. Toutes les femmes devront donc s'attendre à une hausse de prime pouvant atteindre jusqu'à 65 % si du moins elles sont intéressées par ce produit. Il est vrai que l'assureur qui constatera que sa marge de sécurité lui procure un bénéfice, pourra redistribuer celui-ci, mais cette redistribution profitera tant aux hommes qu'aux femmes, tandis que la prime devra toujours être payée à l'avance.

Le fait que les femmes vivent plus longtemps se répercute aussi sur les assurances de rente: il s'agit de polices prévoyant le paiement d'un montant mensuel aussi longtemps que l'assuré est en vie. C'est une formule idéale pour les personnes qui ont encore des charges financières (loyer, charges de famille) à un âge avancé. Supposons qu'un client confie à son assureur un capital de 100.000 euros lorsqu'il a 65 ans; le montant mensuel sera dans ce cas moins élevé pour une femme que pour un homme, puisqu'il ressort des données démographiques qu'une femme en bénéficiera, en Belgique, pendant 24 ans contre 17 ans pour un homme. En d'autres mots, l'assureur n'en profite pas lui-même. Avant de prendre des décisions lourdes de conséquences, il serait bon d'évaluer l'évolution de la demande d'assurances de rentes si ce produit devait devenir plus cher pour les hommes. Ici aussi, un tarif unisexe conduira inévitablement à un tarif plus élevé par l'incorporation d'une marge de sécurité: c'est ce qui se passe en France, où le marché pour ce type de produits est très réduit. Pourtant, pour des motifs politiques, les assurances de rentes mériteraient peut-être d'être davantage encouragées en leur qualité de ressources stables pour personnes agées.

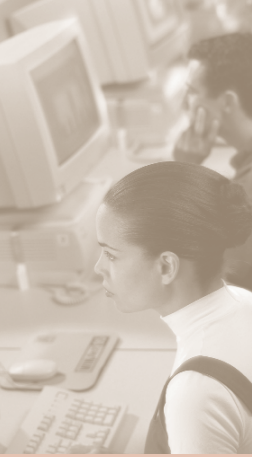
Le sexe joue aussi un rôle en assurance santé: les différences de prix, notamment en assurance "revenu garanti" qui pour nombre d'indépendants constitue une véritable bouée de sauvetage, atteignent quelques dizaines de pour cents et la question se pose de savoir si les clients voudront encore se protéger si le prix de cette protection devait subitement grimper.

Pour ces raisons, la directive conduit à des marchés moins efficaces et, globalement, à des primes inutilement plus élevées.

OÙ EST LÉ GALITÉ?

Il est par ailleurs curieux de constater que la proposition, qui accorde peu d'attention à la manière dont le marché réagira à toutes ces fluctuations, incite les assureurs à tenir compte d'autres facteurs. Et il est vrai que non seulement le sexe, mais également la catégorie sociale, le mode de vie et le domicile sont des indications pertinentes de l'espérance de vie, de la probabilité de décès, du profil de santé, etc. Abstraction faite de la question de savoir si l'application de tels critères ne conduira pas les assureurs à recueillir des informations liées à la vie privée, on peut se demander s'il est souhaitable politiquement de prévoir des primes différentes selon que l'assuré est un cadre aisé vivant dans une banlieue verte ou un ouvrier moins chanceux vivant dans un quartier défavorisé. La proposition de Mme Diamantopoulou s'inspire d'un rêve où toute discrimination est bannie. Mais quelle réalité nous prépare-t-on?

WAUTHIER ROBYNS
suit les dossiers européens pour l'UPEA



ANNEXE 3

EXTRAIT RAPPORT ANNUEL DE 1996

▼ Suivi de la recommandation sur l'exclusion de l'état préexistant de l'assuré.

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 4

EXTRAIT RAPPORT ANNUEL DE 2000

▼ 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[30].

Cette convention a le 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.

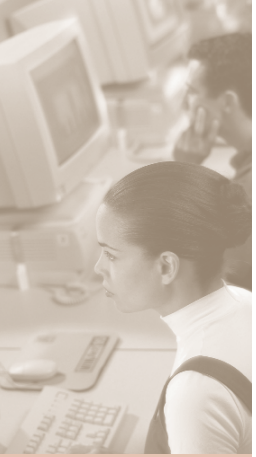
Il n'y va pas d'un montant important (± 1.000 BEF), mais une position unanime du secteur aurait le mérite de la clarté.

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[31] "de la convention chargée d'étudier toute modification susceptible de l'améliorer" réponde à la question.

