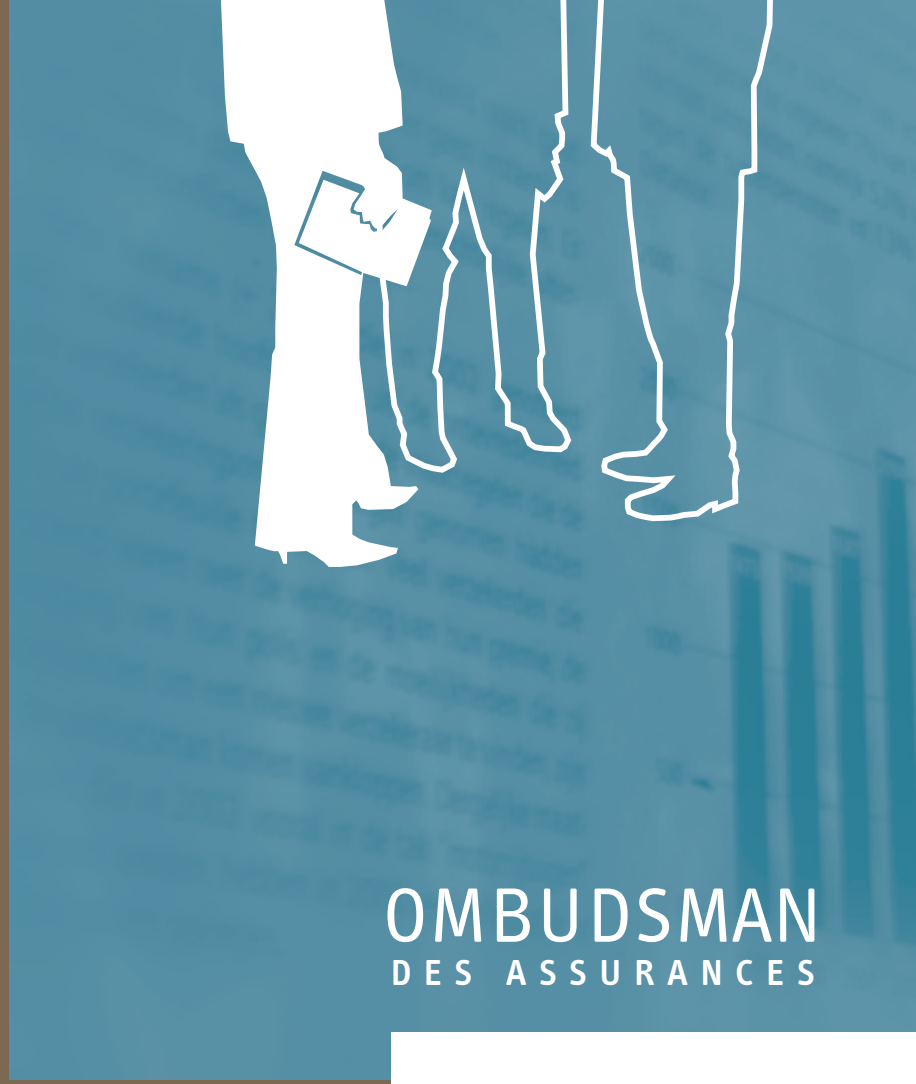
OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Square de Meeûs, 35
B – 1000 Bruxelles
Tél. : 02/547.58.71
Fax : 02/547.59.75
info@ombudsman.as

www.ombudsman.as

OMBUDSMAN des assurances

rapport annuel 2005



OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

Rapport annuel 2005

INTRODUCTION 1 /05

INTERVENTIONS LEGISLATIVES 2 /13

STATISTIQUES ET ANALYSE 3 /25

Global 3.1 /27

Entreprises d'assurances 3.2 /45

Intermédiaires 3.3 /109

Datassur 3.4 /125

CAS D'INTERVENTION 4 /137

RECOMMANDATIONS 5 /143

CONCLUSIONS 6 /157

ANNEXES 7 /163

1

INTRODUCTION

GO pour la couverture des catastrophes naturelles !

Le voile de l'année 2005 s'est levé sur l'image d'un paysage dévasté par une catastrophe naturelle. Un raz-de marée (tsunami) venait de frapper fin décembre les côtes et les îles de l'océan Indien, emportant tout sur son passage ! Des milliers de personnes y ont perdu la vie et la population survivante s'est retrouvée complètement démunie !
Face à ce désastre, nul ne pouvait rester indifférent et un immense élan mondial de solidarité est né. Des aides sont arrivées de tous les coins de la planète pour alléger quelque peu la douleur et le désarroi des survivants et pour les soutenir dans les reconstructions qu'ils entreprenaient.
Elles restaient cependant insuffisantes face à l'ampleur des dégâts.

Malheureusement, d'autres événements, tout aussi dramatiques, ont jalonné l'année 2005. Les ouragans Katrina, Rita et Wilma ont frappé la Louisiane et le Mexique, des pluies torrentielles ont occasionné des dégâts au Guatemala, la terre a tremblé au Cachemire...
Le réchauffement de la planète entraîne des perturbations climatiques. Certaines se traduisent par une augmentation de l'intensité des tempêtes, par une fréquence accrue des pluies diluviennes voire torrentielles.

En Belgique, ces drames ont rappelé au monde politique que le dossier relatif à l'indemnisation des dégâts causés par les catastrophes naturelles n'était toujours pas réglé.
En effet, sur la base de la législation en vigueur, les catastrophes naturelles ne sont pas couvertes automatiquement par les contrats d'assurances. Certaines compagnies couvrent exceptionnellement de tels dégâts mais leur intervention n'est que partielle.

Ainsi, victime d'une inondation, d'un débordement d'égouts publics, le propriétaire d'un bien endommagé ne pourra se tourner que vers le Fonds des calamités. La procédure qu'il doit suivre pour obtenir l'intervention du Fonds est très lourde et lente. En effet, il faut d'abord que le gouvernement décrète qu'il s'agit d'une catastrophe naturelle. Ensuite, la procédure administrative pour fixer le dommage est complexe et l'indemnité sera établie sur la base de l'ensemble des dégâts subis par tous les sinistrés.
Bref, ce n'est qu'après des mois voire des années que le préjudicié recevra une maigre compensation.
Notre pays, pendant la période estivale (le 29 juin, le 29 juillet et le 10 septembre), a été frappé par de violents orages et d'importantes précipitations d'eaux pluviales. Elles ont inondé les voies publiques dont les égouts n'ont pu récolter les eaux. Ainsi, des torrents d'eau ont dévalé les routes et se sont engouffrés dans les immeubles, entraînant des situations désastreuses pour leurs habitants.
Ces circonstances dramatiques ont servi d'accélérateur dans la finalisation d'un dossier de plus de 10 ans !
En effet, depuis les tempêtes qui ont sévi sur la Belgique en 1990, le gouvernement est conscient que le système d'indemnisation des catastrophes naturelles organisé par l'Etat est inadéquat.

Sur une période de 10 ans, ce dossier est passé entre les mains de plusieurs ministres. Il a fait l'objet de multiples négociations et adaptations, non seulement avec le secteur des assurances mais aussi avec les pouvoirs publics et locaux concernés[1].

Malheureusement, comme pour d'autres dossiers, le monde politique ne se réveille que face à la douleur et au désarroi des citoyens.
Si on ne peut que se réjouir des solutions qui s'offrent aux sinistrés pour l'avenir, on ne peut oublier ceux qui restent avec leurs problèmes car ils ont été victimes de dommages durant cette longue, voire interminable période préparatoire.

Il y a d'autres domaines où les consommateurs attendent de la part des pouvoirs publics une prise de position qui permettrait d'améliorer, d'alléger le quotidien et d'éviter que la situation devienne dramatique, intenable.
Il s'agit notamment de l'accès plus rapide au dossier répressif suite à un accident de circulation qui permettrait d'accélérer le règlement des sinistres, des améliorations en assurance hospitalisation tels que l'accès à l'assurance, la couverture ininterrompue en cas d'assurance collective, l'adaptation progressive du tarif...

