Rapport Annuel

2004

Ombudsman des Assurances

Ombudsman
des Assurances

Rapport Annuel 2004

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION

La catastrophe de Ghislenghien 3

II. CONTEXTE LEGISLATIF

▼ L'arrêté royal Vie du 14 novembre 2003 5

▼ La suppression des franchises obligatoires en Incendie et RC familiale et les délais de règlement en incendie prévus par la loi du 9 juillet 2004 5

▼ Les différents projets de loi relatifs aux assurances soins de santé complémentaires 6

▼ La directive européenne sur le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes 6

III. STATISTIQUES ET ANALYSE

Plaintes introduites en 2004 12
- **Aperçu des plaintes 2000 - 2004** 12
- **Répartition par groupe** 13
- **Evolution du nombre des plaintes par groupe** . 13
- **Répartition linguistique** 13
- **Qui introduit une plainte?** 14
- **De quel type d'assurance se plaint-on?** 15
- **De quoi et pourquoi se plaint le consommateur?** 16
- **Résultats** 17

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances 21
- **Nombre de plaintes** 21
- **Qui introduit une plainte?** 22
- **De quel type d'assurance se plaint-on?** 23
- **De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branches non Vie?** 24
- **De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branche Vie?** 34
- **Résultats** 40

Plaintes à l'encontre des intermédiaires . . . 43
- **Nombre de plaintes** 43
- **Qui introduit une plainte?** 44
- **De quel type d'assurance se plaint-on?** 44
- **De quoi et pourquoi se plaint-on?** 45
- **Résultats** 48

Plaintes à l'encontre de Datassur 51
- **Nombre de plaintes** 51
- **Qui introduit une plainte?** 52
- **De quel type d'assurance se plaint-on?** 52
- **De quoi et pourquoi se plaint le consommateur?** 53
- **Résultats** 54

IV. RECOMMANDATIONS

▼ Suivi des recommandations 55
▼ Recommandations 2004 56

V. CONCLUSIONS 63

VI. LISTE DES CAS D'INTERVENTION . . . 66

VII. ANNEXES

1. Recommandations antérieures 67
- **Branche Maladie-Soins de Santé** 67
- **Branche hospitalisation: éviter le vide de couverture** 67
- **Assurance-Vie: participations bénéficiaires** 67
- **Assurance-Vie** 68
- **Assurances hospitalisation: l'adaptation tarifaire progressive** 68

2. Liste des entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte 71

3. Membres de Fin-net (UE) 73

INTRODUCTION

I

La catastrophe de Ghislenghien

Nul ne peut évoquer l'année 2001 sans songer aux attentats du 11 septembre et à l'effondrement des tours du World Trade Center à New York.

L'année 2004, pour la Belgique, restera malheureusement marquée par la catastrophe de Ghislenghien.

Au milieu de l'été, une conduite de gaz explose. Cette explosion cause d'énormes dégâts et fait de nombreuses victimes. Des familles ont vu leur vie basculer par la perte d'un des leurs ou par les conséquences des blessures subies par l'un ou plusieurs de leurs membres.

Cet accident a bouleversé tout notre pays. Comment d'ailleurs rester indifférent à de tels drames...! De tous les côtés, on s'est mobilisé pour venir en aide et soutenir les proches.

Pour leur part, les entreprises d'assurances, principalement les assureurs qui couvrent les accidents du travail, ont également pris des mesures afin non seulement de respecter leurs engagements mais également de porter assistance aux personnes concernées. Il faut cependant regretter qu'elles n'en aient pas mieux informé le grand public et qu'elles n'aient pas pu centraliser leurs efforts.

Blessées, démunies, affaiblies, les victimes auraient pu être soulagées des tracasseries administratives et des soucis financiers si elles avaient pu frapper à une seule porte.

Et l'on voit poindre la faiblesse d'un secteur d'activités: **la communication**.

Or, le secteur apporte beaucoup à la société et pourrait certainement élargir son rôle sociétal en le faisant savoir.

Le monde politique n'a-t-il d'ailleurs pas joué sur ce manque d'information et de communication pour s'autoriser à contraindre les entreprises d'assurances à faire un don rien qu'aux non assurés? En RC, la situation d'attente ne répond pas aux besoins de la société. C'est sur cette base – déficience du cadre légal ou offre inadaptée, que l'émotion l'emporte sur la rationalité.

Si l'on ne peut que se réjouir pour ces victimes qui en sont les bénéficiaires, on ne peut rester indifférent aux autres victimes. Il y a en effet des personnes qui, lésées suite à cet accident sont assurées mais uniquement dans certaines limites.

De manière bien plus large, il y a d'autres victimes isolées qui rencontrent des difficultés équivalentes suite à des circonstances tout aussi dramatiques et étrangères à leur volonté et qui, elles, se trouvent démunies de toute aide...

Ce qui d'ailleurs fait dire à Monsieur De Smet, professeur à Vlekho [1]: "les victimes de Ghislenghien ont eu pour ainsi dire la chance d'avoir la presse, contrairement à beaucoup d'autres qui ne reçoivent pas la même attention."

[1] Assurinfo n°32 – 7 octobre 2004

Malheureusement le monde n'est pas à l'abri d'autres catastrophes. Il est évident que l'entraide doit exister. Mais le secteur est clair, la presse l'a d'ailleurs largement repris: "plus jamais ça!". Certes, car la protection des victimes doit être organisée par le gouvernement en collaboration avec le secteur des assurances. Ils doivent prendre les mesures adéquates pour établir une **solidarité sociétale** mais aussi informer le citoyen sur les risques inhérents à la vie en société et le responsabiliser et l'encourager à se tourner vers des solutions, des mesures de prévention, des produits d'assurances, qui permettent d'en limiter les conséquences.

Néanmoins, lorsque l'événement survient, les entreprises d'assurances qui s'engagent à remplir leurs obligations doivent en outre se concerter pour mieux organiser l'écoute, le soutien, l'assistance des victimes. Ainsi, elles devraient se pencher sur les modalités pratiques qui permettraient d'agir immédiatement en synergie entre les différents acteurs du secteur afin d'établir le dialogue et d'organiser l'accueil des victimes et de leurs proches pour qu'elles se sentent assistées. N'ont-ils d'ailleurs pas à cet égard des spécialistes en la matière qui pourront les aider dans de telles démarches?

L'Union professionnelle des entreprises d'assurances, Assuralia, l'a bien saisi.

Ainsi, le porte-parole des assureurs a répondu aux questions lors de la réunion organisée par la Cellule de coordination de l'information et de l'assistance aux victimes de Ghislenghien le 27 novembre 2004 [2].

La Fondation Ghislenghien s'est adjoint les services d'assureurs Protection Juridique pour les victimes.

Mais de façon plus générale, ces membres en ont fait un volet prioritaire des actions de la commission communication et information en lui demandant de mettre au point une **politique de communication en cas de sinistres majeurs** [3].

La catastrophe de Ghislenghien restera un événement bouleversant qui, cependant, aura sensibilisé le secteur, les autorités et le grand public sur les faiblesses du système d'indemnisation actuel face à une telle tragédie.

[2] Assurinfo n°40 – 9 décembre 2004
[3] Assurinfo n°37 – 18 novembre 2004

CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTATION

II

L'arrêté royal Vie du 14 novembre 2003.

Le 1er janvier 2004, le nouvel arrêté royal qui réglemente la branche Vie est entré en vigueur bien que ce n'est qu'en janvier 2005 que l'ensemble des dispositions ont été mises en application.

Cette nouvelle disposition légale a pour but de protéger le consommateur en mettant l'accent sur la transparence des informations.

En 2004, elle n'a pas encore eu d'incidence sur les plaintes introduites en assurance Vie individuelle puisqu'elle porte essentiellement sur les informations à fournir lors de la conclusion du contrat. Or, le consommateur ne s'inquiète du rendement de son placement qu'après avoir reçu les premières informations. Il peut même ne s'en préoccuper qu'au moment de la liquidation de son assurance-vie.

L'influence de cet arrêté royal sur la nature des plaintes ne pourra donc être évaluée que dans quelques années. Mais elle a le mérite d'avoir sensibilisé immédiatement les services de marketing et de développement des produits au sein des entreprises d'assurances sur l'importance de formuler clairement les messages, les textes des documents et des conditions générales.

La suppression des franchises obligatoires en Incendie et RC familiale et les délais de règlement en incendie prévus par la loi du 9 juillet 2004 [4].

Cette disposition législative opte pour la suppression du caractère obligatoire de la franchise sans cependant interdire celle-ci.

Par cette mesure, le gouvernement rencontre le principe de la liberté contractuelle et le jeu de la libre concurrence. En effet, les entreprises d'assurances et les preneurs d'assurances pourront désormais conclure à leur gré des contrats d'assurance incendie et familiale avec ou sans franchise. Si le preneur d'assurance opte pour une franchise, son montant pourra être négocié entre les parties.

Cette loi prévoit également la mise en application de l'article 2 de la loi programme du 21/03/2003 [5] relative aux inondations. Elle adapte, à effet du 1er juillet 2004, l'article 67 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre en y incluant de nouveaux délais d'indemnisation assortis de sanction tout en précisant les cas dans lesquels les délais pourront être suspendus.

A la lumière de la nature des plaintes, il est important de souligner que cette nouvelle disposition légale prévoit un délai dans lequel une expertise doit être en principe clôturée (dans les 90 jours qui suivent la déclaration de sinistre).

Le législateur a renforcé le caractère obligatoire de ces dispositions en assortissant leur non-respect de sanctions.

[4] MB du 22 juillet 2004
[5] MB du 15 juillet 2003

Les différents projets de loi relatifs aux assurances soins de santé complémentaires.

Lors de leur Conseil extraordinaire tenu à Raversyde en mars 2004, les ministres ont pris quatre orientations en matière d'assurance soins de santé complémentaire:

- La première est de garantir une couverture pour la vie entière des assurances-maladie au sens large (assurances hospitalisation, assurances incapacité, assurances revenu garanti, assurances dépendance, ...)
- La deuxième est de régler la problématique de la couverture de l'état préexistant. Le Conseil des ministres a décidé que l'assureur pourra encore invoquer l'état préexistant mais, pendant un délai maximum de 2 ans, pour refuser son intervention.
- La troisième concerne le droit à la poursuite sur le plan individuel d'une assurance collective de soins de santé.
- Le dernier volet porte sur l'accès aux assurances des personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que des personnes handicapées. Le projet vise également les assurances Vie de type solde restant dû.

Afin de transposer en texte légal des solutions concrètes, un groupe de travail, sous la direction du ministre de l'Economie, a été mis sur pied.

La directive européenne sur le principe de l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes [6].

La directive sur l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès aux biens et services a été formellement adoptée par le Conseil européen.

Son champ d'application couvre l'assurance et les services financiers connexes.

En vertu de cette disposition, tout traitement moins favorable à un sexe ou l'autre est interdit sauf s'il est fondé sur une justification objective, étayée par des références statistiques requises.

Les Etats membres disposent de trois ans à compter de la publication (jusqu'en 2007) pour la transposer dans leur droit national. Cependant, toute différenciation liée à la grossesse et à la maternité devra disparaître dans les deux années qui suivent. Assuralia plaide pour que le régime autorisant les dérogations soit repris dans le texte légal belge. Le Ministre de tutelle adhère à cette position.

La Commission des assurances a émis un avis sur la mise en œuvre du principe consacré par la directive.

[6] *Journal officiel des Communautés européennes du 21 décembre 2004*

Bernard Dubuisson
Président de la commission des assurances

Liberté tarifaire et droits fondamentaux: une équation à plusieurs inconnues

La rencontre impromptue entre l'assurance et les droits de l'homme offre un nouveau terrain où le droit paraît rattraper les stratégies économiques et commerciales mises en place par les compagnies d'assurance.

Il paraît clair aujourd'hui que les principes de non-discrimination et d'égalité de traitement des citoyens dans l'accès aux biens et aux services imposent des limites ou, au moins, des correctifs à la liberté que possède, en principe, l'assureur de déterminer les critères de sélection des candidats à l'assurance et de fixer la prime qui sera due en contrepartie de ses services. La récente affaire qui oppose Test-Achats à la compagnie DKV en offre une parfaite illustration.

Le droit a donc sa part dans ce qui fait le cœur même de l'activité d'assurance: la sélection et la tarification des risques.

Cette évolution ne peut à l'évidence être dissociée du contexte socio-économique dans lequel s'inscrit désormais l'assurance privée. Son rôle social ne fait que s'affirmer au fil du temps au fur et à mesure que se réduisent les engagements de l'Etat en matière de sécurité sociale. Dans ces conditions, un refus d'assurance, une augmentation de prime ou une résiliation du contrat peuvent devenir un facteur d'exclusion sociale.

S'il semble normal que le recul de l'Etat providence se compense par un appel croissant à l'assurance privée, il n'est pas certain que celle-ci puisse répondre sur tous les points à des exigences de plus en plus pressantes sans renoncer à ce qui fait le propre de sa technique.

Deux logiques s'affrontent en effet: la logique assurantielle qui consiste à regrouper les risques dans des catégories homogènes afin de leur affecter un prix adéquat et la logique de sécurité qui tendrait à permettre que tous les citoyens puissent accéder à l'assurance à un coût raisonnable.

Lorsque les lois du marché et de la concurrence conduisent à une sélection des risques de plus en plus rigoureuse et que l'autorégulation ne suffit plus à la canaliser, seul le législateur peut en freiner les excès en tentant de maintenir une solidarité minimale entre les bons et les mauvais risques. Ce faisant, celui-ci ne peut évidemment obliger les entreprises d'assurances à passer sous le seuil de rentabilité, car c'est alors l'offre d'assurance qui risque progressivement de disparaître.

La loi Mahoux du 25 février 2003 et la directive européenne sur l'égalité de traitement en matière d'accès aux biens et aux services sont deux instruments autorisant le contrôle des distinctions effectuées par l'assureur à l'entrée ou en cours de contrat. Si le critère de distinction utilisé est à la source d'une discrimination directe ou indirecte, il devient condamnable.

Dans le contexte de la loi Mahoux le contrôle passe par l'application de plusieurs critères cumulatifs:

- *la différence de traitement doit poursuivre un but légitime;*
- *le critère de distinction doit être objectif;*
- *la distinction de traitement doit être pertinente par rapport à ce but;*
- *la distinction de traitement doit être nécessaire;*
- *la distinction doit être proportionnée.*

Un tel contrôle purement fonctionnel laisse évidemment place à une marge d'appréciation considérable dans le chef du juge saisi du litige. En outre, il est souvent hasardeux de tirer des règles générales d'une décision de justice rendue dans un cas particulier. Il reste cependant que la démonstration par les sciences actuarielles de l'influence du critère de distinction choisi sur le nombre des sinistres observés permet peut-être d'en justifier objectivement la pertinence mais pas nécessairement la légitimité ni la proportionnalité.

Les débats qui ont lieu actuellement sur la suppression du critère du sexe en assurance sur la vie le démontrent bien.

Il importe toutefois de rester extrêmement vigilant, lorsqu'on condamne l'usage de tel ou tel critère dans le calcul d'un tarif. Par nature, aucun critère actuariel n'est exempt d'approximation et si on interdit l'usage de certains d'entre eux, il faut les remplacer par d'autres au moins aussi fiables et aussi efficaces.

Par ailleurs, une telle interdiction ne peut être prononcée qu'après une analyse précise des conséquences économiques et sociales qu'elle produira. Il n'est pas certain que celles-ci soient toujours favorables aux personnes que l'on voudrait protéger contre la discrimination. Toute improvisation doit donc être écartée dans ce domaine.

Afin d'éviter que des matières aussi fondamentales soient soumises à tous les soubresauts de la jurisprudence, une intervention législative paraît nécessaire, notamment dans le domaine des assurances maladies complémentaires.

Il ne faudrait pas en effet que l'application sans nuance du principe de non-discrimination conduise à la disparition des couvertures complémentaires en soins de santé. D'un autre côté, les compagnies actives dans ce secteur doivent comprendre que l'importance sociale de l'assurance complémentaire requiert des mesures de protection des assurés afin de garantir l'accès à l'assurance au plus grand nombre à un coût raisonnable. L'assurance soins de santé complémentaire ne pourra remplir le rôle qui est le sien que si la continuité des garanties est assurée et si l'on met les assurés de tout âge et de toute condition à l'abri d'une résiliation intempestive du contrat ou d'une augmentation brutale de la prime.

Louvain-la-Neuve,
le 23 mars 2005

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? Lorsqu'il invoque plusieurs motifs, c'est le plus relevant qui est sélectionné.

▲ Le type de dossier

Les doléances qui concernent la "production" des plaintes sont séparées de celles qui ont trait au sinistre. La production implique 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 négocier. Elle 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, ce rapport distingue les plaintes pour lesquelles le plaignant a obtenu gain de cause de celles où la décision n'a pas été réformée.

Plaintes introduites en 2004

APERÇU DES PLAINTES 2000-2004

En 2004, le nombre des plaintes s'est stabilisé.

En effet, le taux de croissance est faible: 2,4%. Contrairement à l'année 2003, la légère augmentation provient essentiellement des plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances (+3,8%) alors que l'Ombudsman enregistre une baisse du nombre des réclamations à l'encontre des intermédiaires (-6%) et de Datassur (-8%).

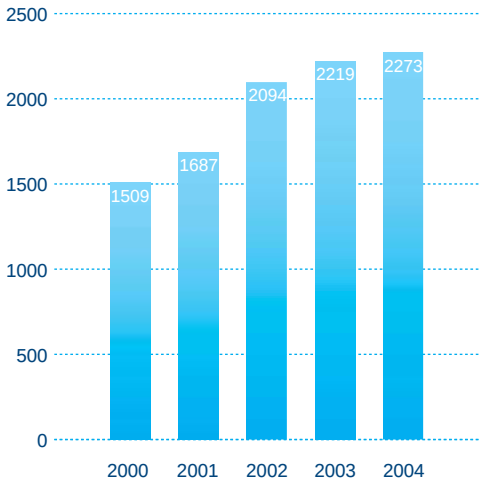
Sur cinq ans on note une augmentation de 50% marquée principalement par l'année 2002 au cours de laquelle on avait enregistré 24% de croissance.

Celle-ci résultait principalement des insatisfactions nées chez les assurés suite aux mesures d'assainissement des portefeuilles d'assurances non-Vie prises par la plupart des entreprises d'assurances.

La cause essentielle de la croissance est la notoriété de la fonction de l'Ombudsman en général et plus particulièrement de celle de l'Ombudsman du secteur des assurances. Les médias sont le meilleur relais du rappel de son existence.

A côté des plaintes écrites qui font l'objet des statistiques, il y a un grand nombre d'appels téléphoniques. L'Ombudsman doit être accessible. Son intervention se veut rapide, efficace, pragmatique. Par l'écoute attentive et une réponse ciblée, le consommateur a une réponse directe à son problème, son souci, son inquiétude. Ce filtre permet de stabiliser le nombre des plaintes écrites mais il influence la nature des plaintes prises en gestion.