[30] Article 5 Convention heurt de véhicule UPEA avril 1994
[31] Article 7 Convention heurt de véhicule UPEA avril 1994



ANNEXE 5

LISTE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES QUI ONT SOUSCRIT LA CHARTE

A

ACE INSURANCE
ACTEL DIRECT
AEGON SCHADEVERZEKERING
AGF BELGIUM INSURANCE
AIG EUROPE
ALLIANZ VERSICHERUNGS A.G.
ALPINA
LES AP ASSURANCES
APRA CAISSE COMMUNE D'ASSURANCE
APRA VIE
APRA ACCIDENTS
ARAG
L'ARDENNE PRÉVOYANTE
ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET D'ASSURANCES (A.P.A.)
ASSOCIATION MUTUELLE MÉDICALE D'ASSURANCES (A.M.M.A.)
ASSUBEL ACCIDENTS DU TRAVAIL
ASSUBEL COLLECTIVE ACCIDENTS
ASSURANCES DE LA POSTE
ASSURANCES DE LA POSTE VIE
LES ASSURANCES FEDERALES ACCIDENTS DU TRAVAIL
LES ASSURANCES FÉDÉRALES PENSIONS
LES ASSURANCES FÉDÉRALES VIE
LES ASSURÉS RÉUNIS
ATRADIUS
AVÉRO BENELUX SCHADE
AVIABEL (COMPAGNIE BELGE D'ASSURANCES AVIATION)
AXA BELGIUM

B

BELSTAR ASSURANCES

C

CDA
CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
CITILIFE
CORONA

D

DAS PROTECTION JURIDIQUE
DELPHI
DELTA LLOYD LIFE
DEXIA INSURANCE
DKV BELGIUM

E

ELVIA ASSURANCES VOYAGES
ETHIAS ACCIDENTS DU TRAVAIL
ETHIAS DROIT COMMUN
ETHIAS INCENDIE
ETHIAS VIE
EUROMEX
EUROP ASSISTANCE BELGIUM
EUROPEENNE MARCHANDISES ET BAGAGES (L'EUROPEENNE)

F

FIDEA
FONDS DE GARANTIE VOYAGES
FORTIS AG
LES ASSURANCES DE FORTIS BANQUE (FB ASSURANCES)
FORTIS CORPORATE INSURANCE

G

GENERALI BELGIUM

H

HAGELUNIE
HAMBURG-MANNHEIMER
HANNOVER INTERNATIONAL INSURANCE

I

ING INSURANCE
INTER PARTNER ASSISTANCE

K

KBC ASSURANCES

L

LION BELGE

M

MAGDEBURGER FEUERVERSICHERUNG GES.
MERCATOR ASSURANCES
MITSUI SUMITOMO INSURANCE CO. (EUROPE)
MONEY MAXX (SPAARBELEGKAS N.V.)

N

NATIONALE SUISSE ASSURANCES
NAVIGA-MAURETUS
NORWICH UNION LIFE AND PENSIONS LTD

O

OHRA BELGIUM

P

PARTNERS ASSURANCES
PIETTE & PARTNERS (PNP)
P&V ASSURANCES
P&V ASSURANCES CAISSE COMMUNE
PROVIDIS

R

ROYAL & SUN ALLIANCE (GLOBAL LTD.)

S

SAFE INSURANCE
SATREX
SBAI MONDIAL ASSISTANCE
SECURA
SECUREX ASSOCIATION D'ASSURANCE MUTUELLE
SECUREX - CAISSE D'ASSURANCES ACCIDENTS DU TRAVAIL
SECUREX VIE
SIRIUS INTERNATIONAL INSURANCE CORPORATION, BELGIAN BRANCH
SWISS LIFE BELGIUM

T

TOTAL PENSIONS BELGIUM
TOURING ASSURANCES
TVM BELGIQUE

U

UAB

V

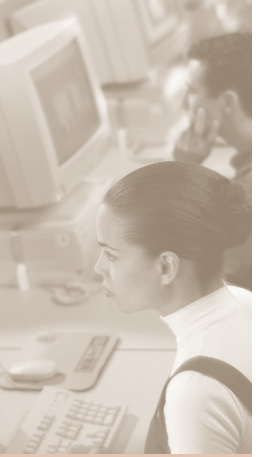
VIVIUM
VIVIUM LIFE

W

WINTERTHUR-EUROPE ASSURANCES

Z

ZA ASSURANCES
ZELIA
ZURICH INTERNATIONAL BELGIQUE



ANNEXE 6

LISTE DES MEMBRES DE LA CONCERTATION PERMANENTE DES MÉDIATEURS ET OMBUDSMANS (CPMO)

Ombudsman des Assurances
Madame Josette Van Elderen
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
Tel.: 02/547.58.71 Fax: 02/547.59.75
e-mail: info@ombudsman.as

Service de médiation communale de la Ville de Charleroi
Monsieur Jean-Luc Labbé
Rue Léopold 41
6000 Charleroi
Tel.: 0800.10.203 Fax: 071/30.45.34
e-mail: mediateur@charleroi.be

Service de médiation communale de la Ville de La Louvière
Monsieur Philippe de Suraÿ
Rue de La Loi 22
7100 La Louvière
Tel.: 0800/95.265 Fax: 064/27.80.03
064/27.80.02
e-mail: ombudsman@lalouviere.be

Médiateur de la Communauté française
Madame Marianne De Boeck
Rue des Poissonniers 11-13 boîte 7
1000 Bruxelles
Tel.: 02/548.0070 Fax: 02/548.00.80
e-mail: courrier@mediationcf.be