[1] Pour plus de détails, voyez Assurinfo To the Point, 19 octobre 2005, la couverture des catastrophes naturelles

2

INTERVENTIONS LEGISLATIVES 2005

1. Loi du 17 septembre 2005 sur les catastrophes naturelles[2]

Après une saga qui a duré plus de dix ans, la nouvelle législation qui doit apporter une réponse appropriée à certaines catastrophes naturelles a enfin vu le jour. Sans être exhaustive, il est important au regard de la nature des plaintes introduites[3] de reprendre les éléments significatifs de cette nouvelle réglementation[4].

Jusqu'à l'entrée en vigueur de cette nouvelle disposition légale au premier mars 2006, l'indemnisation des victimes des catastrophes naturelles était régie par la loi du 12 juillet 1976 relative à la réparation de certains dommages causés à des biens privés par des calamités naturelles.
L'application de cette loi présente de nombreux inconvénients pour le consommateur dont les principaux sont le montant limité de ces indemnisations ainsi que le délai dans lequel elles lui sont versées.

La mise en application de la nouvelle législation du 17 septembre 2005 rend la garantie « catastrophes naturelles » obligatoire comme extension à tous les contrats « incendie risques simples ».
Cette garantie couvre l'inondation, le débordement et le refoulement des égouts publics, le tremblement de terre, le glissement ou l'affaissement du terrain.

---

[2] Loi du 17 septembre 2005 modifiant en ce qui concerne les catastrophes naturelles, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 12 juillet 1976 relative à la réparation de certains dommages causés à des biens privés par les calamités naturelles, M.B., 11 octobre 2005, p. 43646)

[3] Voir 3/67 dégâts des eaux

[4] Pour plus de détails voyez Assurinfo To the Point, 19 octobre 2005, la couverture des catastrophes naturelles

cas 1

QU'EST-CE QU'UNE INONDATION ?

Suite aux orages du 29 juin 2005, qui se sont abattus sur Bruxelles, la maison de Madame X a subi de gros dégâts. Le puisard dans la cuisine a débordé et les eaux usées ont envahi le rez-de-chaussée et les caves.

Madame X en informe son courtier. Il déclare le sinistre à l'entreprise d'assurances qui couvre les dégâts des eaux. L'assureur désigne un expert qui établit que, suite aux pluies torrentielles, les égouts publics n'ont plus été en mesure de recueillir les eaux de telle sorte qu'elles ont été refoulées par le puisard vers l'intérieur de la maison.

Des maisons voisines ont d'ailleurs subi les mêmes dommages. Sur la base de ce rapport, l'entreprise d'assurances refuse d'intervenir car le contrat exclut tous les dégâts dus à l'inondation.

Madame X, convaincue d'être couverte pour ces dommages, interroge l'Ombudsman. Questionnée, l'entreprise d'assurances répond que comme la rue était sous eau, les dégâts ne pouvaient être que la conséquence de l'arrivée de l'eau extérieure à l'intérieur de la maison et donc qu'il s'agissait bien d'une inondation. A l'analyse des conditions générales, l'Ombudsman constate que le contrat comprend un article spécial qui prévoit que « le débordement ou le refoulement d'égouts publics occasionné par des précipitations atmosphériques » est un événement couvert. Ce type de couverture est rarement prévu par les polices d'assurances sur le marché mais est favorable à Madame X.

Aussi, sur la base de cet article et du rapport établi par l'expert, l'Ombudsman relance les négociations avec l'entreprise d'assurances pour la convaincre que le sinistre n'est pas dû à une inondation mais bien à un refoulement des égouts publics.

A la grande satisfaction de Madame X et de son courtier, l'assureur a admis que sur la base de cette clause particulière, son intervention était requise.

La loi assimile à une inondation, le débordement de cours d'eaux, canaux, lacs, étangs ou mers suite à
- des précipitations atmosphériques,
- une fonte des neiges ou de glaces,
- une rupture de digues,
- un raz de marée.

Elle définit le débordement ou le refoulement d'égouts comme celui occasionné par :
- des crues
- des précipitations atmosphériques,
- une tempête,
- une fonte des neiges ou de glace
- une inondation.

Cependant, elle exclut certains dommages dont ceux causés, notamment, aux abris de jardin, remises, débarras et leur contenu ainsi qu'aux bâtiments ou parties de bâtiment en cours de construction, de transformation ou de réparation et leur contenu éventuel sauf s'ils sont habités ou normalement habitables. Sont également exclus, les dommages au contenu des caves entreposé à moins de 10 cm du sol.
Le texte précise cependant qu'une cave est un local dont le sol est situé à plus de 50cm sous le niveau de l'entrée principale. Mais les locaux de cave aménagés de façon permanente en pièces d'habitation ou pour l'exercice d'une profession sont couverts.

Pour bénéficier de cette couverture, le consommateur s'adresse à l'entreprise d'assurances qui le couvre actuellement pour le risque incendie. Il bénéficiera de cette extension de garantie moyennant un complément de prime qui sera fixé par l'entreprise d'assurances ou le Bureau de tarification. S'il ne dispose pas d'une telle police, il pourra s'adresser à l'assureur de son choix pour obtenir la couverture des catastrophes naturelles.
En cas de sinistre, son assureur sera son unique interlocuteur même si le montant du dommage dépasse le plafond de la couverture qu'il accorde.
Une franchise de maximum 610 euros, à indexer, est d'application.

Cette nouvelle législation est entrée en vigueur le 11 octobre 2005 pour les dispositions relatives aux nouveaux délais d'indemnisation (article 67) et la mise en place du Bureau de tarification (article 68-9).
Les autres dispositions entrent en vigueur le premier mars 2006, le jour de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal qui rend le Bureau de tarification réellement opérationnel. Pour ce faire, le Bureau de tarification doit notamment avoir adopté ses conditions générales et son tarif.

2. Libéralisation des prix

Lors de l'été 2005, le ministre de l'Economie, Marc Verwilghen, a supprimé la procédure de demande de hausse des prix pour les assurances obligatoires couvrant des risques de masse sauf pour les accidents du travail[5].
Ce régime posait le problème au regard du principe de la liberté tarifaire tel qu'interprété par la Cour européenne de justice.

| DÉCISION FAVORABLE OU DÉFAVORABLE ? |

Pour les entreprises d'assurances, elle est favorable car elle répond à leur vœu. Elles pourront ainsi réagir plus rapidement, plus adéquatement et progressivement à la hausse des composantes des dépenses qui influencent la charge des sinistres. Dans le cadre de leur obligation de solvabilité, les recettes doivent garantir l'équilibre avec l'ensemble des coûts.

| ET POUR LES CONSOMMATEURS ? |

Le jeu de la concurrence est certes favorable au consommateur pour autant qu'il se fasse dans la transparence. Pour pouvoir orienter son choix sur un produit, le candidat assuré doit comparer non seulement les prix mais également les conditions des contrats et l'évolution des bonus et pénalités liés au sinistre. Or, depuis la suppression, il y a 4 ans[6], de l'échelle bonus-malus uniforme en assurances automobile obligatoire, des entreprises d'assurances ont établi leur propre échelle de pénalités ou de bonus. En outre, le consommateur doit prendre en considération la qualité des services offerts, les facilités de paiement...
Dans ce contexte, un conseiller en assurances a un rôle primordial à jouer.
Selon un représentant des consommateurs, *« le législateur impose au vendeur d'apporter les informations correctes et utiles », « compte tenu de l'usage déclaré par le consommateur ou raisonnablement prévisible ».*
Il plaide pour une banque de données publique car *« elle peut contribuer à accroître dans une large mesure la transparence en assurance Automobile ».*

[5] Arrêté ministériel du 1er juillet 2005 modifiant l'article 3 de l'arrêté ministériel du 20 avril 1993 portant dispositions particulières en matière de prix (M.B. du 20 juillet)
[6] A.R. 11 janvier 2002

Un tel outil qui doit être obligatoire permettra au consommateur d'avoir une vue plus large des conditions d'assurance dont la prime n'est qu'une composante[7] *».*
A cet égard, le ministre de l'Economie a préconisé une étude préalable de faisabilité. Ensuite, en concertation avec toutes les parties (consommateurs, assureurs,...) les modalités pourront être déterminées.