On assiste en effet à une complexité croissante des plaintes introduites qui nécessitent des compétences



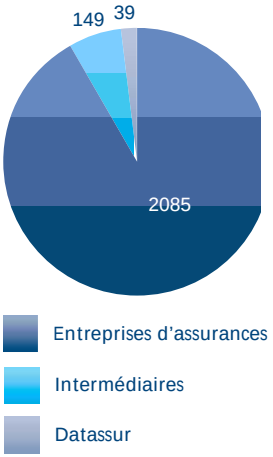
plus pointues, des recherches doctrinales et jurisprudentielles plus fréquentes et fouillées. Les négociations sont également plus laborieuses. La créativité qui permet la recherche de solutions alternatives doit être soulignée.

L'Ombudsman constate également qu'en plus des nouvelles plaintes introduites en 2004, des plaignants reviennent de plus en plus souvent pour un même dossier car ils rencontrent une nouvelle difficulté.

En effet, l'Ombudsman a pour mission de renouer le dialogue, de débloquer une situation sans se substituer aux autres acteurs éventuellement impliqués tels que les conseillers en assurance, les assureurs "Protection Juridique" et les avocats.

Ainsi, par son intervention, l'Ombudsman obtient par exemple une contre-expertise, la conclusion d'une convention d'expertise médicale amiable ou le paiement d'une provision. Mais, à ce stade elle va clôturer son intervention bien que le dossier ne soit pas entièrement réglé. Aussi, si par la suite d'autres difficultés surgissent, le plaignant revient vers l'Ombudsman et lui demande de réactiver son intervention.

RÉPARTITION PAR GROUPE



ÉVOLUTION DU NOMBRE DES PLAINTES PAR GROUPE

La grande majorité des réclamations concernent les entreprises d'assurances (91,7%).

Depuis 2002, l'Ombudsman est également compétent pour les plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances et de Datassur.

Le nombre des réclamations les concernant reste modeste par rapport à l'ensemble des plaintes. En 2004, ce nombre a même légèrement diminué par rapport à 2003. Ces doléances ne représentent respectivement plus que 6,6 et 1,7%.

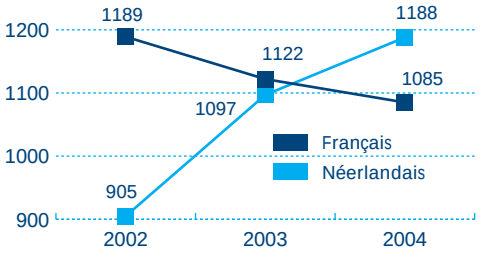
Le faible nombre de doléances à l'encontre des intermédiaires s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet de désamorcer tout conflit.

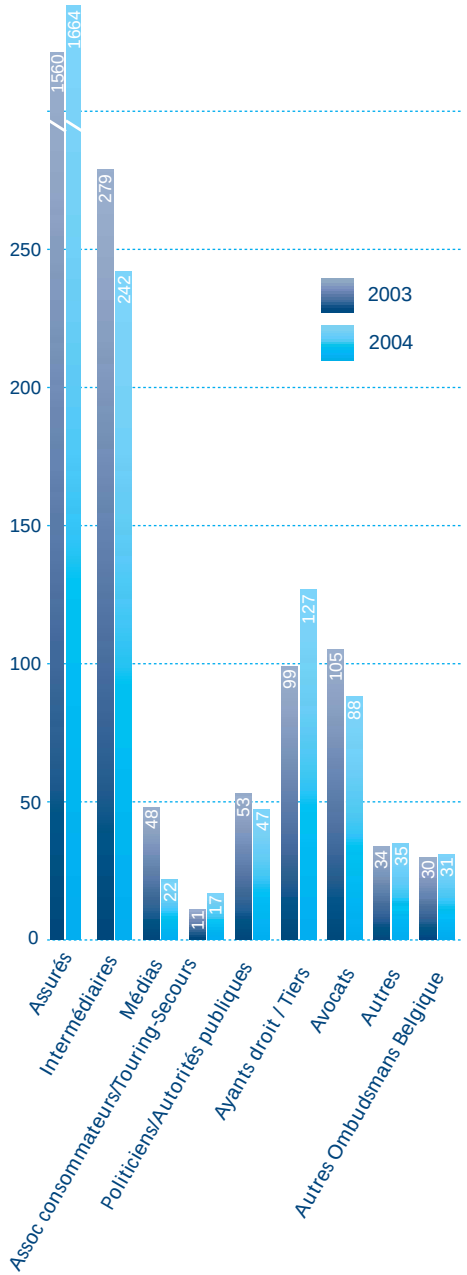
Pour Datassur, le faible nombre de plaintes résulte de l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première ligne: l'Ombudsman n'y intervient qu'en degré d'appel.

RÉPARTITION LINGUISTIQUE

Durant des années, à l'image de 2002, le nombre des plaintes introduites en langue française était nettement supérieur (+/- 55%).

En 2004, la tendance s'inverse, avec un nombre de doléances en néerlandais légèrement supérieur. Globalement les plaintes en langue française ont baissé et l'augmentation provient des plaintes néerlandophones (+8%). C'est, principalement, dans certaines branches que l'on enregistre une hausse des réclamations en langue néerlandaise. Ainsi elles représentent 70% en assurance Soins de santé, 57% en assurances Vie et 53% en Protection Juridique.





QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

La majorité des plaintes (73%) sont introduites par les assurés et donc les clients des entreprises d'assurances et des conseillers en assurances.

En 2004, les intermédiaires et les avocats ont introduit moins de réclamations.

Par contre, l'Ombudsman enregistre une hausse sensible des plaintes introduites par les ayants droit. Elles représentent 2,6% en 2003 et 5,6% en 2004 (pour explications voir supra p. 22).

Il faut relever que 8% des plaintes ont été introduites par le formulaire repris sur le site Internet.

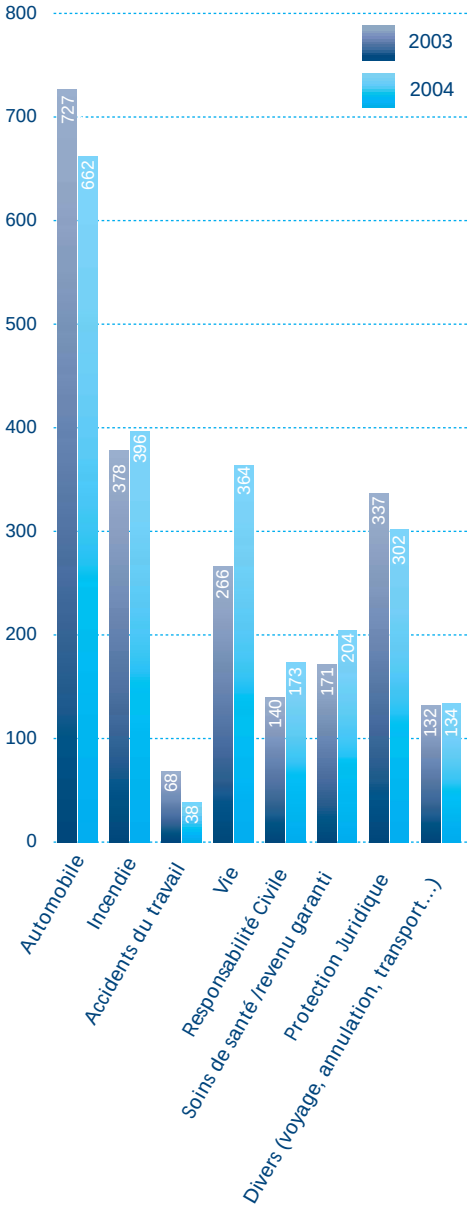
DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

L'Ombudsman enregistre globalement une hausse du nombre des doléances principalement dans les branches Vie (+ 37%), Incendie (+ 5%), et Soins de santé (+ 19%).

Par contre, les plaintes sont en baisse de 9% dans la branche Automobile et de 10% dans la branche Protection Juridique.

Quand le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour se plaindre d'un conseiller en assurances, c'est principalement dans les branches Automobile, Incendie et Vie (dont 30% des plaintes en "branche 23").

Les réclamations relatives à l'enregistrement dans les fichiers de Datassur concernent pour 70% environ la Responsabilité Civile Automobile.



DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

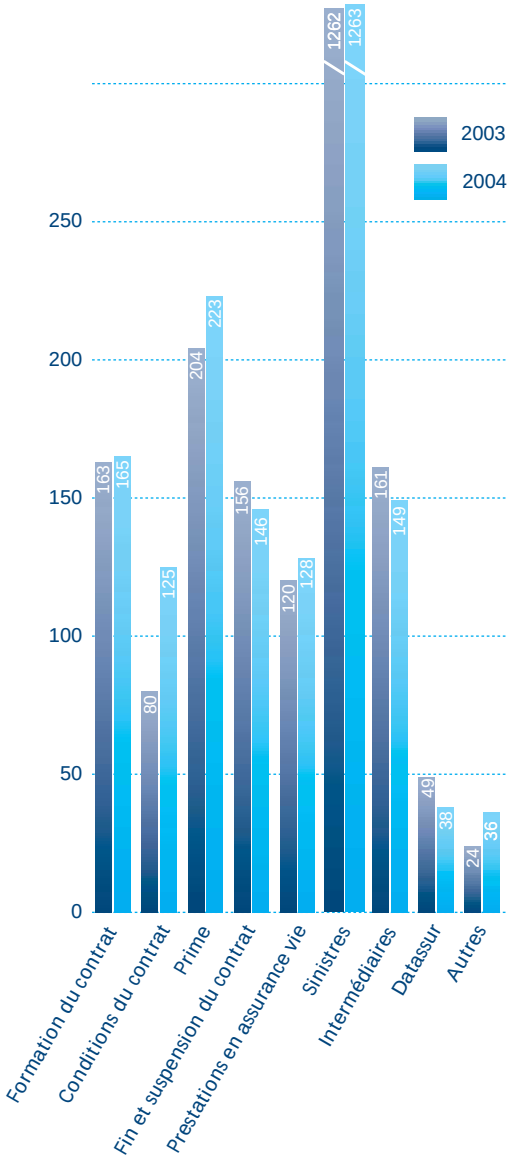
L'analyse des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances sous l'angle des motifs pour lesquels elles sont introduites fait apparaître que la hausse résulte des plaintes relatives à l'ensemble des opérations liées à la production des contrats d'assurances (+5%). Le consommateur conteste les conditions sous lesquelles l'entreprise d'assurances accepte de couvrir le risque, il s'interroge sur la prime qu'elle l'invite à payer, qu'il s'agisse de l'augmentation du tarif, de son mode de calcul ou tout simplement du montant qui lui est réclamé.

Ce type de réclamations concerne dans 3% les attestations de sinistre nécessaires à la conclusion d'un contrat Responsabilité Civile Automobile.

En matière de sinistre, le consommateur se plaint moins des retards de gestion (-29% en 2 ans) et de la gestion passive en Protection Juridique (-40% en 2 ans) mais bien plus (+37% en 2 ans) du défaut de justification ou d'information.

Les plaintes introduites à l'encontre des intermédiaires qui portent sur les paiements ont en revanche doublé.

Quant aux plaintes à l'encontre de Datassur, ce sont toujours les inscriptions pour les non-paiements qui font l'objet de plus de contestations.

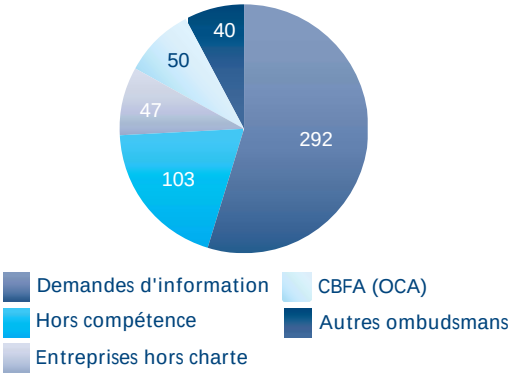


RÉSULTATS

Sur 2.273 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 532 plaintes soit **23%** n'ont **pas** fait l'objet de **négociations**.

Parmi ces doléances, 50 ont également été introduites auprès de la CBFA (Commission bancaire, financière et des assurances).

En vertu d'un accord existant entre les deux instances encore en vigueur en 2004, l'Ombudsman des assurances va, dans cette hypothèse, se dessaisir de la plainte et laisser à cet organisme le soin de l'instruire.



Le nombre de **demandes écrites d'information** a encore augmenté durant l'année 2004 (+20%) pour représenter 13% du nombre des réclamations écrites.

Le consommateur cherche de plus en plus à obtenir des renseignements ou de se faire confirmer par une instance neutre et objective l'exactitude de ceux dont il dispose.

L'ensemble des services ombudsman et de médiation du secteur public et privé notent ce besoin d'information du consommateur.

Dans le prolongement de ces demandes de renseignements il y a non seulement les appels téléphoniques, mais aussi les consultations spontanées du site Internet et plus particulièrement celui du volet des questions fréquemment posées **"FAQ"**.

On a constaté quelque 30.000 consultations dont un tiers concerne la branche automobile et plus précisément deux questions relatives au bonus malus et à l'indemnisation en cas de perte totale économique.

Ensuite, l'intérêt porte sur la branche accidents du travail.

Plus de 500 visiteurs se sont intéressés à la question qui porte sur les caractéristiques et les différences entre les produits Vie.

Consultation des "FAQ" **Branche**	
Voiture	10.187
Vie	5.174
Accidents du travail (depuis 04/06)	4.081
Incendie	2.341
Hospitalisation	1.672
Datassur	1.443
Familiale	1.421
Général	1.145
Fonds commun	1.053
Protection Juridique	927
Revenu Garanti	177
Total	**29.621**

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 (47), 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 (40).

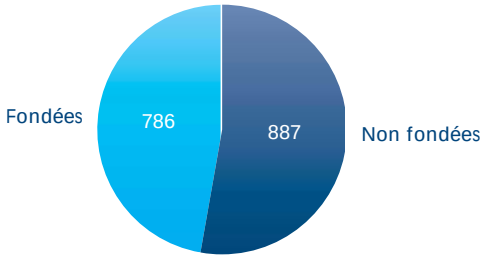
Parmi les 2.273 plaintes, 1.673 plaintes ont fait **l'objet de négociations** et **53%** des plaintes étaient **non-fondées**. Le résultat est moins favorable que celui enregistré en 2003 où 55% des plaintes étaient non-fondées.

Ce résultat est positif même si la balance de 2004 retrouve sa position de 2002.

Cependant, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, l'assuré qui n'aura pas obtenu gain de cause recevra les explications et les justifications objectives du bien-fondé de la position de l'entreprise d'assurances. Ainsi, l'Ombudsman pallie à un défaut dans la communication et elle reçoit aussi des remerciements car elle enlève chez le plaignant les doutes, les frustrations, les obscurités, ...

Par contre, dans 47% des cas, l'Ombudsman a pu donner entière satisfaction au plaignant.

Au 28/02/2005, **104** dossiers sont encore **ouverts**.



Résultats	2002	2003	2004
Fondé	47%	45%	47%
Non fondé	53%	55%	53%

ENTREPRISES D'ASSURANCES

ENTREPRISES D'ASSURANCES

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

NOMBRE DE PLAINTES

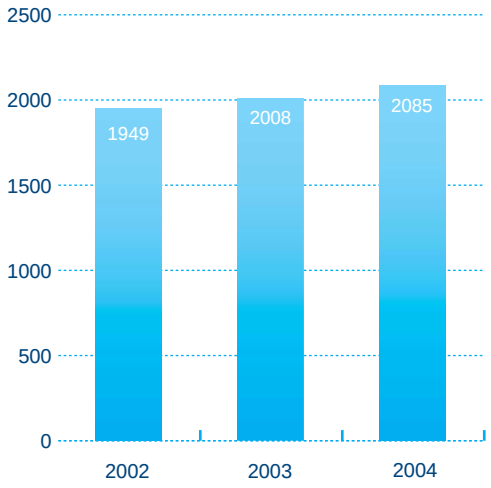
En 2004, le nombre des plaintes est de 2085 et a augmenté de 3,8%.

On enregistre une relative stabilité depuis 2002, année où un grand nombre d'entreprises d'assurances ont mené une politique drastique sur la qualité des risques à souscrire et à maintenir dans leurs portefeuilles.

Depuis lors, soucieuses de garantir l'équilibre de leurs résultats techniques (le rapport entre la charge des sinistres et le montant des primes), elles ont maintenu une politique de surveillance suivie des contrats. Ainsi, depuis 2002, les réclamations relatives à la production représentent environ 37% alors que durant les années précédentes elles figuraient pour moins de 30%.

Parmi les entreprises d'assurances, l'Ombudsman a inscrit un nouveau membre, le **"Bureau de tarification"**, mis sur pied en novembre 2003 pour la souscription des "risques difficiles" en application de la loi sur l'assurance Responsabilité Civile Automobile obligatoire. Durant le premier trimestre de l'année, l'Ombudsman a enregistré 19 réclamations, dont 17 concernaient principalement les retards dans la délivrance de couverture et le manque d'information.

Après avoir résolu ses problèmes internes de gestion, le Bureau de tarification n'a plus fait l'objet de critique chez l'Ombudsman [7].



[7] *"Le Bureau de Tarification a résorbé son retard" Le Monde de l'Assurance mai 2004 n°9 p.10*

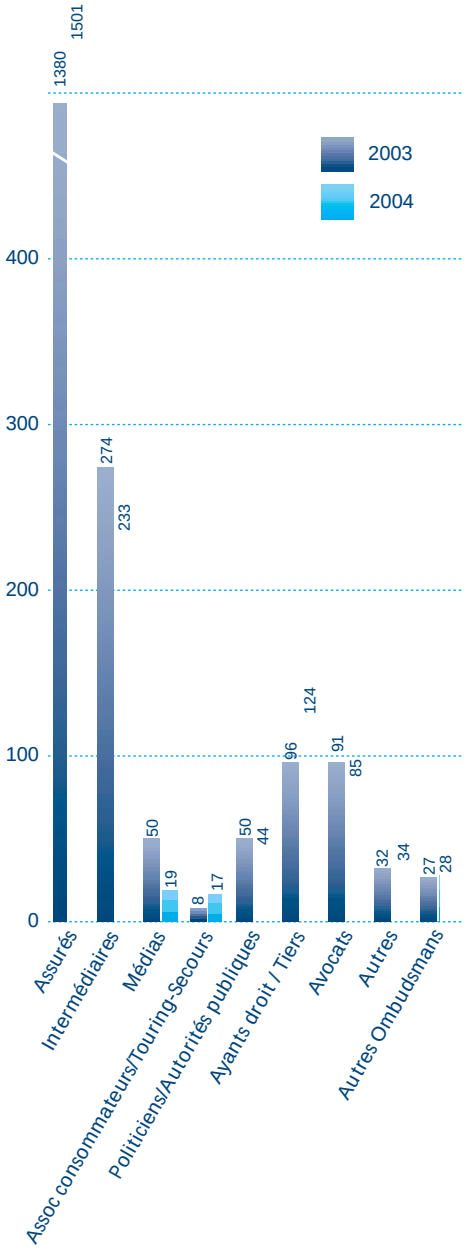
QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

Afin de déterminer la provenance d'une doléance, l'ombudsman se base sur la lettre de réclamation. Mais certains assurés ou victimes s'adressent à elle influencés par les médias, conseillés par un intermédiaire d'assurances, une association de consommateurs, un service d'aide... sans pour autant le mentionner.