Collège des médiateurs fédéraux
Monsieur Pierre-Yves Monette
Médiateur Fédéral
Rue ducale 43
1000 Bruxelles
Tel.: 02/289.27.27 Fax: 02/289.27.28
e-mail: email@mediateurfederal.be

Service de médiation de Federgon
Monsieur Dominique Vincke
Avenue de l'Héliport 21 bte 7
1000 Bruxelles
Tel.: 02/20338.03 Fax: 02/203.42.68
e-mail: ombudss@federgon.be

Service de médiation pour le secteur financier
Monsieur Paul Caeyers
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
Tel.: 02/545.77.79 Fax: 02/545.77.70
e-mail: ombudsman@Ombfin.be

Service Ombuds de l'Orbem
Madame Bénédicte Deneys
Boulevard Anspach 65
1000 Bruxelles
Tel.: 02/505.16.28 Fax: 02/505.15..96
e-mail: ombuds@BGDA.be

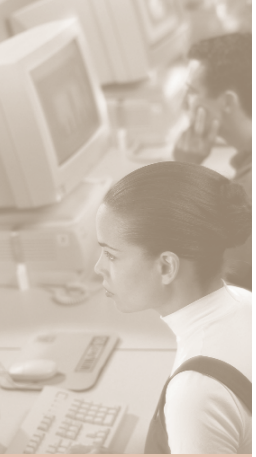
Service de médiation des pensions
Monsieur Jean Marie Hannesse
WTC III Boulevard Simon Bolivar 30 boîte 5
1000 Bruxelles
Tel.: 02/274.19.90 Fax: 02/208.31.43
e-mail: ombud.pen@skynet.be

Service de médiation auprès de la Poste
Monsieur Xavier Godefroid
Rue Royale 97 (2e étage)
1000 Bruxelles
Tel.: 02/221.02.30 (f) Fax: 02/221.02.44
02/221.02.40 (d)
e-mail: courrier@ombudsman.post.be

Service de médiation de la Région Wallonne
Monsieur Fréderic Bovesse
Rue Lucien Namèche 54
5000 Namur
Tel.: 0800/19199 Fax: 081/32.19.00
081/32.19.11
e-mail: courrier@mediateur.wallonie.be

Service de Médiation auprès de la SNCB
Monsieur Jean-Marc Jeanfils
Cantersteen 4
1000 Bruxelles
Tel.: 02/ 525.40.01 Fax: 02/525.40.10
e-mail: mediateur@B-Rail.be

Service de médiatioin pour les Télécommunications
Monsieur Jean-Marc Vekeman
Place des Barricades 1
1000 Bruxelles
Tel.: 02/223 06 06 Fax: 02/219 77 88
e-mail: plaintes@mediateurtelecom.be



ANNEXE 7

LISTE DES MEMBRES DE FIN-NET (CEE)

Liste des ombudsmans/médiateurs de Belgique associés à FIN-NET

Les parties au protocole d'accord relatif au réseau FIN-NET exercent dans les pays suivants:

Allemagne	**Irlande**
Autriche	**Islande**
Belgique	**Italie**
Danemark	**Luxembourg**
Espagne	**Norvège**
Finlande	**Pays-Bas**
France	**Portugal**
Grande-Bretagne	**Suède**
Grèce	

Les représentants belges sont les suivants:

Assurances

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles
Tél: 02/547.58.71
Fax: 02/547.59.75

Banques, Bourse, Crédit

Service de Médiation
Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles
Tél: 02/545.77.70
Fax: 02/545.77.79

La Poste

(Services financiers – BANQUE de LA POSTE – ASSURANCES de LA POSTE)

Ombudsman auprès de LA POSTE
WTC II - Chaussée d'Anvers, 59
1000 Bruxelles
Tél: 02/204.81.00 (FR)
02/204.82.00 (NL)
02/204.83.00 (D)
Fax: 02/204.84.00

NOTES

Ombudsman

Josette Van Elderen

Assistants

Hans Claes Tél: 02/547.58.73

Nathalie Peetroons Tél: 02/547.58.74

Robert Reuter Tél: 02/547.58.72

Secrétariat

Bibiane Onsea

Square de Meeûs, 35

B-1000 Bruxelles

Tél: 02/547.58.71

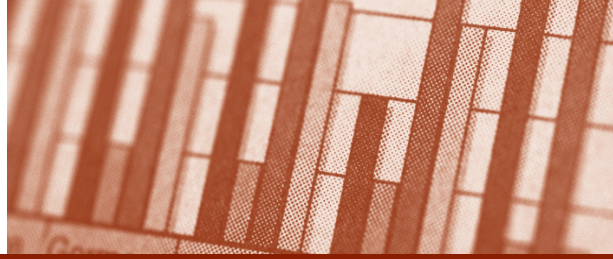
Fax: 02/547.59.75

E-mail: info@ombudsman.as

Website: www.ombudsman.as

D-2004-0377/3

DESIGN: TERTIO



Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles

www.ombudsman.as