[7] Ivo Mechels « Test-Achats » dans Actualit 'Ass Hiver 2005-2006

3. Cinquième directive européenne relative à l'assurance des véhicules automoteurs[8]

Cette cinquième directive actualise et perfectionne les directives déjà existantes dans le souci d'améliorer l'indemnisation des victimes et des assurés impliqués dans un accident international de la circulation.
Parmi les nouveautés, l'Ombudsman relève deux mesures importantes : une **meilleure prise en charge** en cas de délit de fuite et la **constitution d'un fichier** sur les accidents de la circulation afin d'accélérer le règlement des sinistres.
Ainsi, chaque Etat membre devra disposer, d'ici deux ans, d'un fichier central auquel la victime, son assureur ou son avocat pourra s'adresser pour obtenir, sous forme électronique, les données relatives à l'accident établies par la police.
Ainsi le rapport établi par les autorités verbalisantes sera directement accessible.

Enfin, le projet « Trans PV » dont l'exécution est réclamée par les assureurs depuis des années, verra le jour.
Sa réalisation permettra d'éviter une partie des plaintes où le consommateur invoque la lenteur du règlement d'un sinistre.
En effet, à l'analyse de ces doléances, l'Ombudsman constate régulièrement que l'attente du rapport établi par la police paralyse la gestion du dossier.
L'assureur ne peut en prendre connaissance qu'après avoir reçu l'autorisation du parquet. Or, cette autorisation n'est donnée qu'à la clôture de l'instruction qui dure plusieurs mois, voire plusieurs années, en raison des retards récurrents dus à l'encombrement des parquets.

[8] La directive 2005/14/CE du 11 mai 2005, publiée dans le Journal Officiel de l'Union européenne le 11 juin 2005, modifie les directives 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE et 90/232/CEE du Conseil ainsi que la directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil

4. Mesures gouvernementales budgétaires en assurances Vie

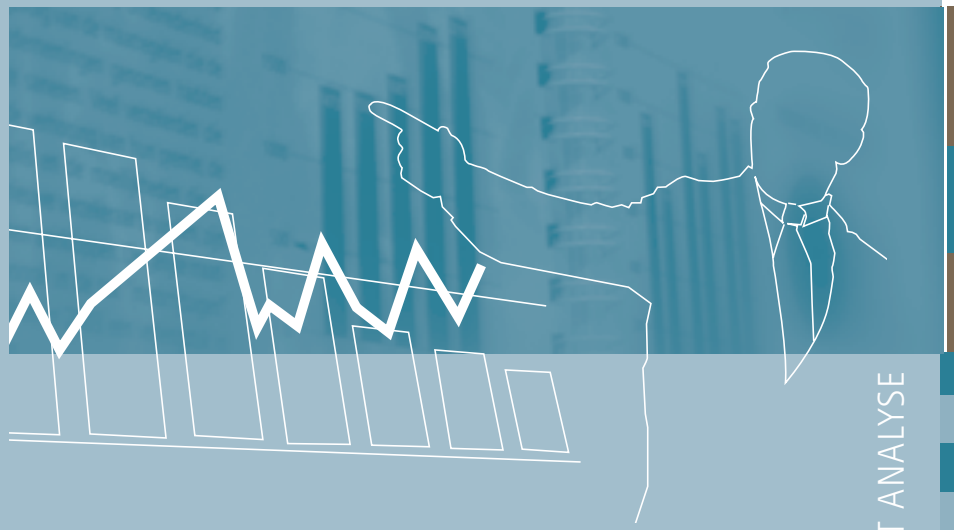
| BONNE ET MOINS BONNE NOUVELLE ! |

Le gouvernement a décidé d'augmenter le montant du plafond fiscalement déductible pour l'épargne pension. Il porte ainsi le montant de 620 euros indexé à 780 euros[9].
Une mesure certes favorable aux consommateurs qui ont répondu massivement à cette opportunité.

Mais, par ailleurs, il a décidé qu'une taxe de 1,1% sera prélevée sur les contrats d'assurances vie individuelle (branches 21 et 23) si le risque est situé en Belgique et que le contrat est conclu par une personne physique[10].
Il y a cependant quelques cas où cette taxe ne s'appliquera pas. Ainsi, elle ne sera pas perçue pour les assurances épargne-pension.

Depuis le premier janvier 2006, le consommateur qui verse une prime pour un contrat d'assurances Vie est donc pénalisé par une taxe supplémentaire.
Le ministre des Finances, Didier Reynders, pense pourtant le contraire[11] en invoquant le fait que certaines entreprises d'assurances ont depuis réduit le montant des frais.
Pourquoi les assureurs n'auraient-ils pas pris cette décision sans cette nouvelle taxe ? Le poids de la concurrence les conduit actuellement à courtiser les clients dans d'autres branches... Et alors, cette réduction aurait été tout bénéfice pour l'assuré !

[9] Arrêté royal 10 novembre 2005 MB 18/11/2005
[10] Loi – programme 27 décembre 2005
[11] De Standaard, 6 janvier 2006



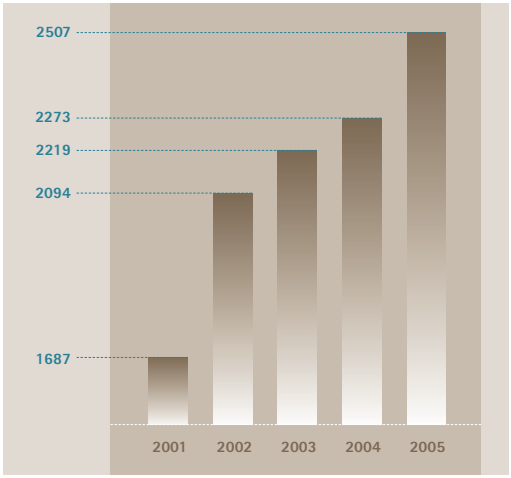
3

STATISTIQUES ET ANALYSE

3.1 : Aperçu global des plaintes introduites en 2005

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 ». En un premier temps, l'Ombudsman donne un aperçu global des tendances.

| A. PLAINTES INTRODUITES EN 2005 |



Avec une augmentation de plus de 10%, le nombre des doléances enregistrées par l'Ombudsman a passé le cap des 2500 !
En cinq ans, la croissance est de 45%.
A l'exception de l'année 2002, l'évolution du nombre des plaintes est liée essentiellement à la **notoriété** de la fonction de l'Ombudsman.
En effet, le consommateur, confronté à un litige, recherche de plus en plus spontanément s'il n'existe pas un organe qui peut régler le différend en dehors de l'ordre judiciaire. D'ailleurs, les voies alternatives à la voie judiciaire pour régler les conflits se multiplient.

En 2002, l'augmentation de 24% 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.
Durant l'année 2005, au niveau du secteur de l'assurance, certains consommateurs se sont apparemment déjà tournés vers l'Ombudsman des assurances plutôt que vers le service des plaintes de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA), anticipant ainsi le projet du ministre de l'Economie dont la presse a largement fait écho[12].
En effet, le ministre voudrait centraliser le traitement des doléances du secteur auprès d'un guichet unique. La gestion devrait en être confiée à l'Ombudsman des assurances.