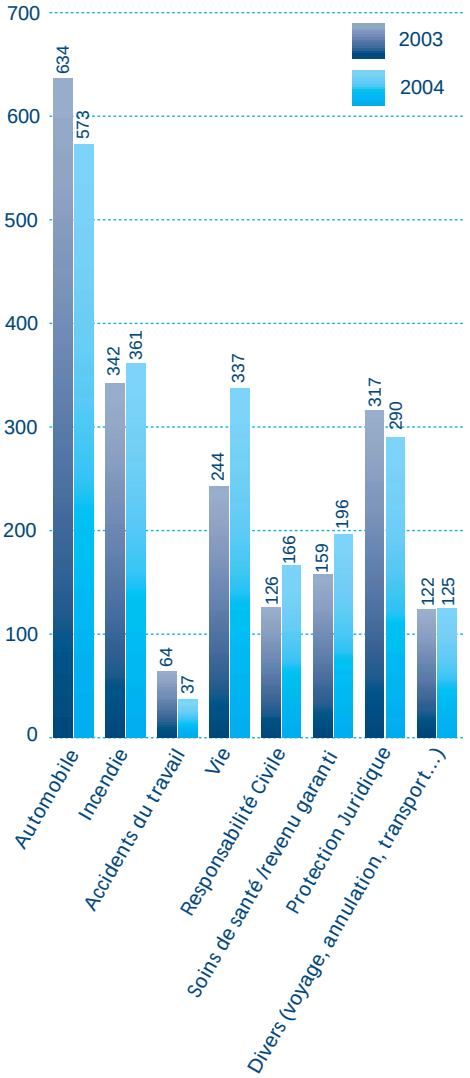
L'analyse des écrits relève que la majorité des plaintes ont été introduites par les assurés (72%) et les ayant droits (6%) alors que l'an dernier ces catégories représentaient 73%.

Les ayants droit sont les bénéficiaires ou les victimes qui bénéficient de l'intervention d'une entreprise d'assurances sur base d'un contrat souscrit par une autre personne ou une société. Cela concerne principalement des branches responsabilité civile où la victime bénéficie d'une action directe. Plus précisément, la responsabilité civile obligatoire automobile (43%), la responsabilité "Vie privée" ou familiale (19%) et la responsabilité civile des entreprises (20%). Ils se plaignent essentiellement du refus d'intervention, du défaut d'information et de justification qui représentent 59%. Les réclamations sur le montant de l'indemnité figurent pour 12%.

Les intermédiaires d'assurances ont saisi moins l'Ombudsman qui enregistre une baisse de 15% des plaintes venant d'eux et qui représentaient 14% en 2003 et 11% en 2004.



DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?



A l'instar des années antérieures, la majorité des réclamations concerne la branche Automobile et principalement la *RC Auto*. En 2003, elles représentaient 32%. En 2004, elles ne représentent globalement que 27,5% et seulement 22% pour la RC Auto. C'est dans cette branche qu'on enregistre une baisse marquante de 14%.

Le nombre de doléances en *Protection Juridique* est également en diminution: -9%. Elle concerne les assureurs Protection Juridique non spécialisés, car le nombre des plaintes à l'encontre des entreprises spécialisées est resté quasi-identique.

Protection Juridique	2002	2003	2004
Entreprises multi-branches	180	186	158
Entreprises spécialisées	137	131	132

Par contre, on enregistre une hausse sensible en branche *Vie* (+38%).

Une augmentation également dans les branches *Responsabilité Civile Exploitation et Professionnelle* (+32%). En *Soins de santé*, la croissance est de 23%: en deux ans le nombre des doléances est passé de 122 à 196.

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?

Il faut distinguer les motifs des réclamations selon qu'elles concernent une des branches non Vie ou la branche Vie. Au fil des années on enregistre de plus en plus de plaintes pour cette dernière activité. Ainsi, en cinq ans, les plaintes ont doublé.

La branche Vie représente actuellement 16%.

Branche Vie	2003	2004
Non Vie	1765	1748
Vie	243	337
Total	2008	2085

DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR EN BRANCHES NON VIE?

La majorité des doléances (soit 61%) portent sur le règlement des sinistres.

C'est un phénomène constant qui s'explique par le fait que 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.

Néanmoins, depuis trois ans, l'Ombudsman enregistre de plus en plus de plaintes sur les activités relatives à la production des contrats. Ainsi en 2001, elle enregistrait 435 plaintes. En 2004, ce nombre est de 590 soit une hausse de 36%. D'ailleurs, la croissance de 2004 résulte essentiellement des plaintes en production puisque le nombre de celles relatives aux sinistres reste identique.

▼ Quelles sont les plaintes en production?

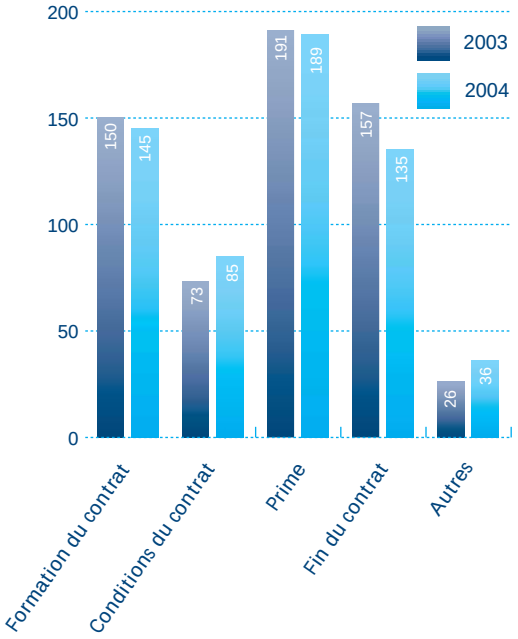
Les doléances que l'Ombudsman enregistre dans le cadre de la conclusion des contrats et de leur maintien en portefeuille résultent pour une large part des politiques de surveillance de portefeuille mises en place au sein des entreprises d'assurances. Elles écartent les risques plus difficiles et se montrent plus sélectives dans la souscription de nouveaux contrats.

Curieusement en 2004, l'Ombudsman enregistre de plus en plus de plaintes d'assurés mécontents du refus de l'entreprise d'assurances d'accepter le renon qui lui a été notifié. Il s'agit de résiliation par l'assuré suite à une augmentation de prime, suite à l'adaptation des conditions, suite à la simple volonté de changer d'assureur.

Après avoir, dans certains cas, procédé largement à des nettoyages de portefeuille, les entreprises d'assurances veulent maintenir les contrats qu'elles ont sélectionnés. Comme le relate la presse [8] "La chasse aux bons conducteurs fait rage chez les assureurs". Certaines, ainsi, s'accrochent avec rigueur aux formalités prescrites par la loi.

Elles interprètent de manière stricte les dispositions qui règlent les modalités pratiques de l'envoi d'une résiliation. Or, des erreurs ou oublis administratifs peuvent s'y glisser. Ainsi, l'absence des différentes références, des numéros de contrat concernés, l'usage du nom erroné de la compagnie après une fusion, le non respect du délai après une augmentation tarifaire, l'envoi de la lettre recommandée de résiliation à l'intermédiaire sont autant de raisons qu'invoque l'assureur pour refuser la résiliation.

Cette attitude semble paradoxale lorsque l'on constate que les entreprises d'assurances s'écartent pour des raisons pratiques et de coût, des formalités légales contraignantes. Mais vers quelle solution se tourner? A cet



[8] *La Dernière Heure 20 janvier 2005 p. 1/4*

Cas d'intervention
Quelle est la valeur d'un renon qui ne respecte pas les formalités?

Plus de 3 mois avant l'échéance de son contrat d'assurance incendie, Madame X envoie à son assureur, par les soins de son courtier, un renon par fax.

Quelques semaines plus tard, Madame reçoit une invitation à payer la prime pour l'échéance. Etonnée, elle interroge l'entreprise d'assurances. Cette dernière conteste la validité du renon.

Madame X envoie une nouvelle lettre de renon, en bonne et due forme, mais moins de 3 mois avant l'échéance du contrat.

Pour simplifier les formalités, il existe au sein du secteur une convention permettant d'envoyer des renons par fax. Il faut cependant y reprendre certaines informations. Ainsi, il faut que le courtier précise l'identité de l'assureur qui reprend le contrat. En l'espèce, cette mention fait défaut.

Dans un premier temps, l'assureur confirme son point de vue et estime que le courtier est responsable puisqu'il a omis certaines mentions.

Mais, après avoir présenté le contrat auprès du nouvel assureur, l'entreprise d'assurances a accepté la résiliation avec effet immédiat estimant, entre autres, que la relation de confiance avec son client avait disparu.

égard les acteurs du secteur ont fait des suggestions qui n'ont pu rencontrer l'assentiment des représentants des consommateurs [9].

En principe, les entreprises d'assurances en tant que sociétés commerciales sont libres de choisir les risques qui composent leur portefeuille.

Une récente législation limite cependant ce pouvoir quasi absolu: c'est la **loi anti-discrimination** [10].

La mise en application, dans le secteur de l'assurance, de cette disposition légale, de portée générale, met certaines limites à la liberté dont disposent les entreprises d'assurances de choisir les risques qu'elles souhaitent couvrir. En effet, elle prévoit une liste limitative de critères qui ne peuvent être retenus que pour autant qu'il y ait une justification objective et raisonnable sous peine d'entraîner une discrimination de traitement. Parmi ces critères, il y a l'âge, le sexe, l'état de santé actuel ou futur, un handicap ou une caractéristique physique...

Un récent arrêt de la Cour d'arbitrage a cependant supprimé ces critères estimant qu'en les reprenant, la loi elle-même introduisait une discrimination.

La mise en pratique de la loi anti-discrimination conduit à plus de transparence dans les différenciations tarifaires. Comme cette législation commence à être connue du grand public, l'Ombudsman se voit confrontée à un nouveau type de plainte. Le consommateur qui rencontre des difficultés à s'assurer, s'inquiète et souhaite connaître les motifs pour lesquels il est confronté à cette situation.

Lorsqu'il rencontre une difficulté liée à l'âge, sa plainte porte principalement sur les branches *Automobile* et *Soins de santé*.

Par contre, les réclamations qui concernent les problèmes en relation avec un état de santé (handicap, maladie chronique, maladie grave...) se rapportent généralement à la branche *Vie*.

L'Ombudsman saisie de ces doléances les analyse au cas par cas. Durant l'année, elle a constaté que, suite à certaines mesures prises à l'initiative des entreprises d'assu-

[9] *Sur la problématique des formalités dans l'échange d'informations entre le secteur et les assurés voyez l'avis de B. Dubuisson, Président de la Commission des Assurances infra p. 60*

[10] *Loi du 25 février 2003 MB 17 mars 2003*

rances, les plaignants trouvaient des solutions alternatives. Ainsi en assurance *Auto*, grâce notamment au gentlemen's agreement conclu fin 2003 entre Assuralia et la ministre Moerman, les jeunes ont pu trouver des solutions dans le contrat 29/29 (starters) et les seniors n'ont plus été automatiquement écartés en raison de leur âge.

En assurance *Soins de santé* par contre, le marché analyse l'issue finale du procès [11] que Test-Achats a intenté à l'encontre d'une entreprise d'assurances qui a appliqué, sur les polices couvrant le risque hospitalisation, une hausse de prime dont le montant varie en fonction de l'âge de l'assuré.

Lorsque l'obstacle de l'accès à l'assurance est lié à l'état de santé du candidat assuré, la situation est plus complexe car dans la structure d'acceptation des risques, d'autres acteurs interviennent: les réassureurs et les médecins experts. Sur le marché belge, en effet, les entreprises d'assurances ne disposent pas d'une pleine liberté d'action. Elles sont liées par des directives que les réassureurs imposent. Ces derniers agissant sur le plan mondial, disposent d'informations statistiques plus larges qu'ils communiquent souvent de manière insuffisante aux assureurs belges. Ceux-ci se sentent dès lors démunis pour justifier le motif de sélection qu'ils traduisent par un refus ou une surprime.

L'Ombudsman qui les interroge reçoit une information partielle, peu transparente, qui ne lui permet pas de répondre aux questions du consommateur.

Par ailleurs, comme il s'agit de données médicales, l'Ombudsman se heurte aux médecins-conseils des entreprises d'assurances qui invoquent la loi sur les droits du patient pour refuser tout échange d'informations.

Face à cette situation, Assuralia a organisé une rencontre réunissant les représentants des réassureurs et des médecins-conseils dans le but de susciter le dialogue et de les sensibiliser à cette situation délicate.

Lors de cette entrevue, les participants ont cherché à comprendre les difficultés rencontrées par les gestionnaires dans leur activité quotidienne et ils ont été sensibilisés par l'aspect de la communication avec le candidat assuré. Cette première rencontre doit être la base d'autres initiatives d'échanges en vue d'offrir des réponses concrètes aux questions soulevées.

L'Ombudsman en tant qu'interlocuteur objectif reste un interface auquel s'adresse facilement le consommateur qui se sent incompris. Elle cherche à examiner individuellement les dossiers qui lui sont soumis même si elle comprend que les assureurs pour fixer les critères d'acceptation se fondent sur des données statistiques, sur l'expérience antérieure des conséquences d'une affection ou d'un handicap et sur une généralisation de la problématique. Mais pour elle, tout candidat assuré est une personne qui présente des particularités qui doivent être analysées dans le processus de sélection pour que la décision soit la plus proche de la réalité.

L'association "Vlaams patiëntenplatform" a sensibilisé les autorités politiques à cette problématique. Le Conseil des ministres extraordinaire de Raversyde y a prêté attention et a repris dans ses conclusions les lignes directrices d'un projet de loi. Dans cette perspective, le ministre de l'Economie a mis sur pied un groupe de travail mixte (représentants des associations de patients de mutuelles, de la CBFA, des assureurs) afin de concrétiser ces conclusions et de permettre l'accès plus aisé à l'assurance.

Des plaintes similaires sont introduites au Centre de l'égalité des chances et de lutte contre le racisme.

[11] *Par le jugement du 7 mars 2005, le Tribunal de Commerce de Bruxelles a ordonné la cessation de l'augmentation tarifaire estimant qu'en cours de contrat, l'adaptation de la prime ne peut être segmentée. L'entreprise d'assurances a interjeté appel.*

Le service "Discriminations non raciales" du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR) ouvre de nombreux dossiers relatifs aux assurances. Ces dossiers concernent principalement des assurances hospitalisation et aussi solde restant dû (en 2003 et 2004).

Les plaignants sont des malades, des personnes guéries avec de séquelles. La majorité des dossiers relèvent de refus pur et simple d'assurance. Les autres concernent des surprimes.

En matière d'assurance, le CECLR ne travaille pas seulement sur base de la loi anti-discrimination. Dans ses avis aux personnes qui le contactent, le CECLR tient aussi compte de la loi sur le respect de la vie privée, de la loi sur les assurances, de la loi sur les droits des patients, des principes généraux en matière d'assurances et de contrats et de la jurisprudence récente rendue en matière d'assurance.

Qu'implique la loi anti-discrimination en matière d'assurance ...?

1) ... par rapport aux critères utilisés par les assureurs

L'assurance peut faire des différences de traitement sur base des critères de la loi anti-discrimination si elles sont justifiées de manière objective et raisonnable.

C'est-à-dire, si le but est légitime et si le critère est nécessaire, adéquat et proportionné par rapport à la situation personnelle de l'assuré, au type d'assurance à pourvoir et aux données scientifiques objectives.

Exemple

Le critère de l'état de santé actuel de l'assuré ne va pas jouer le même rôle dans le cas d'une assurance incendie, d'une assurance hospitalisation ou d'une assurance soins de santé (nécessité et adéquation du critère de détermination du risque mis en œuvre par l'assureur).

2) ... par rapport aux décisions prises par les assureurs

L'assureur a l'obligation de:

- prendre la mesure la plus juste par rapport à la situation de l'assuré,
- prendre en compte le risque réel encouru par l'assuré,
- prendre une mesure adéquate, nécessaire et proportionnée par rapport au risque réel.

Exemple

Un père de famille demande une assurance hospitalisation. La compagnie décide de couvrir toute la famille sauf un enfant atteint du syndrome de Down.

Ce refus est injustifié et disproportionné. En effet, une personne atteinte du syndrome de Down ne présente pas vraiment plus de risque d'hospitalisation qu'une autre.

La loi anti-discrimination doit amener à:

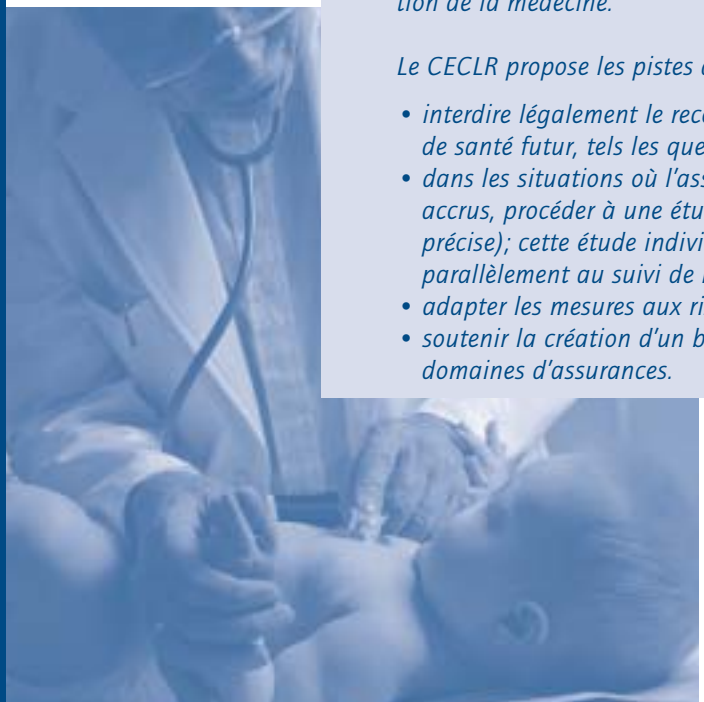
- une segmentation plus précise des mauvais risques,
- une inventivité dans les mesures prises (ex.: primes en deux temps (surprime dégressive ou annulée après une certaine période).

3) ... par rapport à la motivation des décisions

Une conséquence indirecte de la loi anti-discrimination est que la vérification du caractère objectif et raisonnable de la décision impose aux assureurs la motivation de leurs mesures au cas par cas, notamment sur base de statistiques à l'échelle nationale et non mondiale, tout en tenant compte de l'évolution de la médecine.

Le CECLR propose les pistes de réflexions suivantes:

- *interdire légalement le recours aux critères discriminants sur base de l'état de santé futur, tels les questionnaires d'anamnèse familiale;*
- *dans les situations où l'assuré est considéré comme porteur de risques accrus, procéder à une étude individualisée des risques (segmentation plus précise); cette étude individualisée devrait être réalisée de manière continue parallèlement au suivi de l'évolution de la maladie;*
- *adapter les mesures aux risques (ex.: primes "en deux temps");*
- *soutenir la création d'un bureau de tarification comme dans d'autres domaines d'assurances.*



▼ Quelles sont les plaintes en gestion de sinistres?

Si le nombre des plaintes est resté quelque peu identique, la répartition entre les motifs est quant à elle différente.

Le consommateur qui se plaint des prestations de l'assureur suite à un sinistre conteste principalement son refus d'intervention. Ce motif représente 42% des plaintes relatives aux sinistres hors Vie.