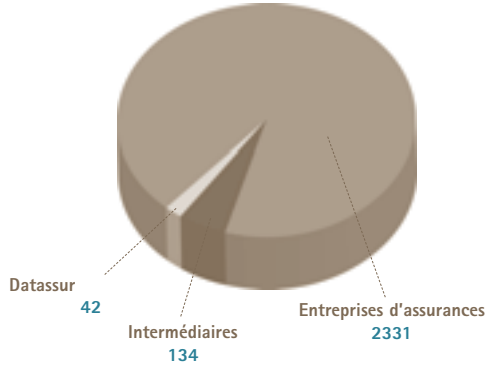
Les statistiques se fondent sur les plaintes qui sont introduites par un écrit (lettre, fax, mail) auprès de l'Ombudsman. Mais, à côté de ces écrits, il y a un grand nombre d'appels téléphoniques. Le consommateur méfiant cherche auprès d'une instance neutre et objective la confirmation d'informations reçues ou l'accès à une seconde opinion.
L'Ombudsman doit être accessible. Son intervention se veut rapide, efficace, pragmatique. Par l'écoute attentive et une réponse ciblée, le consommateur a une réplique directe à son problème, son souci, son inquiétude.

Ce filtre permet de stabiliser le nombre des plaintes écrites mais il influencera la nature des plaintes prises en gestion.

On assiste en effet à une complexité croissante des plaintes introduites. Elles nécessitent ainsi des compétences plus pointues, des recherches doctrinales et jurisprudentielles plus fréquentes et fouillées. Les négociations sont plus laborieuses et la recherche de solutions alternatives implique une plus grande créativité.

[12] Le Soir, 22-23 janvier 2005, p. 19

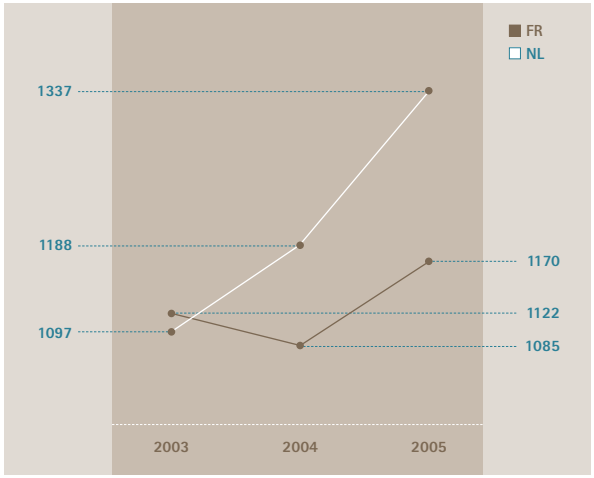
| B. RÉPARTITION ET ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES PAR GROUPE |



La grande majorité des réclamations concerne les entreprises d'assurances (93%).
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.
Déjà en 2004, on enregistrait une légère baisse des plaintes à l'encontre des intermédiaires qui s'est confirmée en 2005. Ces doléances ne représentent plus que 5,3%. Ce faible nombre de doléances à l'encontre des intermédiaires s'explique par le manque de publicité sur la possibilité de recourir à l'Ombudsman en cas d'insatisfaction mais surtout par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances. Le contact de proximité permet également plus facilement de désamorcer tout conflit.
Par contre, on note une minime augmentation des plaintes pour Datassur qui passe de 39 à 42 plaintes. Ces doléances correspondent à 1,7% de l'ensemble. Ce petit nombre s'explique par l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première ligne : l'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel.

| C. RÉPARTITION LINGUISTIQUE |

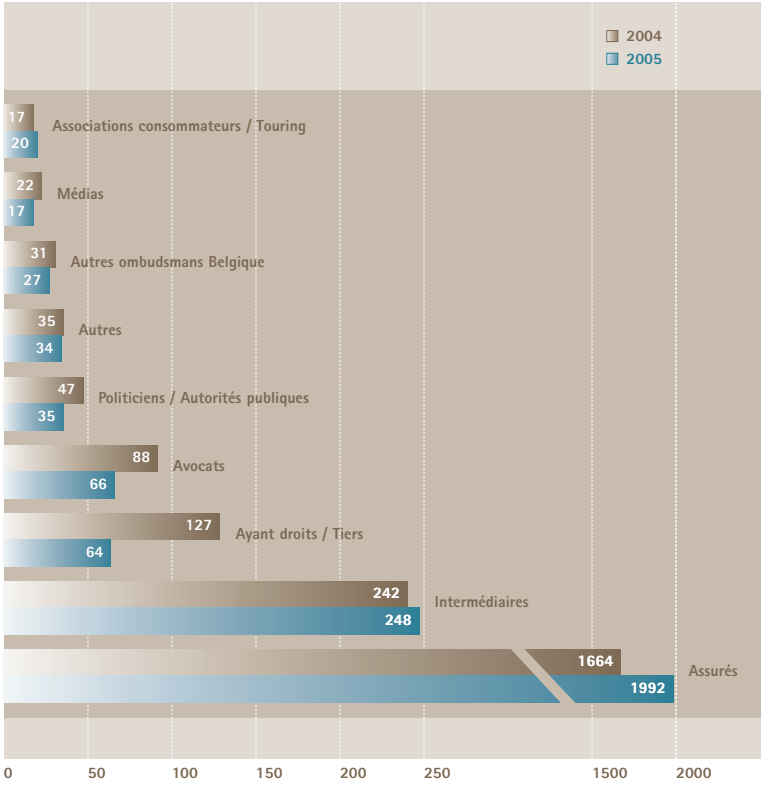
Durant des années, le nombre des plaintes introduites en langue française était nettement majoritaire (+55%).
En 2003, on assiste à un redressement et depuis l'an dernier, la tendance s'inverse. Ainsi les plaintes en langue française ne représentent plus que 47%. Leur hausse est de 8%. Par contre, en langue néerlandaise, l'augmentation est de 12%. En envisageant la répartition linguistique à travers les branches, l'Ombudsman relève que 66% des plaintes sont introduites par les néerlandophones en branche Vie et 65% en branche Soins de Santé.
Par contre, 65% des réclamations proviennent des francophones dans la branche Responsabilité Civile Automobile obligatoire.



| D. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |

A l'instar des années antérieures, la majorité des plaintes sont introduites par les assurés et donc, par les clients. L'Ombudsman constate au fil des ans que l'augmentation des plaintes provient de cette catégorie. Elle représentait 70% en 2003, 73% en 2004 et 79% en 2005.
Pour déterminer l'origine de la plainte, ce rapport se base sur l'écrit qui est introduit. Force est de constater qu'en réalité, l'assuré qui saisit l'Ombudsman, le fait souvent sous l'influence des médias, des associations de consommateurs ou de tout autre organisme qui l'assiste dans ses problèmes mais il ne le mentionne pas.

En 2005, 12% des plaignants ont utilisé le formulaire électronique pour introduire leur plainte alors qu'en 2004, ils n'étaient que 8%.



| E. DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |

L'Ombudsman enregistre globalement une hausse du nombre des plaintes dans les branches Accidents du Travail (+65%), Soins de Santé (+57%), Vie (+21%) et 5% en branche Automobile. Le nombre des doléances est resté quasi identique dans les branches Incendie et Protection Juridique.
Les différentes branches de la Responsabilité Civile hors auto comptabilisent une baisse des réclamations.
En Vie, ce sont les plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances qui ont augmenté. Par contre, il y a une baisse (-32%) des plaintes à l'encontre des conseillers en assurances.

Les plaintes adressées à l'égard de Datassur concernent majoritairement (85%) la branche RC Automobile obligatoire.

| F. DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |

L'analyse des réclamations 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 (+18%). Ainsi, les doléances pour des demandes qu'il a adressées à l'entreprise d'assurances mais restées sans réponse, ont cru de plus de 60%. Les plaintes concernent principalement les branches Automobile (attestation de sinistralité) et Vie (situation des réserves).
L'Ombudsman constate une augmentation des plaintes relatives à la résiliation du contrat (+43%) soit plus de réclamations qu'en 2002, année où les entreprises d'assurances ont procédé à un assainissement de leur portefeuille.
La nature des plaintes a cependant évolué. (voir 3/57)

En matière de sinistre, le consommateur se plaint du défaut de justification. Depuis quelques années, les doléances pour ce motif sont en croissance : plus 50% en 3 ans.
Par contre, sont en forte baisse les plaintes sur la gestion passive des assureurs Protection Juridique : -60%.

cas 2

EST-CE QUE L'ASSURÉ ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE A INTÉRÊT À SOUSCRIRE UNE ASSURANCE ANNULATION ?

M. X, dont l'épouse est atteinte de la maladie de Parkinson, souhaite souscrire une assurance annulation auprès d'une entreprise d'assurances.

A la lecture des conditions de la police, il constate que l'assureur n'intervient pas lorsqu'il existe un état préexistant.

Il s'interroge sur l'opportunité d'une telle assurance pour les personnes handicapées ou celles atteintes de maladies chroniques.

Ne pouvant accepter cette situation, il s'adresse à l'Ombudsman qui se tourne vers l'entreprise d'assurances pour obtenir plus d'explications.

Après réexamen du dossier, l'assureur confirme qu'il n'intervient pas lorsque l'assuré doit annuler son voyage suite à un état qui préexistait à la conclusion du contrat. Il précise toutefois que la notion d' «état préexistant» porte sur les affections constatées avant le voyage et pour lesquelles l'assuré était en traitement à ce moment là. En outre, l'assureur ne peut refuser d'intervenir que s'il existe un lien de causalité entre l'annulation et la maladie ou le traitement de celle-ci. Si le voyage est annulé pour d'autres raisons (un décès dans la famille, une fracture osseuse, par exemple), l'assureur accorde sa garantie.

L'Ombudsman n'a pu que confirmer la régularité de ces conditions car l'assurance est liée à la notion de risque. Or, le risque est déjà réalisé puisque la personne a un problème de santé pour lequel elle est traitée.

Déjà en 2004, l'Ombudsman avait été saisie de doléances relatives à l'application de la nouvelle législation sur l'anti-discrimination (voir rapport annuel 2004 p.25).

Ces plaintes concernaient principalement trois branches :
- les branches RC Automobile
- Soins de Santé
- Vie

Les motifs pour lesquels les plaignants interrogent l'Ombudsman sont principalement liés à l'âge et à l'état de santé.

Cette législation apporte une restriction à la liberté dont disposent des entreprises d'assurances de choisir les risques qu'elles gardent en portefeuille. Elle est récente et encore, dans son application, à ses débuts.
En effet, les praticiens du droit, les tribunaux approchent les premiers cas d'application. La doctrine est également encore peu étoffée.

expert

LA LOI ANTI DISCRIMINATION ENTRE SÉCURITÉ JURIDIQUE ET ÉQUITÉ

Faire des distinctions relève de l'essence de la technique de l'assurance. Selon qu'il s'agit d'un bon ou d'un mauvais risque, l'assureur décide d'octroyer ou non sa couverture et détermine la prime. La loi du 25 février 2003 qui introduit l'interdiction de discrimination dans les relations privées, constitue dès lors tout un défi pour le secteur de l'assurance. Certes, la loi n'interdit pas le fait de faire une distinction. Toute différenciation ne constitue pas une discrimination. Toutefois, une « justification objective et raisonnable » s'avérera chaque fois nécessaire.

La loi tendant à lutter contre la discrimination s'impose progressivement dans les esprits. Les assureurs sont conscients du fait que leur politique de segmentation doit résister à l'épreuve de l'interdiction de discrimination.
Les (candidats-)preneurs d'assurance commencent à invoquer la loi anti discrimination pour étayer leurs plaintes concernant un refus d'assurance ou l'application d'une prime trop élevée. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, l'Ombudsman des assurances, mais également les tribunaux voient arriver les premiers dossiers à traiter. La jurisprudence est encore maigre. Il est dès lors encore trop tôt pour en dégager des lignes directrices. Toutefois, les questions se font de plus en plus précises et il faudra bien y trouver réponse dans les toutes prochaines années.

1. On a coutume d'invoquer que la segmentation des risques est une condition sine qua non pour la rentabilité du secteur. La concurrence sur le marché libre oblige les assureurs à proposer une offre devant permettre au preneur d'assurance de ne payer ni plus ni moins que la prime correspondant exactement au risque qu'il souhaite assurer. Les « bons » et les « mauvais » risques ne sont en outre pas repris dans la même catégorie afin d'éviter le « moral hazard », d'une part, et une « sélection négative », d'autre part. La question se pose de savoir si ces objectifs suffiront pour refuser une assurance qui est indispensable au preneur et qui lui permet d'exercer l'un de ses droits sociaux fondamentaux tels que le droit aux soins de santé (assurance hospitalisation), le droit à l'aide juridique (assurance protection juridique) ou le droit à la mobilité (assurance RC auto). Le juge va-t-il estimer que ces objectifs sont sans doute légitimes, mais que les conséquences sont disproportionnées pour le preneur ? Ou va-t-il expliquer que l'on ne peut faire assumer par le secteur de l'assurance la réalisation des droits sociaux fondamentaux par le biais de la loi anti discrimination ?

2. La politique de segmentation de l'assureur doit être fondée sur des « critères pertinents ». Seuls des critères en rapport avec le risque de dommage peuvent justifier un traitement différent. Or, la pertinence en matière d'assurances n'est toujours qu'une « pertinence relative ». L'assurance s'appuie en effet sur la théorie des probabilités, sur une prévision aussi exacte que possible de la charge des sinistres.
Il peut s'agir d'une prévision basée, concrètement, sur le profil de dommage personnel du preneur ou, in abstracto, sur des données statistiques relatives au rapport entre une caractéristique – l'âge, le sexe, l'état de santé – et le risque de survenance du dommage. Dans aucun de ces deux cas, il ne peut être question d'une pertinence à 100%. L'avenir nous dira si le juge pourra se satisfaire d'une telle pertinence relative et dans quelle mesure il forcera les assureurs, en vertu de la loi anti discrimination, à affiner les critères.

3. Enfin, il convient de ne pas oublier que la loi anti discrimination impose non seulement de traiter d'une manière égale des cas équivalents, mais aussi de traiter différemment des cas dissemblables. C'est ce qui ressort du moins de la jurisprudence de la Cour d'arbitrage à propos de la signification de l'interdiction de discrimination dans les relations verticales. La question se pose de savoir si le juge appliquera cette idée, en vertu de la loi anti discrimination, également dans les relations horizontales. Pour les assurances, cela signifierait qu'il y aurait également discrimination si l'on traitait de manière identique les bons et les mauvais risques. Une segmentation excessive, mais aussi une segmentation insuffisante constitueront alors une violation de l'interdiction de discrimination.

Ces questions démontrent clairement que la loi anti discrimination du 25 février 2003 se trouve pour le moment entre sécurité juridique et équité. L'équité, la lutte contre l'arbitraire, représentent l'objectif ultime. En attendant, la sécurité juridique - ou plutôt le manque de sécurité juridique – est le prix à payer pour cette noble aspiration. Puisse la jurisprudence clarifier au plus vite les choses.

Jan Velaers, Professeur ordinaire à l'université d'Anvers
Assesseur au Conseil d'Etat, département Législation

Lorsque l'Ombudsman est saisi par un plaignant qui se sent discriminé, elle a, au cas par cas, examiné si les conditions prévues par la loi ont été respectées. Elle vérifie ainsi qu'à la base du refus de couverture ou de l'application d'une surprime il y a une justification objective et raisonnable.
Bien que l'Ombudsman ne peut imposer à un assureur la souscription d'un risque, elle intervient afin de renouer le dialogue pour trouver une solution accepté par tous.