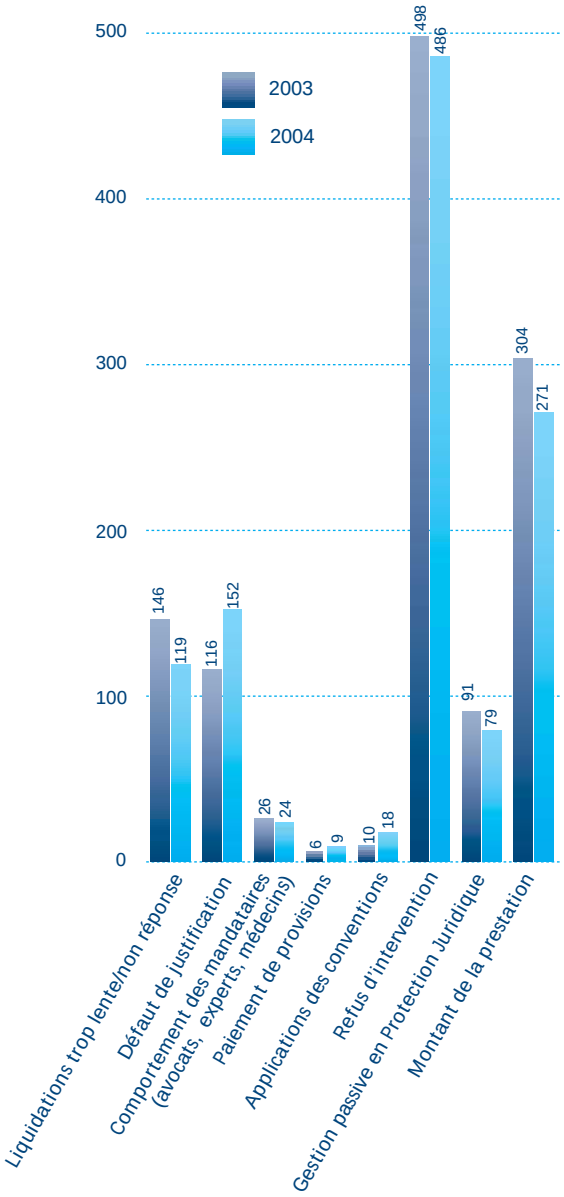
L'ombudsman enregistre une baisse sensible des plaintes relatives aux délais de gestion (liquidation trop lente et gestion passive) puisque leur nombre passe de 237 à 198 plaintes.

En revanche, elle constate une augmentation des doléances sur le défaut de justification, d'information (+31%).

- Le **refus d'intervention** est le motif, quasi unique, invoqué lorsque le consommateur se plaint d'une entreprise d'assurances couvrant la garantie Vol (auto ou habitation).

  Ce motif représente 58% des cas pour lesquels l'Ombudsman est saisie dans la branche *Protection Juridique* hors automobile ainsi que dans les sinistres relatifs aux *dégâts des eaux*.

  Dans ces derniers cas, le litige naît de l'interprétation des conditions générales au regard de l'origine et de la cause du sinistre ou de la portée à donner aux termes utilisés dans la description des garanties. Qu'est ce qu'un auvent? Qu'est-ce qu'une "construction ouverte"? Que comprennent les "installations hydrauliques"? Quelle est l'étendue du "bâtiment": le jardin est-il couvert? Le muret à l'entrée en fait-il partie? Et les allées? Quelle est la portée de la clause qui couvre le vol commis par une personne entrée "clandestinement"?



Cas d'intervention
Jusqu'où s'étend la toiture?

Dans le cadre d'un contrat "multi périls habitation", Monsieur X postule l'intervention de son assureur pour des dommages causés par une infiltration d'eau dans sa villa.

L'entreprise d'assurances désigne un expert qui se rend sur place en compagnie de l'architecte de Monsieur X.

Cette maison a la particularité d'avoir des murs légèrement surélevés par rapport à la toiture. Ses murs sont recouverts de "couvre murs".

Selon ces deux experts, l'eau s'infiltre par ces couvre murs poreux.

L'entreprise d'assurances refuse cependant d'intervenir. Elle invoque, conformément aux conclusions de son expert, que les couvre murs ne font pas partie de la toiture. Or seuls les dommages dus à des infiltrations par la toiture sont couverts. En outre, les infiltrations ne seraient pas le résultat d'un événement accidentel mais bien d'un manque d'entretien de la villa.

L'architecte de Monsieur X ne partage pas cet avis. Il fait notamment valoir que d'un point de vue technique, des "couvre murs" font partie de la couverture d'un édifice et doivent à ce titre être assimilés à un toit.

Face au refus persistant de l'assureur, l'architecte soumet la plainte de son client à l'Ombudsman.

Dans un premier temps, l'assureur maintient, pour les mêmes motifs, son refus d'intervention.

L'Ombudsman reçoit les photos de la villa et les transmet à l'assureur en lui demandant de réexaminer le dossier.

Entre-temps, l'expert de l'assureur a rendu un nouvel avis, dans lequel il rejoint désormais la position de l'architecte. Il y assimile en effet les couvre murs à une partie de la toiture. Il reconnaît en outre qu'il est difficile pour l'assureur de démontrer la vétusté de l'immeuble.

Tenant compte de ce nouveau rapport et après discussion sur la base des photos du toit de la villa, l'assureur finit par reconnaître que le dossier comporte des éléments en faveur de son assuré et il décide de l'indemniser.

Mais encore faut-il déterminer les conditions générales qui sont d'application.

Dans cette branche, les couvertures accordées par les contrats, en dehors des garanties de base prévues par la loi, sont fixées librement par les parties. Elles évoluent dans le temps en fonction de l'environnement et sous l'influence de la concurrence. Or, ces modifications, qui se font souvent sans adaptation du montant de la prime, sont communiquées par simple lettre-type, par un document résumant aux assurés les adaptations ou tout simplement par une circulaire à l'intermédiaire.

C'est pourquoi, entre le moment où l'assuré a souscrit le contrat et celui de la survenance du sinistre, les conditions générales peuvent avoir changé et même avoir fait l'objet de plusieurs versions. La plupart des entreprises d'assurances, face à ce manque de transparence, optent pour l'application des clauses les plus favorables à l'assuré. Cependant, certaines s'écartent de cette approche ou tout le moins semblent l'oublier lorsque l'enjeu du sinistre est important. Ces situations sont source de conflits.

L'ensemble de ces difficultés liées à la preuve des garanties qui sont d'application sont en lien étroit

avec d'autres problèmes qui résultent du suivi des formalités dans l'assurance [12].

Dans les assurances *"Responsabilité civile"* hors automobile, le refus d'intervention figure pour 45%.

L'entreprise d'assurances qui refuse d'indemniser la victime d'un dommage, estime que son assuré n'a commis aucune faute.

A cet égard, le rôle de l'Ombudsman n'est pas de se prononcer sur les responsabilités mais elle va examiner si l'assureur a répondu à tous les arguments et s'il a pris en considération tous les éléments de fait. Dans certains domaines, face à une jurisprudence divisée, l'Ombudsman enregistre un nombre croissant de plaintes.

Dans ces cas, l'Ombudsman veillera plus particulièrement à ce que l'assureur motive sa décision de manière circonstanciée. Elle n'hésitera pas à entamer des discussions si la motivation n'est pas pertinente.

Trop souvent cependant l'assuré oublie que selon les principes du droit, l'obligation de la preuve lui appartient. Il faut par contre que la charge de la preuve s'apprécie de manière raisonnable.

Cas d'intervention

Dans quelle mesure une administration est-elle responsable de la sécurité de ses accès au public?

Alors qu'il se rendait par temps de gel dans une administration communale, Monsieur X glisse sur le plancher verglacé de l'entrée des locaux administratifs.

Estimant l'administration responsable, Monsieur X sollicite l'intervention de son entreprise d'assurances pour le remboursement des frais médicaux exposés suite à sa chute. Celle-ci refuse en estimant que, sur la base des déclarations de Monsieur X et d'un rapport d'expertise, celui-ci a fait preuve d'imprudence en s'engageant dans l'entrée alors que le plancher était visiblement verglacé et donc dangereux.

Monsieur X saisit l'Ombudsman afin de contester les conclusions de l'entreprise d'assurances estimant qu'il n'avait d'autres moyens pour accéder aux locaux.

En l'espèce, la jurisprudence est relativement partagée sur les questions de la responsabilité d'une administration en qualité de gardien d'une chose vicieuse et de son obligation de sécurité. Il se dégage toutefois certaines tendances qu'il faut évaluer face aux particularités du cas soumis.

Le phénomène du verglas est une chose banale en plein hiver de telle sorte que l'on peut attendre que chacun prenne les précautions voulues pour sa propre sécurité. Mais en l'espèce, le passage en plancher constituait le principal accès et la disposition des lieux était telle que de l'avis de l'expert, par l'effet du verglas, il était devenu anormalement glissant.

En sa qualité de gardien des accès, l'administration n'avait rien fait pour y remédier alors que de nombreux usagers devaient l'emprunter. De plus, la situation perdurait depuis 3 ans, et elle n'avait pris aucune mesure.

En outre, aucun panneau ne signalait ce danger et aucun salage n'avait été effectué.

Suite à l'intervention de l'Ombudsman, l'entreprise d'assurances a décidé de revoir sa position et accepté un partage de responsabilité. Sur cette base, elle a proposé à Monsieur X de lui rembourser la moitié de ses frais.

[12] *Voir infra p 59*

- Par 23% des réclamations, le consommateur conteste le **montant de l'indemnité** qui lui est alloué.

  Ces plaintes représentent 26% de celles qui portent sur les contrats de la branche *Incendie*.

  L'assuré refuse l'application de la règle proportionnelle qui est la sanction prévue par la loi lorsque les capitaux assurés sont insuffisants.

  Mais, en vertu de cette même loi, l'entreprise d'assurances a l'obligation de lui présenter un système d'abrogation de la règle proportionnelle dénommé "SARP". En cas de contestation, elle doit d'ailleurs pouvoir prouver qu'elle a respecté cette formalité. Pour diverses raisons, les entreprises d'assurances rencontrent des difficultés à en rapporter la preuve.

  C'est le cas des contrats anciens, souscrits avant 1988 plus précisément avant la mise en application de l'Arrêté royal réglant la branche Incendie. Dans d'autres cas, la demande d'assurance n'a pas été correctement complétée et l'assureur n'a pas réagi à la conclusion du contrat ou tout simplement, il ne retrouve pas dans ses archives les documents originaux signés par l'assuré [13].

  Quand la contestation porte sur l'indemnité allouée, les discussions concernent souvent le pourcentage de vétusté ou de dépréciation que l'assureur applique.

  L'approche est cependant différente dans les branches Incendie où la loi règle le problème par rapport aux assurances de responsabilité civile.

  En branche *Incendie*, l'assureur incendie indemnise en valeur à neuf mais la loi l'autorise à déduire une vétusté pour autant qu'elle excède 30%. Tout assuré doit gérer son bien en bon père de famille, ce n'est pas à l'assureur de supporter les conséquences d'un défaut d'entretien.

  Il reste néanmoins la difficulté de fixer le taux de vétusté.

Cas d'intervention
Quels travaux prend en charge l'assureur habitation?

Suite à une fuite dans la canalisation de chauffage et d'eau chaude,

Madame X fait appel à son assureur habitation.

Comme le prévoit son contrat, l'assureur envoie un réparateur qui constate une seconde fuite et suspend ses travaux afin d'en informer l'assureur.

L'entreprise d'assurances avertit Mme X qu'elle clôture son intervention car les dégâts sont dus à la vétusté des installations et qu'ils seraient antérieurs à la prise d'effet du contrat.

Mécontente, Mme X interroge l'Ombudsman afin de savoir si les motifs invoqués par l'assureur sont fondés.

A l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate que Mme X a souhaité, durant les réparations, d'autres travaux afin d'éviter des problèmes ultérieurs. En effet, le réparateur l'avait informée des vices de son installation (corrosion par cimentage) et elle avait demandé de placer des nouvelles tuyauteries en apparent. Il s'agit là de travaux d'entretien qui sortent de la couverture du contrat.

L'assureur a pris en charge la réparation des deux fuites et a reconnu que le motif de l'antériorité était erroné.

[13] *Voir infra p 59*

En assurances de *Responsabilité Civile*, les réclamations qui portent sur le montant de l'indemnité représentent 16%. L'entreprise d'assurances qui se substitue au responsable, doit, sur la base des principes de droit, indemniser la victime afin qu'elle se retrouve dans l'état dans lequel elle se trouvait avant le sinistre. Elle va donc indemniser en tenant compte de l'état actuel du bien et peut déduire une vétusté. Mais quelle vétusté?

Le propriétaire d'un bien, même quelque peu usagé, dont il était satisfait avant l'accident, ne comprend pas qu'il doive éventuellement débourser une somme d'argent pour récupérer un bien destiné au même usage.

Or, dans le cadre de la société actuelle orientée vers la consommation, l'évolution et les changements plus fréquents des modes et des technologies entraînent une dépréciation plus rapide des biens meubles.

Aussi, l'Ombudsman est saisie de contestations relatives à la valeur de lunettes, de PC, de téléviseurs, de Hifi, de rideaux... endommagés par un tiers dans le cadre d'un accident de la vie privée ou par un professionnel qui devait exécuter des travaux.

Dans la branche *Responsabilité Civile Automobile*, les discussions portent, pour les dommages matériels, sur les remboursements des frais annexes tels que le véhicule de remplacement, le chômage, le gardiennage du véhicule accidenté, les frais d'immatriculation, l'application d'une franchise...

Cas d'intervention

A partir de quand l'assureur peut-il invoquer une franchise?

Monsieur X déclare un accident de voiture en février 2004. Son assureur lui réclame le remboursement d'une franchise de 500 euros. Or selon lui, le contrat qu'il a signé ne comprend pas de telle clause. Il demande dès lors à son assureur, comme condition à son paiement, de lui transmettre l'avenant signé sur la base duquel la compagnie réclame cette franchise.

Pour toute réponse, Monsieur X reçoit une lettre d'huissier le sommant de payer les 500 euros.

Monsieur X se tourne alors vers l'Ombudsman qui soumet sa plainte à l'assureur en lui demandant de suspendre la procédure d'huissier le temps de l'examen du dossier.

Dans un premier temps, l'assureur maintient qu'un avenant reprenant la franchise a été transmis au courtier plusieurs mois avant la survenance du sinistre.

L'Ombudsman porte son attention sur le fait qu'il s'agit d'une modification du contrat et qu'il faut donc qu'elle ait été acceptée par l'assuré. Sur cette base, il faut un document signé par ce dernier ou, à tout le moins, une attestation de la réception de l'avenant.

Devant son impossibilité à rapporter la preuve d'une acceptation par Monsieur X de la modification du contrat avant le sinistre, l'assureur renonce à réclamer la franchise.

- Si, en 2003, l'Ombudsman avait enregistré une baisse du nombre de doléances sur le **manque de justification** de l'entreprise d'assurances, elle constate, malheureusement en 2004, une recrudescence de ce type de plaintes.

  En effet, elles représentaient 6% en 2003 mais 8% en 2004.

  Parmi elles, 25% portent sur la *branche Protection Juridique Automobile*.

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

  S'il ne peut marquer son accord sur le point de vue de l'assureur, il dispose, en vertu de la loi, de la possibilité de demander l'avis d'un avocat qu'il choisit.

  C'est l'application de la clause dite "d'objectivité". En pratique, elle est trop souvent éludée et une fois saisie, l'Ombudsman doit en rappeler l'existence.

  Lorsqu'on analyse plus avant les plaintes invoquant la gestion passive de l'assureur Protection Juridique, on constate qu'elles concernent quasi uniquement la défense des intérêts de l'assuré suite à un accident de circulation. A l'examen, l'Ombudsman remarque qu'une partie de ses doléances est liée aux retards des parquets dans la communication des dossiers répressifs. Or, ces délais sont indépendants des actions des gestionnaires des entreprises d'assurances. Aussi, l'Ombudsman recommande que le projet "Trans PV" soit enfin réactivé [14].

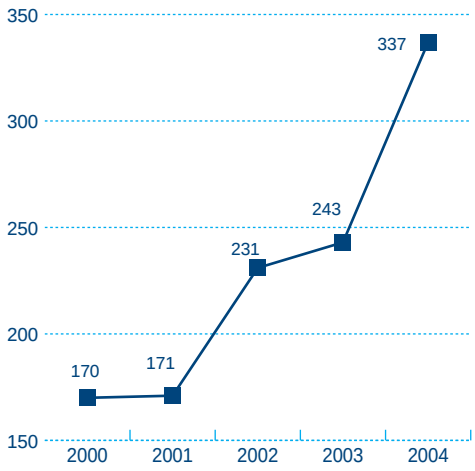
  Dans d'autres cas, l'Ombudsman, lors de l'analyse de la réclamation, constate aussi que les insatisfactions résultent d'un manque de coordination, dans la communication, par les acteurs du secteur.

  Ainsi, l'assuré a souscrit la garantie Protection Juridique auprès d'une entreprise d'assurances qui, elle, a confié la gestion du sinistre à une autre société. A quel moment le dossier a-t-il été transmis? Laquelle d'entre elles tiendra l'assuré informé?

  En outre, la plupart des consommateurs confient encore la gestion de leurs assurances à un conseiller. Lors d'un défaut d'information par l'entreprise d'assurances, cet intermédiaire devrait y pallier. Malheureusement, certains manquent de professionnalisme.

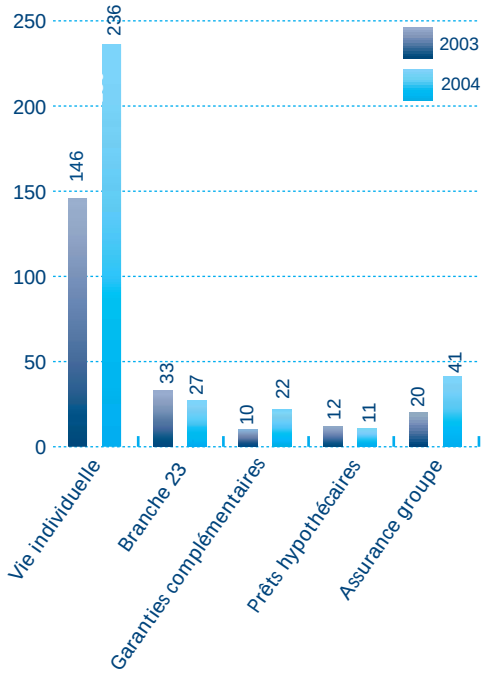
DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR EN BRANCHE VIE?

En 2004, le nombre total des plaintes en branche Vie s'élève à 337 alors qu'il était de 243 en 2003.



[14] *Voir infra p 56*

Face à un nombre croissant de plaintes, l'Ombudsman a ventilé les codes d'enregistrement afin de pouvoir mieux identifier la source des insatisfactions.



La progression de 38% en branche Vie provient essentiellement des plaintes introduites en branche Vie Individuelle classique où la croissance est de 62%.

Il faut cependant souligner que le nombre des plaintes en assurance groupe a doublé.

La majorité des plaintes (86%) sont introduites par l'assuré lui-même et 61% de ces plaintes sont rédigées en néerlandais alors qu'en 2003, celles-ci ne représentaient que 55%. Globalement d'ailleurs, la hausse des réclamations résulte essentiellement des plaintes introduites en néerlandais.