En 2005, les réclamations portent principalement sur les branches Vie et surtout Soins de santé. Les difficultés face auxquelles certains assurés se sont retrouvés suite aux redressements tarifaires (voir 3/53) expliquent les raisons pour lesquelles ils se sont sentis discriminés. En assurance individuelle la hausse tarifaire était si importante qu'ils ne pouvaient plus y faire face.
En assurances collectives où le preneur d'assurances est l'employeur, l'entreprise d'assurances peut mettre fin au contrat ou tout simplement exclure les assurés inactifs. Suite à son conseil extraordinaire tenu à Raversyde en mars 2004, le gouvernement avait décidé d'intervenir par voie législative afin de garantir une couverture, pour la vie entière, d'assurances Soins de Santé au sens large[13]. Cette protection correspond à un réel besoin du citoyen qui peut se trouver démuni face à la couverture de ses frais liés aux soins de santé. Mais où reste la concrétisation de ce projet ?

[13] Rapport annuel 2004 p.6

cas 3

DANS QUELLES CONDITIONS UNE PERSONNE GUÉRIE D'UNE MALADIE GRAVE PEUT-ELLE SOUSCRIRE UNE ASSURANCE SOLDE RESTANT DÛ ?

Madame X a souffert d'une hépatite C. Rétablie, elle éprouve des difficultés à obtenir une assurance « solde restant dû ».

L'entreprise d'assurances A finit par accepter de l'assurer moyennant une surprime. Madame X se demande si l'application d'une surprime, sans que l'assureur ou son médecin-conseil l'ait examinée, est autorisée. Aussi, elle s'adresse à l'Ombudsman.

En principe, une entreprise d'assurances a le libre choix des risques qu'elle souhaite accepter ou conserver en portefeuille. La récente loi tendant à lutter contre la discrimination remet toutefois en cause le caractère absolu de cette liberté. Ainsi, le refus ou la formulation de conditions d'acceptation doit se fonder sur des critères objectifs et raisonnables pour justifier le refus ou les conditions.

En l'occurrence, l'assureur propose de couvrir Madame X moyennant une surprime fondée et justifiée par des statistiques. L'Ombudsman l'interpelle pour lui réclamer les données statistiques en question. Au cours de cet entretien, elle apprend que la surprime a été fixée sur la recommandation orale du médecin-conseil de l'entreprise d'assurances mais qu'aucun document justificatif n'est disponible. Ne pouvant accepter cette justification, l'Ombudsman demande de réexaminer son dossier. Après cette nouvelle analyse, l'assureur accepte d'assurer Madame X au tarif normalement appliqué.

| G. QUELLE EST LA RÉPONSE APPORTÉE À LA PLAINTE ? |

La codification du résultat 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 : questions relevant du domaine commercial, de la politique d'acceptation des risques, de la compétence d'autres ombudsmans.

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.

Sur 2507 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 605 doléances soit 24% n'ont pas fait l'objet de négociations.

	2004	2005
Demandes d'informations	292	322
Hors compétence	103	99
Entreprise hors charte	47	94
Ombudsman	40	70
CBFA	50	21

L'Ombudsman enregistre une légère hausse des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances qui n'ont pas souscrit la charte. Elle résulte de la renonciation à l'adhésion de la charte par un assureur.

La majorité de ces écrits concerne des demandes d'informations. Depuis plusieurs années, l'Ombudsman à l'instar des autres ombudsmans, constate une augmentation de ce type de saisine. Ainsi en 2005, elle représente plus de 12%. Méfiant, inquiet, doutant de l'information qu'il a reçue, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour obtenir d'une instance neutre et objective la confirmation des renseignements qu'il a recueillis.
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 ».
Au cours de l'année 2005, l'Ombudsman a enregistré plus de 52.000 consultations, soit une hausse de 73% par rapport à 2004. Les branches qui sont le plus consultées sont les Accidents du travail (30%), l'assurance Auto (30%) et l'assurance Vie (9%).

Nombre moyen de consultations par question

Branches	2004	2005
Général	164	223
Accidents du travail	59	231
Auto	212	321
Auto Production	208	306
Auto Sinistre	216	337
Incendie	156	237
Datassur	160	212
Familiale	203	269
Revenu garanti	177	339
Hospitalisation	152	207
Vie	225	182
Fonds de Garantie Automobile	150	197
Protection Juridique	185	307

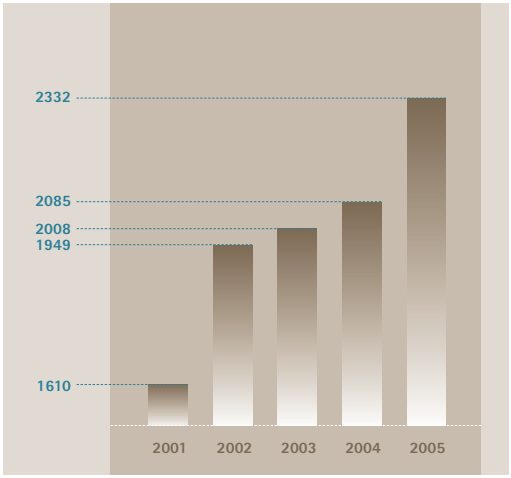
Les plaintes sont-elles fondées ou non-fondées ?
En 2005, à l'instar de 2004, 47% des plaintes sont fondées.
Parmi les 2507 plaintes, 1780 doléances ont fait l'objet de négociations et dans 841 cas le plaignant a obtenu gain de cause.
Cependant, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, l'assuré qui n'aura 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 rapport au résultat global où 47% des plaintes sont fondées, l'Ombudsman relève que 46% des plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances sont fondées, à comparer avec 61% des réclamations à l'égard des intermédiaires et 54% de celles à l'égard de Datassur.

Résultats	2003	2004	2005
Fondé	45%	47%	47%
Non-fondé	55%	53%	53%

3.2 : Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

| A. NOMBRE DE PLAINTES |

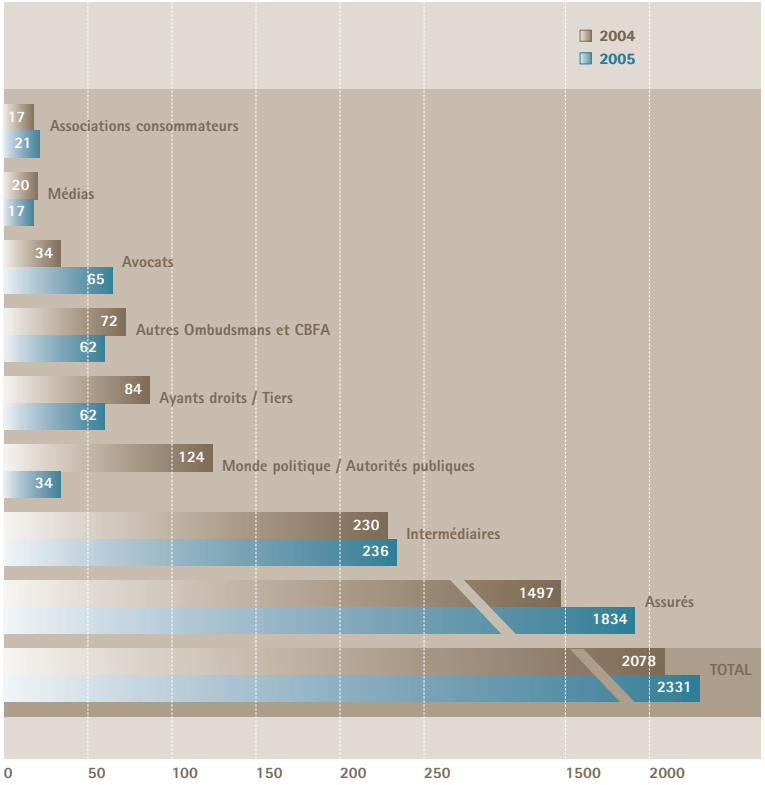


Une hausse de 45% en cinq ans.
En 2005, le nombre des plaintes est de 2332. L'augmentation se chiffre à 12%. Or, la croissance globale pour l'année 2005 s'élève à 10%.
Ce sont donc les doléances introduites à l'encontre des entreprises d'assurances qui ont influencé la hausse.
Depuis le premier janvier 2005, le gentleman's agreement en cas de double saisine du service des plaintes de la CBFA et de l'Ombudsman des assurances, a été modifié. En effet, par le passé, lorsque les deux instances étaient interpellées, seule la CBFA poursuivait la gestion. Actuellement, c'est l'Ombudsman qui prend le soin d'instruire la plainte. Cette décision a été prise dans le cadre du projet du ministre de l'Economie sur la gestion des plaintes dans le secteur de l'assurance.