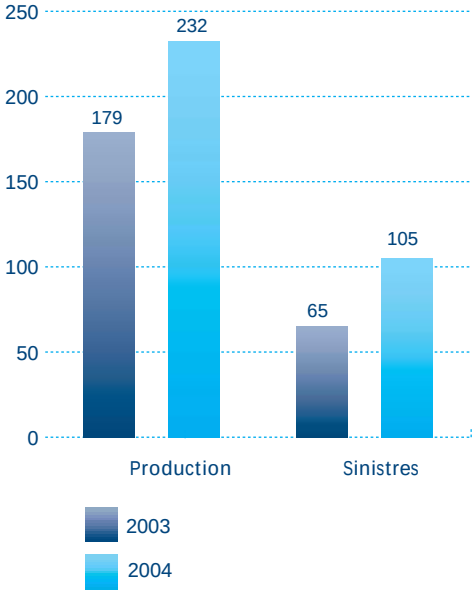
Plus de 65% des réclamations sont enregistrées sous le code "Production". Sont considérées comme des sinistres, les plaintes introduites suite à un décès ou la liquidation du contrat à son terme.

▼ Quelles sont les plaintes en production?

La hausse des réclamations en production est de 30%.

Les raisons pour lesquelles le consommateur s'adresse à l'Ombudsman dans le cadre d'un contrat Vie n'ont pas évolué bien qu'un nouveau type de plainte apparaît. Des candidats assurés saisissent l'Ombudsman car ils ne trouvent pas d'assureur ou que les conditions sous lesquelles ils trouvent à s'assurer sont, selon eux, inacceptables. **Ils se sentent discriminés** (voir supra p. 26)

- L'Ombudsman enregistre toujours des plaintes sur **l'absence de réponse** ou d'information que l'assuré postule en cours de contrat. Il interroge son assureur sur l'historique de l'évolution des capitaux, sur l'évolution du montant de la participation bénéficiaire, sur la répartition du montant de la prime entre les différentes garanties...



Au sein de l'entreprise d'assurances, les recherches peuvent s'avérer laborieuses car manuelles. En effet, pour récolter l'ensemble des données, elle doit remonter dans le temps. Or, elle a pu changer de système informatique, ou avoir repris le contrat pour lequel elle est interrogée dans le cadre d'un rachat de portefeuille d'une autre entreprise d'assurances...

Bref, un travail fastidieux, peu rentable... Mais, le consommateur, qui lui a confié son épargne, a droit à une information correcte.

- Une large part des réclamations portant sur les contrats Vie sont introduites dans le cadre d'opérations de **rachat ou de réduction**. A l'occasion de ces opérations, la structure des coûts de gestion et de commercialisation du contrat est mise en évidence.

  Dans certains cas, le montant de ces coûts qui, en général, est étalé sur plusieurs années, est concentré sur les premières années. Lorsque l'assuré met fin à ses versements en début de contrat, la conséquence est lourde. En effet, le rendement de l'investissement est négatif sur cette première période.

- L'Ombudsman enregistre une augmentation des doléances sur le **montant des prestations** acquises en cours de contrat. Ces demandes portent sur des contrats d'assurances *individuels* où l'assuré s'inquiète du résultat de son investissement. Face à la créativité des entreprises d'assurances qui ont mis sur le marché des produits de plus en plus variés, le consommateur est perdu et il ne peut plus déterminer ce qui lui est garanti.

  Est-ce le montant du capital, le taux d'intérêt, et si le taux est garanti, sur quel montant porte-t-il?

  Cette diversité crée chez le consommateur une confusion. Elle est d'autant plus regrettable que, souvent, il s'est détourné des placements bancaires traditionnels, attiré par le résultat garanti et donc la sécurité qu'offre un produit d'assurance.

  En assurance *groupe*, les plaintes portent également sur les montants acquis. Le bénéficiaire reçoit de l'entreprise d'assurances un relevé des prestations auxquelles il a droit. Il s'étonne du montant qui lui est communiqué car il ne correspondrait pas aux engagements promis par son employeur.

Cas d'intervention
Est-ce que l'application des coûts est légale?

En 2001, M. X souscrit un contrat d'assurances Vie liée à un fonds d'investissement pour une durée de 30 ans.

Tous les 6 mois, il reçoit un relevé décrivant l'évolution de son épargne. A sa réception, il constate que 30% des fonds déposés sont prélevés à titre de frais et que le rendement de son épargne est par conséquence négatif. Il interroge l'Ombudsman afin de savoir si cette pratique est bien légale mais aussi comment il peut récupérer ces frais.

L'Ombudsman a examiné le contrat que Monsieur X avait souscrit. Contrairement aux pratiques générales des autres assureurs sur le marché belge, le contrat prévoit que les frais d'entrée sont déduits intégralement durant les 60 premiers mois. En général, les assureurs appliquent un pourcentage à chaque versement.

A l'examen du dossier l'Ombudsman a dû conclure que la structure des coûts n'était pas illégale. En effet, les parties au contrat fixent librement la manière dont les coûts sont appliqués pour autant que leur mode de calcul et le pourcentage soient décrits dans les conditions générales.

Dans d'autres cas, il s'étonne que le capital auquel il a droit soit amputé par l'application des différents perceptions fiscales. Il serait utile que les services des ressources humaines des employeurs répercutent l'information.

En *Branche 23* le consommateur s'inquiète aussi du résultat de son placement.

D'abord, il se perd dans la conversion de ses versements en unités de compte mais il s'interroge aussi sur le pourcentage des frais de gestion et sur le rendement de son investissement.

Pour ce type de produit, lié aux fluctuations des placements boursiers, le consommateur se prétend victime d'une publicité mensongère ou d'un mauvais conseil (voir infra "intermédiaires" p. 47)

La mise en application de la nouvelle disposition législative sur l'assurance Vie [15] devrait écarter ce type de plainte. En effet, dès qu'un produit d'assurance est lié à un fonds d'investissement, l'entreprise d'assurances a l'obligation d'informer l'assuré qu'il supporte le risque financier de son placement. D'autre part, elle doit indiquer dans quelle catégorie de risque financier le produit s'inscrit.

De plus, si elle fait référence à un rendement, elle doit préciser qu'il n'est pas garanti pour le futur [16].

Cas d'intervention
L'assuré a-t-il été suffisamment informé?

Monsieur X décide de placer 50.000 euros via un intermédiaire auprès d'une compagnie d'assurances. Il souhaite placer la somme pour 3 ans avec un intérêt mensuel.

Trois ans plus tard, lorsqu'il veut reprendre son capital, il ne récupère que la moitié de la somme initialement placée.

Monsieur X, désemparé, demande à l'Ombudsman d'intervenir pour obtenir le remboursement de sa perte. Il affirme que l'intermédiaire lui avait promis qu'il récupérerait sa mise de départ.

Selon la loi en vigueur en 2001, il n'y a aucune obligation pour l'entreprise d'assurances de préciser que le montant du capital n'est pas garanti. Mais l'Ombudsman a analysé les différents documents du dossier afin de pouvoir apprécier si, sur cette base, Monsieur X aurait pu être induit en erreur.

La proposition d'assurance, la lettre de confirmation et le règlement général énoncent clairement la conversion du capital versé en unités de compte.

Il précise que la valeur de ces unités varie dans le temps en fonction d'indices boursiers définis. Tous les ans, l'assuré a été informé de l'évolution. Les documents précisent également que le remboursement du capital à l'échéance peut être inférieur au capital initial.

Comme Monsieur X a signé l'ensemble de ces documents, l'Ombudsman a confirmé que l'entreprise d'assurances a correctement géré son épargne.

[15] *Voir supra p. 5*
[16] *Article 8§5 AR Vie du 14 novembre 2003*

▼ Quelles sont les plaintes en sinistre?

Le consommateur s'inquiète du décompte des sommes qu'il perçoit suite à un décès ou au moment de la liquidation de son contrat. Il interroge également l'Ombudsman sur la correction du montant des prestations qui lui sont annoncées en cours de contrat.

A l'analyse de ce type de doléances l'Ombudsman constate que l'assuré ignore le système de taxation (précompte anticipé à 60 ans, l'application de la taxe même si la prime n'a été déduite qu'une seule fois, la suppression du système de conversion en rente fictive ...).

Dans le cadre des assurances Vie épargne pension et individuelles liées à la retraite du preneur d'assurances, la législation fiscale prévoit le prélèvement de la taxation sur la réserve anticipativement aux 60 ans de l'assuré. L'assuré qui reçoit le décompte s'en étonne et s'interroge sur la légalité de cette perception.

Les entreprises d'assurances devraient envoyer le décompte en y ajoutant une note explicative compréhensible pour tous.

D'autre part, l'assuré s'inquiète du montant des bonus, participations bénéficiaires... par rapport aux projections qu'il a reçues lors de la conclusion du contrat.

A l'Ombudsman de rappeler que les participations bénéficiaires sont fixées chaque année et communiquées à la CBFA et, de plus, que leur montant ne peut jamais faire l'objet d'un engagement de l'assureur.

Les assurés titulaires de contrats anciens s'interrogent également sur les motifs pour lesquels, eux, ne bénéficient pas de participations bénéficiaires alors que d'autres titulaires de contrats plus récents s'en sont vu attribuer.

Pourquoi sont-ils pénalisés alors qu'ils sont clients depuis plus longtemps? Ils perdent de vue qu'ils bénéficient d'un taux garanti de 4,75% alors que le taux des contrats plus récents est de 3,25%.

D'autres litiges portent sur le refus de l'entreprise d'assurances de payer le capital aux ayants droit.

Dans ces cas, la contestation porte souvent sur des données médicales relatives à la personne décédée. Or, les bénéficiaires y ont difficilement accès. Ils sont confrontés au monde médical qui se base notamment sur la loi sur les droits du patient pour se montrer peu coopérant. Aussi, la charge de la preuve qui leur incombe est souvent fort lourde. Un récent arrêt de la Cour de cassation[17] apporte un allègement à l'obligation de preuve des bénéficiaires. En effet, il met la preuve du caractère intentionnel de la réticence d'informations au moment de la souscription de contrat à charge de l'assureur.

Dans certains cas, l'impossibilité pour l'entreprise d'assurances d'apporter la preuve du respect des formalités légales, notamment en cas de non paiement de la prime, peut être lourde de conséquences.

Cas d'intervention

Quelles sont les conséquences pour un assureur vie qui ne peut prouver l'envoi d'une lettre recommandée?

Madame X a perdu son mari et réclame l'exécution du contrat à la compagnie d'assurance auprès de laquelle son mari avait souscrit une assurance vie solde restant dû pour un prêt hypothécaire. Celle-ci refuse au motif que le contrat a été résilié en 2000 pour non paiement de primes.

Madame X conteste que cette résiliation soit devenue effective et en demande la preuve de la signification par recommandé.

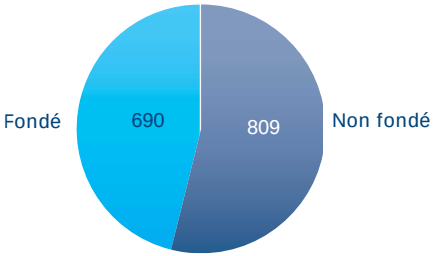
Elle se plaint à l'Ombudsman de n'avoir jamais eu de réponse de l'assureur depuis 2002, moment de l'ouverture de la succession. Ni les interventions de son notaire, ni d'un avocat amiablement ou du médiateur de dettes de son mari n'ont permis de débloquer ce dossier.

L'Ombudsman prend contact avec l'assureur en lui demandant de fournir la preuve de l'envoi recommandé. Celui-ci constate qu'il ne la retrouve plus. L'assureur renonce à faire valoir ses droits par une procédure judiciaire et donne l'ordre de payer la prestation assurée au jour du décès.

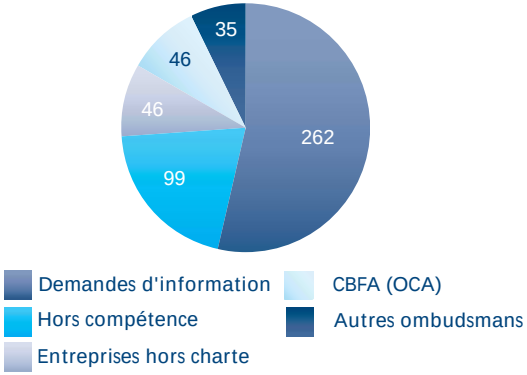
[17] *Cassation 18 janvier 2002*

RÉSULTATS

Sur 2.084 plaintes, **1.499** plaintes ont fait l'objet d'une **enquête** clôturée et **54%** étaient **non-fondées**.



488 plaintes n'ont pas fait l'objet d'enquête.



Au 28/02/2005, **97** dossiers sont encore **ouverts**.

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

Les plaintes en assurance *Vie individuelle* ne sont fondées que pour 44% mais en assurance *groupe* elles sont fondées pour 63%. Les difficultés dans la gestion de ce type de contrat trouvent leur origine dans la relation indirecte de l'assureur avec le bénéficiaire.

En branche *Auto*, 51% des plaintes sont fondées. Il s'agit principalement des plaintes ayant trait à l'adaptation des primes, à la délivrance des attestations de sinistralité, des demandes restées sans suite et des délais dans le règlement des sinistres.

En branche *Incendie*, 39% des plaintes sont fondées. Ce résultat global est influencé par les plaintes introduites dans la garantie Vol, suite au refus d'intervention de l'assureur, lesquelles sont pour la plupart non fondées.

En branche *Protection Juridique* 34% de plaintes sont fondées. De nombreuses doléances portent sur la gestion passive en Protection Juridique automobile (voir infra p. 33). Dans les garanties étendues (hors automobile), l'Ombudsman est souvent saisie suite au refus d'intervention de l'assureur. Incontestablement, le consommateur qui souscrit une police offrant des garanties étendues ne comprend pas la portée exacte des couvertures.

INTERMÉDIAIRES

INTERMÉDIAIRES

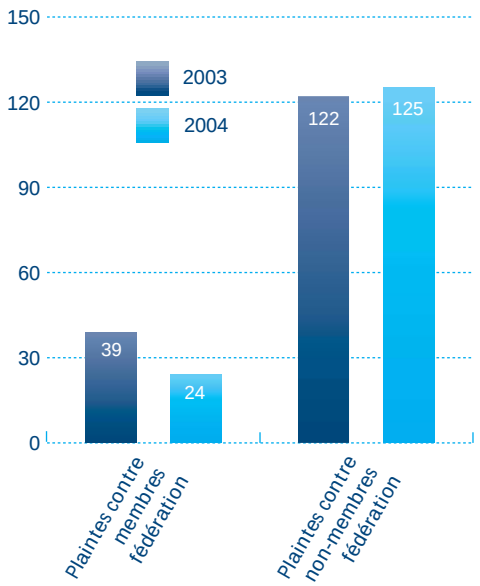
Plaintes à l'encontre des intermédiaires

NOMBRE DE PLAINTES

En 2004, l'Ombudsman enregistre une légère baisse des plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances, soit 149 contre de 161 en 2003.

Cette diminution se marque essentiellement dans le nombre des doléances enregistrées à l'encontre des courtiers en assurances, membres d'une des trois fédérations professionnelles qui ont souscrit la charte de l'Ombudsman.

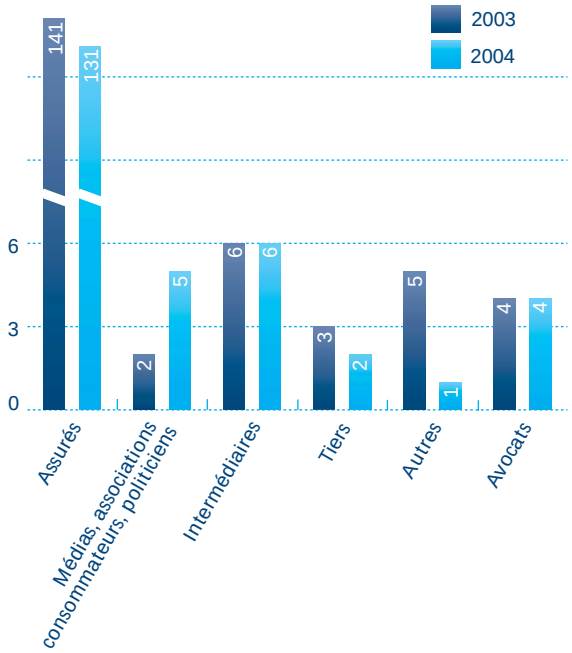
Par contre, le nombre des plaintes adressées à l'encontre des conseillers qui ne sont pas affiliés à une fédération reste inchangé.



QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

La majorité des plaintes sont introduites par les assurés eux-mêmes et donc par les propres clients des conseillers en assurances.

A la différence des plaintes introduites à l'encontre des entreprises d'assurances, la répartition linguistique (français, néerlandais) est égale.

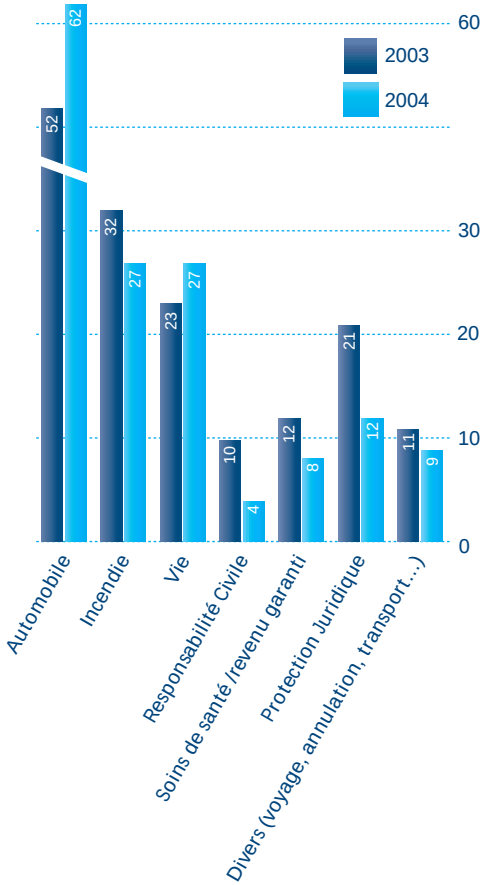


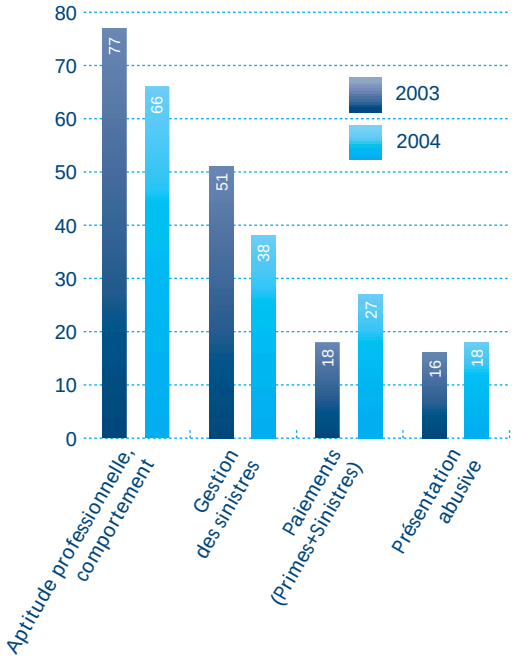
DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

La plupart des réclamations concerne toujours la branche *Automobile* et plus particulièrement la couverture de la responsabilité civile. Cette branche enregistre d'ailleurs une hausse de 19%.