La répercussion de ce projet par la presse a d'ailleurs influencé les plaignants qui se sont apparemment plus facilement tournés vers le service de l'Ombudsman.

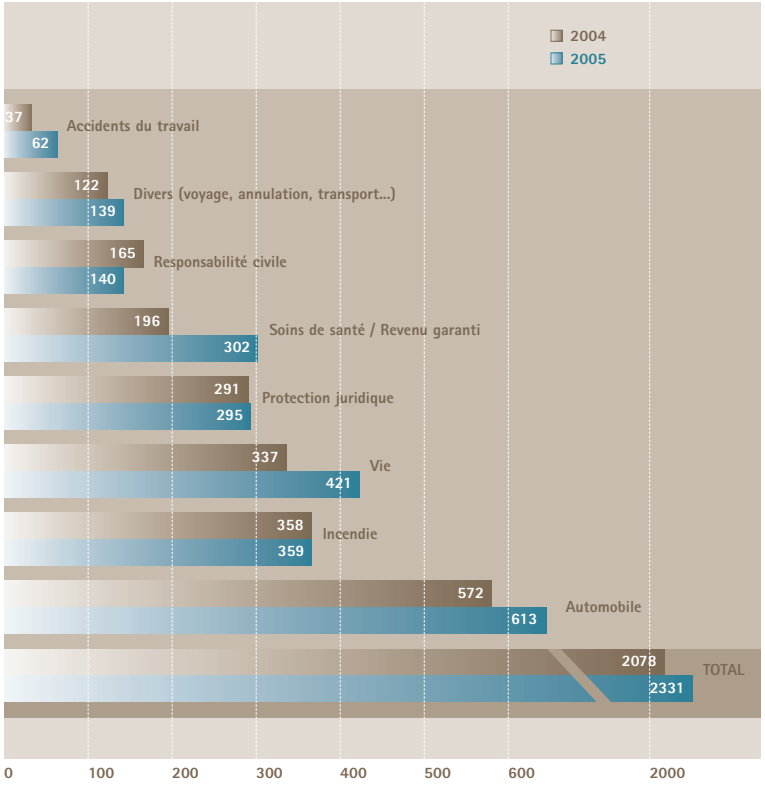
Sous les plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances, l'Ombudsman enregistre aussi les doléances formulées à l'égard du Bureau de Tarification et du Fonds commun de Garantie. En 2004, elles s'élevaient respectivement à 19 et 3.
En 2005, ces chiffres sont de 8 pour les deux instances.
Le Bureau de Tarification a pris des mesures internes de gestion qui réduisent sensiblement leur nombre mais les réclamations portent toujours sur les délais de réponse.

| B. 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 révèle que la majorité des plaintes ont été introduites par les assurés (79%).
Depuis 3 ans, leur augmentation provient essentiellement des réclamations introduites par les assurés eux-mêmes ou les bénéficiaires ou victimes qui bénéficient de l'intervention d'une entreprise d'assurance sur base d'un contrat souscrit par une autre personne ou une société.
En 2005, ces deux catégories représentent 82%. Par contre, le nombre des doléances présentées à l'Ombudsman par les intermédiaires, les médias, les associations de consommateurs et les autorités publiques est relativement stable.

| C. DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |



A l'instar des années antérieures, la majorité des réclamations concerne la branche Automobile qui représente 26%. Cependant, l'augmentation dans cette branche n'est que de 6%. La croissance globale du nombre des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances trouve essentiellement son origine dans les branches Soins de Santé (+65%) et Vie (+20%).

Dans une moindre mesure mais bien que leur croissance soit significative, les plaintes dans la branche Accidents du travail ont augmenté de 60%. Par contre, l'Ombudsman note une baisse de 16% dans les différentes branches de la Responsabilité Civile hors auto.
En Protection Juridique, le nombre total des réclamations est resté quasi identique avec toutefois une légère baisse de celles adressées à l'encontre des entreprises d'assurances spécialisées.

Protection Juridique	2003	2004	2005
Entreprises multi branches	186	158	172
Entreprises spécialisées	131	132	123

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 plus que doublé.
La branche Vie représente actuellement 18%.

Branches Vie	2003	2004	2005
Non-Vie	1765	1741	1910
Vie	243	337	421
Total	2008	2078	2331

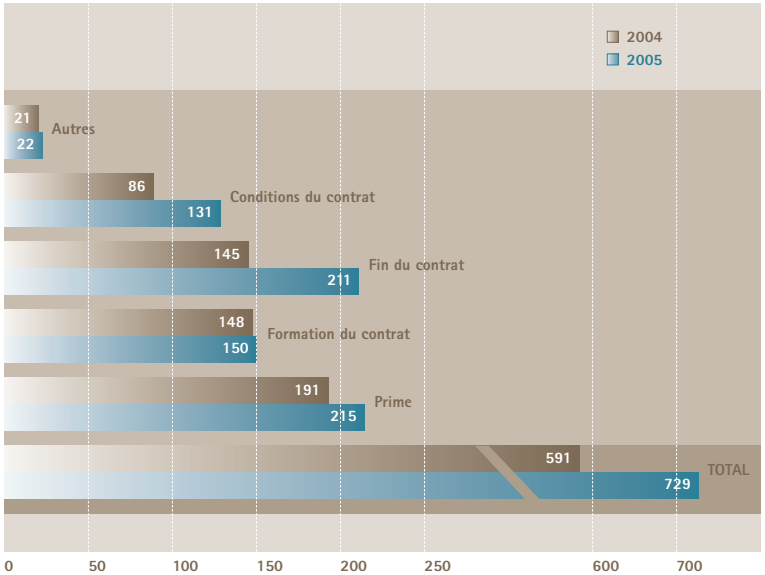
| D. DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR EN BRANCHES NON-VIE ? |

La majorité des doléances (soit 62%) porte 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.

Non Vie	2004	2005	Evolution
Production	591	729	+23,0%
Sinistre	1150	1181	+2,6%
Total	1741	1910	+9,7%

Néanmoins, depuis plusieurs années, l'Ombudsman enregistre de plus en plus de plaintes relatives à la production des contrats. En 2005, la hausse est de 23%. C'est ce type de plainte qui est d'ailleurs à l'origine de l'augmentation. Ainsi, en assurance RC Auto, les plaintes relatives à la production représentent 55%.

1. Quelles sont les plaintes en production ?



Les deux motifs principalement invoqués lorsqu'une réclamation ne porte pas sur la gestion d'un sinistre sont le montant de la prime et la résiliation du contrat. Ces motifs représentent près de 60% des raisons d'insatisfaction en production.