Les plaintes en branche *Vie* marquent également une légère augmentation puisqu'elles passent de 23 à 27.

Par contre, on relève une baisse marquée dans les branches *Protection Juridique* et *Responsabilité civile diverses* par rapport à 2003.





DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

Contrairement aux réclamations adressées à l'encontre des entreprises d'assurances, la majorité des plaintes portent sur les opérations liées à la conclusion ou à la modification du contrat (66%). On enregistre d'ailleurs une baisse des plaintes introduites dans le cadre de la gestion des sinistres. (-26%).

- 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 regroupés sous une dénomination commune, **l'aptitude professionnelle**. Ainsi ils estiment avoir été mal informés sur l'étendue des couvertures du contrat, sur les conséquences de l'omission de la déclaration du conducteur habituel du véhicule automoteur ou sur les informations à communiquer dans le formulaire relatif à leur état de santé.

  Par ailleurs, ils contestent le changement d'assureur auquel l'intermédiaire a procédé sans leur accord.

  En branche *Vie*, le nombre des plaintes a augmenté et à l'instar des années antérieures, le consommateur reproche principalement un mauvais conseil de son intermédiaire.

  Il estime qu'il lui a recommandé un produit inadapté à ses besoins (il voulait obtenir une pension et il a souscrit une assurance décès), un produit dont la nature ne correspond pas à ses objectifs (il s'agit d'une assurance Vie à taux variable, or il voulait une taux garanti), un contrat sans garantie de capital alors qu'il s'était tourné vers l'assurance pour protéger son investissement.

  Il s'agit, dans ce dernier cas, des pertes de capital liées aux fluctuations boursières des produits d'assurances vie "Branche 23".

  A ces critiques, il faut ajouter le manque de transparence dans les frais de gestion et de distribution.

Dans le cadre de ce type de doléances, le rôle de l'Ombudsman est très délicat. En effet, la plupart des reproches portent sur le contenu d'un conseil verbal. Il n'est évidemment pas possible d'apprécier la manière dont les entretiens se sont effectivement déroulés.

Qu'a dit ou n'a pas dit le conseiller en assurances? Qu'est-ce que le plaignant a compris? Comment a-t-il formulé sa demande? A-t-il bien communiqué tous les éléments qui influencent le choix d'un produit?

De manière générale, le devoir de conseil doit s'évaluer dans son contexte. Ainsi, son étendue s'apprécie au regard des facultés intellectuelles et des connaissances de celui à qui le conseil a été donné. Il faudra également tenir compte de son environnement et de son potentiel économique. Le produit vendu pouvait-il raisonnablement répondre à un besoin du plaignant?

L'Ombudsman interroge toujours le conseiller en assurances sur la base des griefs formulés. Elle s'adresse parfois également à l'entreprise d'assurances afin de rassembler toutes les informations. Elle a ainsi une vue globale. Elle utilisera les éléments qui lui sont transmis tels que des notes, des documents, des dépliants annotés, afin de tenter de déterminer la volonté des parties.

Si les versions restent contradictoires et qu'aucun élément indiscutable ne permet de les départir, l'Ombudsman, à l'instar du juge, est démunie pour trancher.

Dans ce cadre, la transposition en droit belge de la directive européenne du 15 janvier 2003 relative à l'intermédiation, qui préconise un certain formalisme dans le conseil de l'intermédiaire, devrait permettre d'éviter les malentendus.

Cas d'intervention
L'intermédiaire a-t-il mal assuré son client?

Monsieur X a un accident de roulage le 11 mai 2001 pour lequel il est poursuivi pénalement. Il déclare ce sinistre à la compagnie A, son assureur protection juridique, en lui demandant de prendre en charge les honoraires de son avocat pour assumer sa défense pénale. La compagnie A refuse d'intervenir car elle couvre non pas une protection juridique "automobile" mais "après incendie". Il estime que son courtier, le bureau Z l'a mal assuré. Mécontent, il saisit l'Ombudsman.

Après enquête, il s'avère que monsieur X a confié au bureau Z la gestion de son contrat automobile qui couvrait les garanties "responsabilité civile" et "omnium", en 1998. Par contre, la garantie protection juridique pour son véhicule était souscrite auprès d'une autre compagnie par l'intermédiaire d'un autre bureau de courtage. En 2000, monsieur X résilie son contrat "protection juridique" pour le 27 février 2001. Il prétend avoir demandé au bureau Z de l'assurer en protection juridique à partir du 27 février 2001. Il en veut pour preuve qu'il a reçu un avis d'échéance de la compagnie A pour payer une prime d'assurance. Interrogé, le bureau Z déclare que monsieur X ne l'a jamais informé qu'il avait résilié son précédent contrat d'assurance "protection juridique". Il reconnaît qu'il lui a, dans le cadre d'une action commerciale de la compagnie A, proposé de souscrire un contrat d'assurance "protection juridique après incendie" dont monsieur X a payé les primes. A l'examen de l'avis d'échéance, qui ne mentionnait pas le type d'assurance "protection juridique" souscrite, l'Ombudsman constate que la date de prise d'effet du contrat était le 28 janvier 2001. De plus, la prime était beaucoup moins élevée et ne correspondait pas à celle du contrat "protection juridique" automobile. Elle estime que monsieur X ne dispose d'aucun élément permettant d'établir qu'il a bien demandé au bureau Z de souscrire un contrat "protection juridique" automobile.

Une confirmation écrite de l'entretien et du choix du consommateur qui ne se traduit pas expressément dans les termes du contrat, permettra ultérieurement de clarifier un conflit.

Dans les branches non Vie, le mauvais conseil peut également être lourd de conséquences.

En effet, le conseiller en assurances peut vouloir proposer le changement d'assureur et ainsi priver son client de la couverture de certains risques pour le futur.

Dans toutes les couvertures liées à l'état de santé de l'assuré, l'intermédiaire doit raisonnablement tenir compte d'autres paramètres que l'aspect financier (prime plus basse, montant de la franchise, choix des hôpitaux sans limite d'intervention...). En effet, le nouvel assureur qui prend en charge la couverture va l'évaluer comme un nouveau risque et refuser de couvrir les conséquences d'un état préexistant.

Cas d'intervention
Quelles sont les conséquences d'un mauvais conseil?

Monsieur X est titulaire d'un contrat revenu garanti auprès d'une entreprise d'assurances. Par le canal de son courtier, il envoie son renon le 3 septembre 2003 avec effet au 1er septembre 2004.

Entre-temps il interroge d'autres entreprises d'assurances mais constate qu'en raison des problèmes de santé existants, il ne trouve aucun nouvel assureur. Il informe alors l'entreprise d'assurances A qu'il annule son renon.

L'assureur refuse en rétorquant que la résiliation a été actée et lui a été confirmée dans le mois qui suit le renon. Par conséquent, il ne peut être couvert qu'en souscrivant un nouveau contrat.

L'intermédiaire ne peut l'accepter car il estime que la résiliation est unilatérale et que l'assuré qui l'a initiée, peut l'annuler.

Sur ce point, il demande l'avis de l'Ombudsman.

Elle lui répond que la résiliation sur le plan juridique est valable et que le contrat a donc pris fin de commun accord avec l'assureur à la date communiquée, soit le 1er septembre 2004.

Il faut donc l'accord de l'assureur pour pouvoir l'annuler.

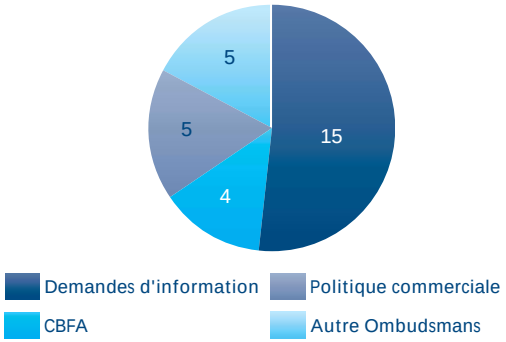
- Enfin, un certain nombre de plaintes concerne les **paiements**.

  Ce type de plainte est introduit pour des motifs très divers. Le consommateur se plaint que le conseiller en assurances tarde dans le transfert de l'indemnité perçue pour un sinistre, qu'il n'a pas fait suivre la prime à l'assureur, ou ne lui a pas transféré un remboursement partiel de prime ...

  Le consommateur est cependant protégé par l'article 13 de la loi sur le contrat d'assurances terrestre qui prévoit qu'il paie valablement entre les mains de l'intermédiaire.

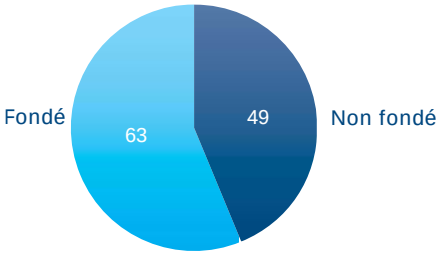
RÉSULTATS

Sur 149 plaintes, **29** 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**, **56%** étaient **fondées** alors qu'en 2003 elles ne représentaient que 54%.

Au 28/02/2005, **8** dossiers sont encore **ouverts**.



L'analyse de l'ensemble de ces doléances montre à suffisance que le professionnalisme des intermédiaires est indispensable. A contrario, elle témoigne sans conteste de la valeur ajoutée que le conseil et l'assistance d'un intermédiaire professionnel peut apporter au consommateur.

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 2004, l'Ombudsman a enregistré 39 plaintes contre Datassur.

Par rapport à 2003 (49 plaintes), elle enregistre donc une baisse de 20%.

Le nombre de plaintes introduites chez l'Ombudsman s'écarte totalement du nombre d'enregistrements chez Datassur, qui en 2004 a encore augmenté (44.000 inscriptions). Fin 2003, Datassur a émis des recommandations afin d'uniformiser les demandes d'inscription émises par les entreprises d'assurances. Elles sont à l'origine du nombre croissant d'enregistrements.

Lorsqu'une réclamation est formulée à l'encontre de Datassur, l'Ombudsman est une instance d'appel.

En effet, un assuré mécontent de son inscription au fichier doit, en un premier temps, s'adresser directement à Datassur. Il ne peut saisir l'Ombudsman que s'il n'obtient pas gain de cause et qu'il estime toujours son inscription erronée ou injuste.

Cette procédure est décrite dans la lettre que Datassur envoie à l'assuré pour lui signifier son refus d'adaptation ou de radiation des données enregistrées. Malgré cette procédure, il y a encore un certain nombre d'assurés qui interrogent directement l'Ombudsman. Dans ce cas, l'Ombudsman renvoie à la procédure mise en place. Parmi les plaintes écrites introduites contre Datassur, 40% sont des saisies directes.

Il faut également comparer la baisse du nombre des réclamations introduites chez l'Ombudsman avec le nombre de demandes de révision dont Datassur a été saisi directement en 2004.

Le nombre de ces demandes est passé à 394 en 2004 alors qu'il était de 436 en 2003.

On constate donc que bien que le nombre d'inscriptions aux fichiers de Datassur ait augmenté, le nombre de demandes de rectification a baissé tant chez Datassur que chez l'Ombudsman. Cette diminution s'explique par deux motifs. D'abord, si l'assuré conteste moins facilement son inscription au fichier c'est qu'il rencontre moins de difficultés pour s'assurer en responsabilité civile automobile obligatoire. L'installation du Bureau de Tarification ainsi que la mise en œuvre du Gentlemen's agreement [18] conclu entre Assuralia et la ministre Moerman, facilitent l'accès à l'assurance pour le consommateur.

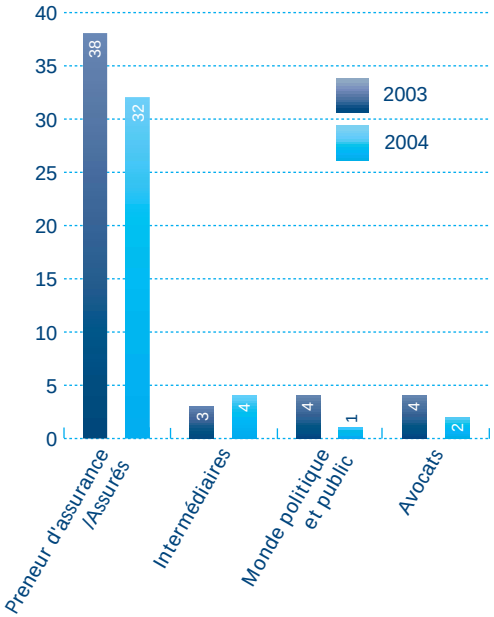
La deuxième raison de la baisse des contestations trouve son origine dans le nombre de décisions judiciaires qui ont conduit le consommateur à accepter plus facilement son

[18] *Le contrat 29/29 pour les jeunes et les recommandations pour les seniors*

enregistrement. Les cours et tribunaux ont en effet confirmé à plusieurs reprises que l'inscription chez Datassur n'enfreint pas la loi sur la protection de la vie privée [19].

QUI INTRODUIT UNE PLAINTE?

La majorité des plaintes à l'encontre de Datassur sont introduites par les assurés eux-mêmes. Elles représentent 80% des doléances. Pour le surplus, des réclamations sont introduites par les intermédiaires qui saisissent l'Ombudsman pour le compte de leur client.

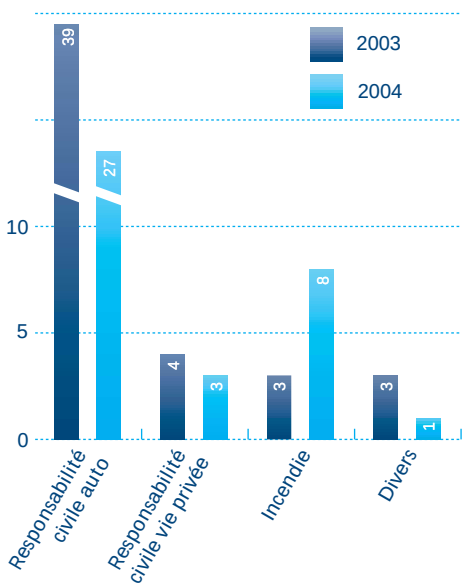


DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

La plupart des réclamations (70%) concernent, à l'instar du passé, principalement l'assurance responsabilité civile automobile obligatoire.

Mais, en comparaison à 2003, l'Ombudsman a également enregistré une baisse puisque l'an dernier elles représentaient 80%. Cette diminution est la conséquence de la réduction des actions d'assainissement de portefeuille par les entreprises d'assurances.

Par contre, il y a une légère augmentation des plaintes en incendie. En 2003, ces doléances représentaient 5% alors qu'en 2004, 20% des plaintes à l'encontre de Datassur concernent la branche Incendie.



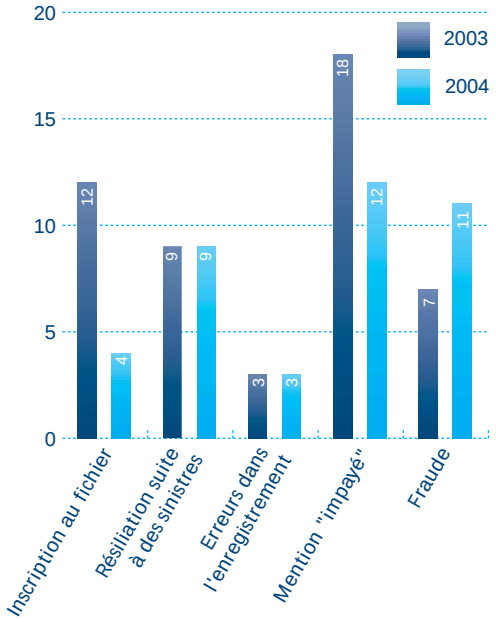
[19] *Voir infra p. 54*

DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR?

Le consommateur saisit l'Ombudsman car il conteste son inscription au fichier. L'Ombudsman codifie la plainte au regard du motif pour lequel le plaignant est enregistré chez Datassur.

La plupart des plaignants (30%) contestent toujours leur enregistrement comme mauvais payeur. Ce pourcentage doit être mis en relation avec les inscriptions pour ce motif qui, au sein de Datassur, représentent 84% de l'ensemble. L'Ombudsman plaide pour que l'inscription soit radiée aussitôt que la situation est régularisée. Jusqu'à présent, certains assureurs n'ont accepté de supprimer l'enregistrement que pour autant que le plaignant ait été de bonne foi.

En 2003, 9 réclamations portaient sur l'inscription pour résiliation après sinistre.



Cas d'intervention

Datassur: suppression d'une inscription répertoriant une fraude

Monsieur X, titulaire d'une police RC familiale, sollicite par le biais de son avocat la suppression d'une fiche mentionnant une déclaration frauduleuse de sinistre.

Son inscription s'est faite sur la base d'un rapport d'expertise unilatéral qui fait état de soupçons de fraude tout en soulignant qu'il n'existe pas de preuve absolue.

La plainte au pénal introduite par l'assureur a d'ailleurs été classée sans suite.

Monsieur X saisit l'Ombudsman qui prend connaissance de l'ensemble du dossier.

A l'analyse de la déclaration de l'assuré, il ressort qu'il existe des contradictions sur la date du sinistre. Comme la convention de fraude [20] le prévoit, l'entreprise d'assurances a porté plainte auprès du parquet. L'Ombudsman n'a dès lors pas de possibilités de contester l'enregistrement et conseille au plaignant d'attendre la clôture du dossier répressif.

Quelques mois plus tard, la plainte au pénal introduite par l'assureur est classée sans suite. Or, Monsieur X reste fiché chez Datassur. Il décide alors de reprendre contact avec l'Ombudsman. Comme le dossier est classé sans suite par le parquet, l'Ombudsman a su convaincre l'entreprise d'assurances et Datassur de supprimer la fiche.

[20] *Les entreprises d'assurances qui ont signé la convention fraude se sont engagées en cas de soupçon de fraude à porter plainte au parquet. Cette convention entre entreprises d'assurances s'inscrit dans la politique d'auto-régulation mais elle n'est pas opposable aux assurés.*

Les plaintes pour l'enregistrement suite à une fraude ont augmenté: de 7 en 2003 elles passent à 11 en 2004. Dès qu'il y a un soupçon de fraude l'entreprise d'assurances refuse son intervention, résilie le contrat et enregistre le "fraudeur" chez Datassur. Dans la plupart des cas, il n'y a pas encore de décision judiciaire et même l'instruction par le parquet n'est pas encore clôturée.

Aussi, la personne qui est fichée, le perçoit souvent comme une atteinte à sa vie privée. Une jurisprudence récente a mis fin à cette polémique. Deux jugements ont donné gain de cause à Datassur[21]. Dans les deux cas, il s'agissait de vols de voiture pour lesquels l'assureur avait constaté des irrégularités dans la déclaration de sinistre et avait soupçonné son assuré de fraude. Le tribunal a estimé que l'inscription dans le fichier de Datassur en raison de sa destination spécifique ne constituait en rien une atteinte à la vie privée.

RÉSULTATS

A l'analyse des dossiers qu'elle a examinés, l'Ombudsman a constaté que dans 55% des cas l'enregistrement n'était pas correct ou à tout le moins pas équitable.

La plupart de ces plaintes étaient fondées car l'entreprise d'assurances, qui transmet les indications à Datassur, n'avait pas respecté la procédure de résiliation.

Pour que l'inscription d'un assuré soit régulière, il faut que l'entreprise d'assurances qui procède à la résiliation respecte les dispositions prévues par la loi.

A l'examen des réclamations, l'Ombudsman a constaté que, dans plusieurs cas, les délais de résiliation n'étaient pas respectés ou s'il s'agissait d'un contrat d'assurance automobile obligatoire, l'assureur n'avait eu aucun débours[22]. Dans ces cas, la résiliation devait être annulée et l'inscription au fichier de Datassur ipso facto effacée.

Parmi les 39 plaintes, 16 dossiers ont été classés sans suite. Ce sont les cas où l'assuré ne s'était pas adressé dans un premier temps à Datassur.

Comme l'Ombudsman est une instance d'appel, elle a rappelé la procédure usuelle et a conseillé au plaignant d'interroger d'abord Datassur.

Cas d'intervention
Datassur: suppression partielle de fiches

Madame X sollicite la suppression de fiches Datassur créées suite au non paiement de ses primes. Après une réponse négative de Datassur, elle s'adresse à l'Ombudsman.

Après s'être renseigné auprès de Datassur et de l'assureur, l'Ombudsman apprend que la plaignante est fichée 3 fois: deux fois, pour non paiement répété de primes mensuelles ayant entraîné la résiliation de la police RC auto et une fois pour résiliation du contrat d'assurance incendie à la date d'échéance.

L'Ombudsman constate que les deux enregistrements dans la branche RC Auto font double emploi. Par conséquent, une fiche est supprimée.

Pour ce qui concerne la fiche relative à l'assurance incendie, il s'agit d'un code (résiliation à la date d'échéance) qui a été supprimé suite aux recommandations de Datassur de décembre 2003. Tous les enregistrements sur la base de ce code sont donc supprimés. Suite à l'intervention de l'Ombudsman, Madame X est encore reprise une seule fois dans le ficher de Datassur. Cette fiche pour non paiement de prime subsistera durant trois ans à dater de la constatation des faits.

(21) Tribunal des référés de Nivelles, 28 octobre 2003 et Tribunal de première instance de Bruxelles, 11juin 2004
(22) Une récente législation prévoit que l'assureur ne peut résilier après un sinistre responsable (loi du 2 août 2002)

RECOMMANDATIONS

IV

Suivi des recommandations

Le rapport annuel est un regard sur le passé dont l'analyse permet de tirer des enseignements. C'est une source d'inspiration pour orienter des actions. Ainsi depuis 1996, l'Ombudsman formule des recommandations sur la base des plaintes répétitives. Ces avis 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 très variable en raison de leur nature et de leur portée. Certaines peuvent rapidement faire l'objet d'un examen et de conclusions. Ainsi, différentes recommandations ont trouvé une solution concrète. D'autres, par contre, nécessitent une plus longue période d'observation parce qu'elles sont liées à toute la culture et au mode de pensée des acteurs du secteur ou que la réponse ne dépend pas d'eux.

Tant qu'une solution n'est pas apportée, l'Ombudsman relance ces acteurs afin qu'ils analysent l'objet de la recommandation et examinent les possibilités d'y réserver un suivi, même partiel.

Avec le recul, l'Ombudsman constate que certaines recommandations qui n'ont pu trouver de solution spontanée ou consensuelle trouvent une réponse dans la volonté du législateur.

Ainsi la recommandation sur la portée de l'exclusion de l'état antérieur en matière de soins de santé formulée en 1996 (voir annexe I.1), et celle de 1998 relative au vide de couverture en cas de changement d'assureur (voir annexe I.2), sont reprises dans les conclusions du conseil des ministres extraordinaire des 20 et 21 mars 2004 à Raversyde. Elles font l'objet d'un projet de loi.

Le nouvel arrêté royal Vie du 14 novembre 2003 répond d'une part à la recommandation formulée en 1998 sur la transparence des informations à la souscription et sur l'octroi de participations bénéficiaires en cours de contrat (voir annexe I.3) et d'autre part la recommandation 2000 sur la transparence dans l'établissement des coûts de gestion des nouveaux produits d'assurance Vie. Il s'agit principalement des produits dénommés "branche 23" dont le rendement est lié aux résultats boursiers.

Quant à la nouvelle législation sur les pensions complémentaires du 28 avril 2003, elle évacue les problèmes repris dans la recommandation de 1997 relative aux assurances Groupe (voir annexe I.4)

Par contre, il y a des recommandations pour lesquelles le suivi est entravé par les autorités publiques alors que ces dernières pourraient ou devraient en être le moteur. Ces recommandations qui n'ont abouti à aucun résultat concret font toujours l'objet de plaintes répétitives.

La première concerne la communication du rapport établi par les autorités verbalisantes. Elle est reprise dans un projet appelé "Trans PV". Lorsqu'un consommateur se plaint de la lenteur de règlement, on constate régulièrement que l'attente du rapport établi par la police entrave la gestion proactive. L'assureur ne peut en prendre connaissance que moyennant l'autorisation du parquet. Or, cette autorisation n'est donnée qu'après la clôture de l'instruction qui dure plusieurs mois, voire plusieurs

années, en raison des retards récurrents dus à l'encombrement des parquets.

La cinquième directive européenne [23] devrait cependant relancer le projet Trans-PV.

En effet, elle instaure l'obligation de créer, dans chaque Etat membre, un organisme chargé de centraliser les procès-verbaux d'accidents de roulage pour que les victimes et les assureurs y aient plus facilement accès.

En 2000, l'Ombudsman formulait un avis qui appuyait les demandes introduites par les entreprises d'assurances afin de permettre d'établir une adaptation progressive du montant des primes des assurances hospitalisation. Le montant des primes évoluerait en fonction d'indices objectifs spécifiques (voir annexe I.5).

Les entreprises d'assurances, dans le cadre de leur obligation de solvabilité, appliquent des augmentations tarifaires sur l'ensemble de leur portefeuille hospitalisation. Ces augmentations sont généralement sensibles et sont d'autant plus importantes qu'elles frappent des catégories d'assurés fragilisés: les personnes plus âgées, souvent à la retraite avec des faibles revenus et pour qui le risque d'être hospitalisées est accentué. Il ne leur est guère conseillé de changer d'assureur puisque toutes les maladies liées à un état antérieur seraient exclues. Certaines catégories d'assurés se sont ainsi trouvées dans des situations difficiles voire impossibles.

Sur ce plan, le secteur n'a pas encore reçu de réponse des autorités.

Sur la base de ces constatations, l'Ombudsman souligne que les plaintes répétitives sont, même si leur nombre est peu significatif par rapport à l'ensemble des prestations du secteur, souvent le signal d'un malaise plus fondamental.

Les décideurs politiques et les acteurs du secteur devraient y voir un baromètre incontestable des insatisfactions et des problèmes qui surgissent.

▼ Recommandations 2004

Depuis deux ans, afin de permettre une réaction plus rapide, l'Ombudsman saisit immédiatement en cours d'année les instances concernées des problèmes qu'elle identifie. Comme ces expériences ont été concluantes, cette approche a été maintenue.

Sur la base des plaintes répétitives introduites en 2004, l'ensemble des recommandations formulées par l'Ombudsman ont un dénominateur commun: celui de la **communication** et de la **transparence**.

En effet, il s'agit de mieux informer l'assuré sur ses droits et sur les conséquences de la décision qu'il envisage de prendre.

▲ Branche Vie: frais de gestion

L'Ombudsman a, durant l'année 2004, enregistré une série de plaintes pour des contrats d'assurance Vie dont les coûts (commission de l'intermédiaire et frais de gestion) étaient concentrés sur les premières années au lieu d'être étalés sur la durée totale du contrat.

L'application de cette technique entraîne en début de contrat un rendement négatif à savoir la valeur du contrat est bien inférieure au montant investi.

Ces plaignants confrontés à une lourde perte s'étonnent et interrogent l'Ombudsman.

Recommandation
Si le produit présente une telle structure, il est impératif que l'entreprise d'assurances joue la transparence en indiquant la courbe de rendement et en précisant l'année où il devrait redevenir positif.

Le vendeur doit mettre en évidence que ce type d'investissement est nécessairement et de manière indissociable lié à un placement à long terme.

[23] *Le projet a été approuvé par le Parlement européen le 12 janvier 2005 et devrait être adopté en juillet 2005.*

▲ Revenu garanti: information sur l'arrêt des prestations

Les prestations de l'assureur dans le cadre d'un contrat "Revenu Garanti" s'achèvent lorsque le contrat n'est plus en vigueur, même si l'évènement à l'origine de l'incapacité s'est produit durant son application.

Le preneur d'assurance victime d'une incapacité définitive peut perdre de vue cette particularité. Il estime qu'il n'y a plus d'intérêt à garder cette police puisqu'il n'exerce plus d'activité professionnelle. Il la résilie mais ne peut revenir sur sa décision.

Recommandation
Bien que la position de l'entreprise d'assurances soit juridiquement fondée, il faudrait, dans un souci de transparence, que l'entreprise d'assurances informe l'assuré des conséquences de sa décision avant de l'enregistrer.

Cas d'intervention
L'assuré qui a résilié son contrat peut-il annuler sa décision?

Il y a 10 ans, suite à un accident, Monsieur X a perdu l'usage d'un œil. Comme il bénéficiait d'une assurance "revenu garanti", il perçoit depuis lors une rente mensuelle.

En 2003, Monsieur X résilie sont contrat et s'étonne que l'assureur arrête le paiement de la rente. Quelques mois plus tard, il propose à l'entreprise d'assurances de payer les arriérés de primes, et de remettre le contrat en vigueur. L'assureur refuse.

Mécontent, l'assuré saisit l'Ombudsman.

A l'examen des documents que lui transmet l'assureur dans le cadre de son enquête, l'Ombudsman constate que Monsieur X a envoyé une lettre recommandée de résiliation. L'assureur l'a enregistrée et le contrat est résilié pour juin 2003. Or, la résiliation d'un contrat revenu garanti entraîne la surpression de toute intervention de l'assureur.

L'entreprise d'assurances a donc correctement arrêté le paiement des rentes.

Monsieur X n'était pas conscient des conséquences de sa décision.

Néanmoins, le contrat prévoit la possibilité de le remettre en vigueur dans les 6 mois moyennant un examen médical.

Monsieur X le refuse et l'assureur maintient sa position qui, malheureusement, est juridiquement fondée.

▲ Assurance collective hospitalisation: prolongation à titre individuel

En 1998 l'Ombudsman attirait l'attention du secteur et des consommateurs sur les difficultés que ces derniers pouvaient rencontrer en matière d'assurance hospitalisation lorsqu'ils perdaient le bénéfice d'un contrat d'assurances collectif d'hospitalisation (voir annexe I.2).

Depuis lors, de plus en plus de contrats collectifs prévoient la possibilité de prolonger la couverture à titre individuel. En général, cette prolongation se traduit par un contrat à titre individuel couvrant l'état antérieur de l'assuré mais à une prime au tarif individuel nettement supérieure à sa cotisation antérieure. L'Ombudsman enregistre sur ce point des réclamations.

A côté de ce type de réclamations, il y a celles des consommateurs qui portent sur l'absence de couverture car le contrat collectif a pris fin. Il s'agit des cas où l'entreprise, preneur d'assurances, a cessé ses activités, est tombée en faillite ou refuse de continuer à contribuer aux primes des travailleurs pensionnés. C'est le cas également de certains membres de la famille qui suite à une séparation ou à un divorce... perdent la qualité de bénéficiaire du contrat collectif.

Enfin, à la différence des contrats individuels, l'entreprise d'assurances dispose du droit de résilier les contrats collectifs d'hospitalisation.

Si l'employeur, preneur d'assurances, ne retrouve pas un produit à une prime qui l'agrée, quelle est la protection des assurés?

D'autre part, plusieurs entreprises d'assurances sur le marché ne souscrivent plus les risques hospitalisation à titre individuel [24]. Comment dès lors protéger le consommateur s'il ne peut plus bénéficier du contrat collectif?

Recommandation

Suite au Conseil des ministres de Raversyde, assureurs et pouvoirs publics recherchent des solutions pour assurer la protection du consommateur. Dans le cadre de leur réflexion, l'Ombudsman les invite à prendre en compte ces cas de figure particuliers.

Cas d'intervention

Quels sont les droits du travailleur dans une "assurance collective Soins de santé"?

Monsieur X, pensionné, bénéficie d'une assurance groupe "soins de santé" souscrite par son ancien employeur.

Or, il apprend par un tiers que l'entreprise a résilié le contrat et qu'il n'est plus couvert pour ses soins de santé, malgré qu'il ait encore payé récemment une prime.

Monsieur X s'adresse à l'Ombudsman en lui demandant si le courtier n'avait pas l'obligation de le prévenir. D'autre part, ne pourrait-elle pas obtenir le remboursement de la prime qu'il a payée.

Comme il s'agit d'une assurance groupe, l'Ombudsman explique à Monsieur X que la compagnie n'a aucune obligation d'information à son égard car le contrat d'assurance est conclu par son employeur. C'est donc à ce dernier qu'il doit s'adresser.

L'Ombudsman poursuit son enquête. Elle constate que le contrat est résilié suite à l'augmentation de la prime proposée par l'assureur mais qu'aucune possibilité de poursuivre le contrat sur une base individuelle n'est proposée aux employés et aux pensionnés.

Etonnée, elle s'adresse à l'entreprise d'assurances qui accepte de négocier, à titre exceptionnel, une police individuelle pour Monsieur X sans formalités médicales préalables, ni exclusions liées à son état antérieur.

Il a obtenu gain de cause et par la suite, cette faculté a été proposée aux autres affiliés.

[24] *"De Tijd" 25 janvier 2005 – p. 1-8-12*

▲ Le respect des formalités

Bien que les plaintes soient introduites sous le couvert de motifs différents, leur analyse a montré qu'elles étaient souvent liées à la difficulté que rencontraient les parties à déterminer le document contractuel ou son contenu sur base duquel la décision devrait être fondée.

A cet égard, une série de questions surgissent. Comment communiquer valablement un changement des conditions générales? Comment déterminer les garanties qui sont d'application? Comment prouver la date et le contenu de la demande d'assurance? Comment établir la déclaration exacte du risque faite par l'assuré à la souscription du contrat? Comment prouver qu'un système d'abrogation de la règle proportionnelle (SARP) a été présenté au consommateur à la conclusion d'un contrat incendie? Comment être certain qu'il a été informé du contenu des conditions particulières telles que le placement d'un système anti-vol sur son véhicule?

Les questions naissent au moment du règlement d'un sinistre mais leur réponse doit se trouver dans les documents établissant la volonté des parties. Or, le délai entre le moment de la conclusion du contrat et la date du sinistre peut être long. Ce délai entraîne bien des difficultés pour les entreprises d'assurances chargées de rapporter la preuve que l'assuré a bien été mis en possession du document sur lequel elles se fondent.

Sur la base de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, le principe général est celui de la preuve par écrit (art. 10). Par conséquent, seule la preuve d'un recommandé ou d'un document signé, permet à l'entreprise d'assurances de répondre à cette obligation.

Or, pour des raisons d'économie, les entreprises d'assurances transmettent les informations par simple lettre, elles envoient des mailings ou elles communiquent au conseiller en assurances les informations tout en lui laissant l'initiative et le soin d'informer correctement sa clientèle. En pratique, elles limitent l'envoi de lettres recommandées, elles suivent rarement le retour des pièces signées et restreignent l'archivage des documents en raison des coûts de manutention et de localisation.

En dehors de ces changements de garanties et de modification du risque, l'assureur peut, en cours de contrat, vouloir ou devoir augmenter la prime. Mais comment informer l'assuré de ces modifications tarifaires et du droit qu'il a de résilier le contrat?

Face à ces difficultés pratiques, praticiens de l'assurance, représentants de consommateurs et autorités académiques recherchent des solutions alternatives plus souples, moins pénalisantes sur le plan économique, mais qui respectent les droits des parties.

La Commission des assurances a été saisie du problème.

Bernard Dubuisson
Président de la commission des assurances

La décontractualisation de l'assurance

Nul n'ignore les contraintes qui pèsent sur les compagnies et qui poussent celles-ci à comprimer leurs frais de gestion. Est-il normal cependant que cette pression s'exerce systématiquement au détriment de la sécurité juridique?

Il n'y a apparemment que les juristes pour s'étonner que les conditions générales ne soient plus systématiquement envoyées au preneur d'assurance. D'aucuns affirmeront qu'il suffit que ce dernier les réclame si tel est son désir. Encore faut-il qu'il les reçoive lorsqu'il les demande, ce qui n'est pas toujours le cas. L'appui d'un courtier pourrait certainement s'avérer utile à cet égard.

Plus fondamentalement, il paraît difficile de considérer qu'un accord de volonté existe sur les éléments essentiels du contrat à conclure alors que le preneur ignore tout des limites de la garantie qu'il a souscrite. Ceci est de nature à faire planer certains doutes sur l'opposabilité des conditions contractuelles.

De plus, cette carence conduira nécessairement à des problèmes en cas de sinistre lorsqu'il faudra retrouver les conditions contractuelles qui régissaient la relation entre le preneur et l'assureur à ce moment. L'archivage des compagnies d'assurances permettra-t-il toujours de retrouver les conditions applicables à la situation? Dans le doute, il est en tout cas certain que la solution la plus favorable à l'assuré doit prévaloir et que l'assureur devra alors supporter toutes les conséquences de son calcul économique.

Dans ce mouvement de "déformalisation", il convient de rappeler que toute modification des conditions contractuelles suppose un accord de volonté des deux parties et requiert en principe une preuve écrite (ou équivalente à un écrit) dénommée "avenant". Faut-il redire que le silence ne vaut, normalement, pas acceptation à moins qu'il ne soit circonstancié?

Les procédures suivies par certaines compagnies sont loin du compte à cet égard, toujours dans le souci d'une réduction des coûts. Que penser de l'attitude de celles qui justifient la modification des conditions contractuelles ou de la prime par référence à l'article 11 du Règlement général de contrôle afin de donner une apparence de légalité à la modification proposée alors même que la procédure prévue par cet arrêté n'est pas respectée et que le droit de résiliation du preneur n'est même pas évoqué?

Est-il normal qu'il appartienne à l'assuré de résilier le contrat en supportant le coût du recommandé alors que c'est l'assureur qui, en modifiant les conditions, s'oppose à la reconduction tacite prévue par l'article 30,§1er de la loi sur le contrat d'assurance terrestre?

Ne peut-on légitimement s'étonner, pour ne prendre qu'un seul exemple, de ce que des assurés soient informés de la modification des conditions de la garantie "assistance" par une simple "Newsletter"? Le marketing aura-t-il finalement raison du droit?

Il est urgent de revenir à la règle de base: la réduction des coûts ne peut justifier la méconnaissance des principes les plus élémentaires du droit des contrats.

Le même processus s'observe lors de la notification des actes de résiliation. On conviendra que l'envoi d'un recommandé entraîne des frais considérables pour la compagnie lorsqu'il faut multiplier son coût par le nombre des assurés. Pourtant, là encore le déséquilibre paraît flagrant.

Que l'assureur puisse se livrer à un savant calcul de rentabilité n'est pas critiquable en soi. On trouvera toutefois curieux que certains se montrent si tatillons sur la forme et le contenu de l'acte de résiliation adressé par le preneur et si peu regardant sur les actes que ceux-ci sont tenus d'envoyer.

De plus en plus souvent en effet, l'assureur se dispense de la lettre recommandée, mais se montre bien plus regardant lorsque la résiliation est le fait de l'assuré.

Libre sans doute à l'assureur de renoncer aux formalités légales prévues par l'article 29 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre puisque celles-ci ne sont pas des formalités substantielles prescrites à peine de nullité, mais dans ce cas, il lui appartient de supporter le risque de la preuve. Si la preuve n'est pas rapportée dans les termes de la loi, c'est lui qui succombera. Cette perte devra être reportée sur son ardoise..

En bref, en évitant tout dogmatisme, il paraît important de revenir à plus de considération pour le droit et lutter contre la "décontractualisation" de l'assurance. On sait que l'économie et le droit ne font pas nécessairement bon ménage. La sécurité juridique a un prix, c'est évident. Il n'est pas certain qu'à force de parier sur l'ignorance de l'assuré ou sur son manque de réaction, l'assureur y trouve finalement son compte.

Il est urgent notamment de revoir la procédure de modification des conditions contractuelles afin de mettre en place un régime équilibré dont le coût est raisonnable. La Commission des assurances s'y emploie.

Louvain-la-Neuve, le 23 mars 2005

CONCLUSIONS

V

"Mieux communiquer", "l'importance de la communication", "la communication est toujours à l'ordre du jour", "communication: rattrapage indiqué [25]"...

Au fil de ses rapports annuels, l'ombudsman constate que l'enjeu majeur des relations du secteur avec le grand public reste la communication.

Pourtant les acteurs du secteur ont entrepris bien des efforts. Seraient-ils vains? Certainement pas! Mais les besoins du consommateur ont évolué et la notion même de communication prend un sens différent.

Au départ, les efforts en communication vers les assurés et les victimes portaient sur l'ouverture du secteur. Ainsi, les acteurs transmettaient des informations présentées de manière plus conviviale. Soucieux des attentes des clients, ils communiquaient avec empathie. Ils cherchaient ainsi à expliquer les techniques et les jargons propres à leur activité afin que chacun puisse y avoir accès.

La communication se traduit ainsi par le "faire savoir".

Mais, aujourd'hui le consommateur souhaite plus. Il ressent le besoin d'être écouté, car s'il est écouté, il s'estime respecté et reconnu.

Une **bonne communication** s'entend donc dans une **relation interactive**.

Les acteurs du secteur vont, quant à eux, grâce à ce processus interactif pouvoir se faire entendre, se faire comprendre.

Sans, toujours, avoir identifié cette évolution, les acteurs du secteur orientent déjà leurs actions de communication vers un échange.

En effet, ils développent les actions de lobbying, les rencontres et les décisions concertées avec les autorités publiques et le monde politique, le dialogue avec les représentants des consommateurs. Ces derniers d'ailleurs ont été invités à siéger au Bureau de tarification automobile [26] et participent à la table ronde organisée sur l'accès à l'assurance des personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique [27].

Dernièrement, en marge de la présentation de son rapport annuel, Assuralia a voulu permettre un débat ouvert sur les attentes de la génération du "baby-boom" lorsqu'elle mettra fin à son activité professionnelle.

Assuralia a de la sorte présenté une série de témoignages de l'homme de la rue et a organisé un débat animé par des journalistes où étaient présents des professeurs d'universités, des personnalités du monde médical et des représentants politiques. Un large public était invité à participer à la manifestation interactive "Forever Young [28]".

C'est dans le prolongement de cette communication interactive que s'inscrit la **mission de l'ombudsman**. Par son action, elle **pare au déséquilibre** qui peut exister **entre le consommateur**, individu **face à une entreprise**, entité juridique et commerciale.

A la différence du juge, l'ombudsman entre en contact directement avec les parties. Sur le plan humain, elles se sentent mieux écoutées. Par son intervention, elle cherche à concilier les points de vue afin d'éviter la

[25] Assurinfo 15 juin 2000
[26] Voir supra p. 21
[27] Voir supra p. 6
[28] Document "Conférence de presse" Assuralia 23 février 2005

situation judiciaire qui aboutit nécessairement à une rupture. En effet, à l'issue d'un procès il reste toujours l'impression qu'une partie gagne et l'autre perd.

Quand elle doit inviter l'entreprise d'assurances à corriger sa décision, elle met tout en oeuvre pour que la relation avec son client soit rétablie.

Mais, à côté de cette intervention rectificative qui ne représente que 47% des cas, l'ombudsman a pour mission d'écouter et d'expliquer au plaignant que les motifs de son insatisfaction ne sont juridiquement ou techniquement pas fondés.

Elle donne dans 53% des dossiers au réclamant une information individualisée.

Parfois même, elle le fait à titre préventif car en donnant des renseignements par téléphone ou par écrit elle permet d'éviter la naissance d'un conflit.

Par les différents aspects de sa mission, l'ombudsman tente, au-delà des informations transmises, de restaurer un climat de confiance où règne une meilleure compréhension mutuelle.

Soucieuses de fidéliser leurs bons clients convoités par la concurrence, les entreprises d'assurances doivent orienter leur communication sur sa nouvelle dimension: l'interaction.

Même si leur stratégie de développement s'axe sur les conseillers indépendants, elles ne doivent pas oublier le client final. Aussi, sans délaisser les conseillers en assurances mais en synergie avec eux, il faut organiser l'information, l'accueil des assurés et des victimes et, lorsqu'ils sont mécontents prévoir la possibilité, au sein même de l'entreprise, d'être accueilli par une antenne spécialisée.

Vers un nouveau modèle de communication

E. Volckrick
Chargée de cours au Département de Communication de l'Université catholique de Louvain.

Communiquer? Quoi de plus banal. La communication, nous la pratiquons quotidiennement sans y penser – mais aussi en y pensant – et avec un taux de succès impressionnant. Il suffit de penser à tout ce que nous parvenons à communiquer. Nous rencontrons aussi évidemment des échecs et des limites. Ces moments d'échec sont souvent les seuls où nous nous mettons à réfléchir aux difficultés de la communication et à penser la communication. Le reste du temps, nous nous appuyons sur elle comme sur la chose la plus évidente et la plus disponible.

Qu'est-ce que communiquer? La conception la plus courante et la plus classique de la communication est que communiquer c'est transmettre des informations à un récepteur, c'est faire passer un message. C'est, selon Sperber et Wilson, le "modèle du code". Selon ce modèle, "communiquer, c'est coder et décoder des messages". Cette idée de la communication est si profondément ancrée dans notre culture occidentale qu'on a tendance à oublier qu'il s'agit, après tout, d'une hypothèse et non d'un fait. L'effet en retour de ce modèle sur notre culture est important. Dès l'instant où il impose une évidence scientifique, un modèle se justifie, canalise des pratiques qui s'y conforment. Le modèle du code a généré toute une idéologie de la communication comme persuasion. Une communication réussie est une communication où l'émetteur a bien su faire passer son message, à convaincre et où le récepteur a correctement décodé le sens du message envoyé par l'émetteur. Le rapport social est essentiellement un rapport d'influence, une tentative d'un individu d'agir sur un autre individu. Lorsqu'elle devient pédagogique ou formatrice, cette relation unidirectionnelle d'influence ne peut être conçue que comme corrective: il faut remplacer de mauvais comporte-

ments par d'autres. Le modèle est parfois corrigé par la circularité (feed-back) mais reste fondamentalement linéaire.

Aujourd'hui cette conception est mise à mal et un nouveau rapport à la communication émerge. Des perspectives théoriques récentes remettent en cause ce modèle et conduisent vers une représentation plus complexe, intégrant entre autres, des éléments relationnels et cognitifs précédemment oubliés. En prenant en considération ces nouvelles perspectives, on découvre du coup que les sujets s'impliquent dans la communication, ils s'obligent mutuellement, jouent des rôles, occupent des places, bref, les sujets interagissent au sens fort du terme. Emetteur et récepteur deviennent co-partenaires dans la détermination du sens des messages. Cette idée n'a pas seulement une valeur théorique générale, elle permet une évaluation plus fine de certains actes concrets de communication. Communiquer ce n'est pas transmettre des informations à un récepteur dont on attend qu'il soit un bon récepteur, c'est entrer en interaction, c'est construire du consensus, un accord, en interaction. Communiquer, ce n'est pas agir sur l'autre mais interagir avec l'autre.

Il faut insister, les deux modèles théoriques – et leurs prolongements pratiques - s'ils sont irréductibles l'un à l'autre, ne sont pas pour autant incompatibles.

Qu'en est-il de la communication avec les clients dans le domaine de l'assurance? Le premier modèle est bien évidemment le modèle dominant du monde de la vente. Il est question de faire passer son message, d'informer, d'influencer, de convaincre, de persuader son client. A première vue, on voit mal ce que viendrait y faire le second modèle. Et pourtant.... Force nous est de constater que quelque chose change aujourd'hui autour de nous. Les temps changent. Et les clients changent eux aussi. Ainsi, pour prendre un exemple, nombreux sont ceux qui ont accès à des sources d'informations variées (journaux, revues, émissions télévisées, radio, Internet, etc.). Ils s'informent, comparent les informations, les recoupent, recherchent une confirmation aux informations reçues. Les clients d'aujourd'hui discutent, veulent avoir leur mot à dire sur les choses qui les concernent, ont un avis à donner. Ils veulent être traité en tant que singulier. Et, la question du respect et de la reconnaissance est intimement liée à la question de la singularité. La méfiance s'installe si l'interaction se passe mal, si on sélectionne les informations qu'on leur donne. Ils perdent confiance dans une parole dont la dimension d'expertise ou d'instrumentalisation est trop forte. Les médiateurs le savent bien, eux qui entendent les plaintes.

Qu'on le veuille ou non, le fait est là et oblige une transformation dans la relation qu'établit un assureur avec son client. Or, dans le premier modèle de la communication, les compétences interactives et cognitives – les connaissances - des récepteurs ne sont pas ou peu sollicitées. Elles sont même parfois négligées. Sur ce plan, cette conception de la communication est peu adaptée aux situations actuelles. Et l'on comprend que le vendeur plus traditionnel ait parfois du mal à se faire à ces changements.

Bref, le vendeur d'aujourd'hui, s'il veut faire "autorité" dans son domaine, doit davantage s'inscrire dans une dynamique interactive.

L'ombudsman remercie vivement ses collaborateurs et le réseau des correspondants au sein des entreprises d'assurances de leur appui journalier dans la réalisation de sa mission.
Elle remercie particulièrement Monsieur Dubuisson, Professeur à l'Université catholique de Louvain et Président de la Commission des Assurances, Madame Volckrick, Chargée de cours au Département de Communication de l'Université catholique de Louvain, et la Direction du centre d'égalité des chances qui ont par leur intervention contribué aux pistes de réflexion développées au sein du secteur.

CAS D'INTERVENTION

VI

Formalités	Quelle est la valeur d'un renon qui ne respecte pas les formalités?	p. 25
Incendie	Jusqu'où s'étend la toiture?	p. 30
Responsabilité civile	Dans quelle mesure une administration est responsable de la sécurité de ses accès au public?	p. 31
Incendie	Quels travaux prend en charge l'assureur habitation?	p. 32
Formalités	A partir de quand l'assureur peut-il invoquer une franchise?	p. 33
Vie	Est-ce que l'application des coûts est légale?	p. 36
Vie	L'assuré a-t-il été suffisamment informé?	p. 37
Vie	Quelles sont les conséquences pour un assureur vie qui ne peut prouver l'envoi d'une lettre recommandée?	p. 39
Intermédiaires	L'intermédiaire a-t-il mal assuré son client?	p. 46
Intermédiaires	Quelles sont les conséquences d'un mauvais conseil?	p. 47
Datassur	Suppression d'une inscription répertoriant une fraude	p. 53
Datassur	Suppression partielle de fichiers	p. 54
Revenu garanti	L'assuré qui a résilié son contrat, peut-il annuler sa décision?	p. 57
Soins de santé	Quels sont les droits du travailleur dans une "assurance collective Soins de santé"?	p. 58

ANNEXES

VII

I. RECOMMANDATIONS ANTÉRIEURES

1. Recommandation en branche Maladie / Soins de Santé

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?

2. Recommandation en branche hospitalisation

Eviter le "vide" de couverture

Les contrats couvrant les risques d'hospitalisation contiennent des dispositions précisant l'intervention des assureurs dans le temps.

Ainsi, de nombreuses polices précisent que l'assureur n'interviendra que pour autant que la cause de l'hospitalisation ne soit pas antérieure à la prise d'effet de la police. Par ailleurs, il arrêtera toute intervention au moment de la fin du contrat.

Ainsi, en changeant d'entreprise d'assurances, une personne hospitalisée pourrait, alors même que les contrats se succèdent immédiatement, se voir, sur le plan juridique, valablement refuser l'intervention des deux assureurs.

Recommandation

Cette recommandation s'adresse principalement aux conseillers en assurances et aux employeurs qui offrent la possibilité de souscrire des assurances collectives. En cas de changement d'assureur, il faut tenir compte de l'étendue dans le temps des polices concernées et en l'occurrence négocier avec le nouvel assureur, si nécessaire, l'étendue des garanties afin d'éviter le vide de couverture.

3. Recommandation en Assurance-Vie / Participations bénéficiaires

La majorité des polices d'assurance-vie sont vendues sur la base d'un capital qui sera atteint lors de l'échéance du contrat (décès ou vie).

Peu importe la formule d'assurance-vie choisie par le preneur à la conclusion du contrat; on précise qu'au capital versé à l'échéance (vie ou décès) s'ajouteront des participations bénéficiaires appelées aussi primes, bonus, gratifications,... Les conditions dans lesquelles ces participations sont octroyées sont mentionnées dans les conditions générales.

Malheureusement, la formulation de ces articles est certainement obscure et même en général laconique. La rédaction est tellement imprécise qu'elle laisse toute liberté à l'assureur.

Dans le but d'informer correctement le candidat assuré sur ce qu'il est légitimement en droit d'attendre, il est impératif que ces clauses soient rédigées avec plus de clarté.

Ce souhait de transparence rejoint la volonté des autorités. En effet, le Ministre de l'Economie a demandé aux assureurs de prendre des mesures pour garantir une plus grande transparence en matière de participation bénéficiaire et de rendement d'un contrat d'assurances. L'UPEA a formulé des propositions concrètes à ce sujet, en discussion à la Commission des Assurances.

Recommandation

Dans le cadre de ces travaux orientés vers plus de transparence, l'Ombudsman insiste pour que les intervenants se mettent à la place du consommateur novice.

Les informations que communiquent les assureurs à la souscription du contrat ainsi qu'en cours du contrat doivent être transparentes et claires.

Il faut qu'en fonction de la nature des produits, ils indiquent, tant dans les documents commerciaux (dépliants, offres, ...) que dans les conditions des contrats, quels sont les montants fixes et quels sont les montants susceptibles de variations.

Pour ces derniers, il faut qu'ils précisent les paramètres qui sont retenus et dans quelle mesure ils influenceront le résultat des différentes attributions.

Par ailleurs, elle engage les équipes commerciales à proposer au candidat-preneur un produit qui corresponde à ses besoins réels en s'interrogeant sur la forme d'épargne qu'il souhaite, sur le but de protection qu'il recherche, sur le caractère fixe ou variable du montant des versements. En effet, il est inutile d'attirer le consommateur par une publicité attractive mais illusoire dans les résultats annoncés.

4. Recommandation en assurance Vie

Un nombre de plus en plus important de demandes concernent les assurances Groupe.

Les assurés se plaignent de ne pas obtenir les informations qu'ils souhaiteraient recevoir.

En réalité, l'assuré devrait interroger son employeur, souscripteur du contrat.

Mais, souvent, pour divers motifs, il n'obtient pas de réponse, ou une réponse qui ne correspond pas à ses attentes. Les choses se compliquent encore lorsque l'employé a quitté la société ou est en situation conflictuelle.

Les assureurs, ne pourraient-ils pas, lors de la souscription et de la négociation du contrat, convenir d'une procédure claire permettant à chacune des parties intéressées d'être au courant de ses droits?

La compagnie pourrait par exemple être interpellée par le canal du service de l'employeur mais envoyer sa réponse directement à l'intéressé tout en réservant une copie pour l'employeur.

5. Recommandation en assurances hospitalisation: l'adaptation tarifaire progressive

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

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

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

Recommandation

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

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

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

II. LISTE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES QUI ONT SOUSCRIT LA CHARTE

A

ACTEL
AEGON SCHADEVERZEKERINGEN
AGF BELGIUM INSURANCE
AIG EUROPE
ALLIANZ VERSICHERUNGS AG
APRA CAISSE COMMUNE D'ASSURANCE
APRA VIE
APRA ACCIDENTS
ARAG
ASSOCIATION DE PREVOYANCE ET D'ASSURANCES (A.P.A.)
ASSOCIATION MUTUELLE MEDICALE D'ASSURANCES (A.M.M.A.)
ASSUBEL ACCIDENTS DU TRAVAIL
ASSUBEL COLLECTIVES ACCIDENTS
LES ASSURANCES FEDERALES ACCIDENTS DU TRAVAIL
LES ASSURANCES FEDERALES PENSIONS
LES ASSURANCES FEDERALES IARD
LES ASSURANCES FEDERALES VIE
ATRADIUS
AUDI
AVERO BELGIUM INSURANCE
AVIABEL (COMPAGNIE BELGE D'ASSURANCES AVIATION)
AXA BELGIUM

B

BELSTAR ASSURANCES

C

CDA
CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
CITILIFE
CORONA ASSURANCES

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
HDI VERZEKERINGEN

I

ING INSURANCE
INTER PARTNER ASSISTANCE

K

KBC ASSURANCES

L

LAR
L'ARDENNE PREVOYANTE
LION BELGE

M

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

N

NATIONALE SUISSE ASSURANCES
NATEUS
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

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

T

TOTAL PENSIONS BELGIUM
TOURING ASSURANCES
TVM BELGIQUE

V

VIVIUM
VIVIUM LIFE

W

WINTERTHUR-EUROPE ASSURANCES

X

XL INSURANCE CY LTD, BELGIAN BRANCH

Z

ZA ASSURANCES
ZELIA
ZURICH INTERNATIONAL BELGIQUE

III. LISTE DES MEMBRES DE FIN-NET (UE)

Liste des ombudsman/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
Finlande	Norvège
France	Pays-Bas
Grande-Bretagne	Portugal
Grèce	Suède

Les représentants belges sont les suivants:

Assurances

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

Banques, Bourses, Crédit

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

La Poste

Service de Médiation auprès de La Poste
Rue Royale, 97 - Bte 14 - B-1000 Bruxelles
Tél: 02/221.02.30 (F) Fax: 02/221.02.44
02/221.02.20 (N)
02/221.02.40 (D)

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	Tél.: 02/547.58.71

Square de Meeûs 35

B – 1000 Bruxelles

Tél.: 02/547.58.71

Fax: 02/547.59.75

E-mail: info@ombudsman.as

Site Internet: www.ombudsman.as

D-2005-0377/3

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles

www.ombudsman.as