1.a Le montant de la prime

Ce type de plainte représente +/- 30% des réclamations relatives à la production non-Vie. Lorsque l'assuré saisit l'Ombudsman au sujet de la prime de son contrat d'assurances, c'est qu'il s'interroge sur son mode de calcul. Comment le montant a-t-il été établi ? Quel est le détail du calcul ? Pourquoi la prime a-t-elle augmenté ? L'entreprise d'assurances pouvait-elle légalement l'adapter ?
Ces questions se posent principalement dans deux branches :
la branche Soins de Santé (40%) et la branche RC Auto obligatoire (34%).
Durant l'année 2005, plusieurs entreprises d'assurances ont, dans le cadre de leur obligation de solvabilité (équilibre entre charges et recettes), adapté les tarifs qu'elles appliquaient à leurs contrats hospitalisation.

Ce nouveau tarif, qui comprenait souvent des hausses conséquentes, a été appliqué à l'ensemble du portefeuille. Inquiets, les assurés se sont adressés à l'Ombudsman qui n'a pu que vérifier la régularité de la procédure. Cependant, si les contrats d'hospitalisation ne peuvent, conformément à la loi, être résiliés par l'assureur, l'augmentation appliquée peut dans certains cas équivaloir à une résiliation.
En effet, ces majorations sensibles 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 hospitalisé est accentué. Il ne leur est guère conseillé de changer d'assureur puisque toutes les maladies liées à un état antérieur sont exclues. De plus, la majorité des entreprises d'assurances refusent la souscription de nouveaux contrats à partir de 65 ans. Certaines catégories d'assurés se sont ainsi trouvées dans des situations difficiles voire impossibles.
Une solution serait l'adaptation progressive des primes à un indice spécifique. Mais, sur ce plan, le secteur n'a pas encore reçu de réponse des autorités.

En assurance RC Automobile, le consommateur interroge l'Ombudsman car il ne comprend plus la structure de la tarification. La prime est fixée sur base du profil de conducteur habituel. Depuis la suppression du système bonus malus obligatoire, des entreprises d'assurances ont créé leur propre échelle.
Les modifications, consécutives aux boni ou pénalités liées à l'expérience sinistre de l'assuré, doivent se combiner avec les adaptations globales du tarif et les variations de segmentation.

cas 4

DOIT-ON DÉCLARER L'IDENTITÉ DU CONDUCTEUR HABITUEL D'UN VÉHICULE?

Des inconnus ont embouti la voiture d'un jeune homme alors qu'elle était en stationnement.

Après avoir constaté les faits, il dépose immédiatement plainte à la police et déclare l'accident à son assureur.
Dans le cadre de la gestion du dossier, l'entreprise d'assurances interroge sa mère, preneur d'assurances, pour obtenir des informations complémentaires.

Sur la base de ces éléments, l'entreprise d'assurances refuse toute intervention en invoquant la nullité de la police omnium souscrite par Mme X car elle ne mentionne pas que son fils est le conducteur habituel.

Mécontente, Madame X s'adresse à l'Ombudsman.
A l'analyse des documents du dossier, l'Ombudsman constate que sur la déclaration d'accident, le jeune homme, âgé de 22 ans, est désigné comme conducteur et que la facture des réparations et le certificat d'immatriculation sont également à son nom.
Dans le rapport établi par la police, le jeune homme déclare être le propriétaire du véhicule.
De plus, il se rend tous les jours avec ce véhicule à son travail.

Sur la base de ces éléments, il est évident que c'est le jeune homme qui utilise principalement la voiture.
Madame X a donc caché l'identité du conducteur habituel. Or, la prime est fixée sur la base du profil de celui qui se sert habituellement du véhicule.
En raison de ce qui précède, l'Ombudsman a dû confirmer que la prise de position de l'entreprise d'assurances est juridiquement fondée.

L'Ombudsman constate que lorsqu'elle interroge l'entreprise d'assurances parfois même le gestionnaire du dossier rencontre des difficultés pour détailler le calcul du montant de la prime. Or, en cas de modification tarifaire, l'assuré a la possibilité de résilier sa police. Mais, comment peut-il prendre une décision lorsque l'analyse comparative avec d'autres tarifs du marché est complexe ?
On ne peut que déplorer ce manque de transparence. A cet égard, il y a le projet d'une banque de données (voir 2/19) Mais quelles seront les conclusions de l'étude de faisabilité ?
L'assuré dans ces démarches a la possibilité de se faire assister par un conseiller en assurances qui doit justifier la pertinence du choix de son conseil. Cette obligation se verra renforcée par la mise en vigueur de la nouvelle loi sur l'intermédiation qui transpose la directive européenne.

1.b. Fin du contrat

Ce type de doléances concerne pour 50% la branche RC Auto obligatoire, 25% la branche Incendie et 10% la branche des Soins de Santé.
Depuis 2005, l'Ombudsman enregistre un nouveau type de plainte. Il s'agit des réclamations introduites par l'assuré parce que l'entreprise d'assurances conteste la régularité de la résiliation ou en postpose la prise d'effet.
Attiré par des campagnes promotionnelles alléchantes, le consommateur est moins fidèle. Lorsqu'il souhaite se détourner de son assureur, ce dernier s'attache à vérifier si tous les prescrits des formalités ont bien été suivis. Il s'y accroche, lui qui, dans d'autres circonstances, va s'en écarter car il estime les formalités trop lourdes et trop coûteuses.

cas 5

PEUT-ON RÉSILIER UNE POLICE PAR FAX ?

Plus de trois mois avant l'échéance principale de son contrat, Monsieur X demande la résiliation de son contrat d'assurance RC Automobile obligatoire par la voie d'un fax adressé par son conseiller en assurances à l'entreprise d'assurances.

Ce renon envoyé par fax répondait aux formalités prévues par la procédure simplifiée établie pour la résiliation des polices d'assurances. Ainsi, il mentionnait l'identité de l'entreprise d'assurances qui reprenait le contrat.

Quelques semaines plus tard, Monsieur X reçoit, à son grand étonnement, un avis d'échéance l'invitant à payer la prime. A ce moment-là, le courtier prend contact avec la compagnie et lui demande d'acter la résiliation de la police. Comme il y a moins de trois mois avant l'échéance, il communique la preuve de l'envoi du premier fax.

L'entreprise d'assurances ne retrouve pas le fax et maintient son refus d'annulation du contrat pour cette échéance.

Mécontent, le courtier au nom de son client saisit l'Ombudsman qui prend contact avec l'assureur afin d'examiner les éléments du dossier.
L'entreprise d'assurances a dû admettre, face aux éléments de preuve, que le fax avait bien été envoyé par le courtier dans les formes prescrites et que l'assuré ne devait pas subir les conséquences de la perte de ce fax au sein de la société.

Elle a donc acté la résiliation pour la date la plus proche.

Par contre, les plaintes contre les résiliations des entreprises d'assurances concernent majoritairement la branche RC Auto et les assurances collectives Soins de Santé.

Après les grandes opérations menées en vue d'assainir leur portefeuille Auto et Incendie, les entreprises d'assurances cherchent à reconquérir des parts de marché mais pas n'importe lesquelles : elles gardent leur portefeuille sous stricte surveillance ! Aussi le profil du consommateur rentable reste la cible. Mais ce consommateur peut facilement basculer dans le profil « non rentable » par malchance. Tel est le cas de la victime de plusieurs vols ou de tentatives de vol ou bien de petits sinistres voiture liés à la densité de circulation alors même que sa responsabilité n'est pas engagée. Les assurés vont se trouver face à un rejet de l'entreprise d'assurances. Le consommateur, fidèle durant des années ou client suite à une offre attractive, ne comprend pas la décision de son assureur qu'il croyait à ses côtés lorsqu'il aurait des ennuis…

Sollicitée, l'Ombudsman va vérifier si les prescrits légaux et contractuels ont été respectés.

cas 6

QUELLE EST L'ÉTENDUE DE LA RESPONSABILITÉ D'UN COURTIER, SYNDIC D'UN IMMEUBLE?

Le courtier A est également le syndic d'un immeuble à appartements. Au cours de l'assemblée générale annuelle du mois d'avril, le syndic est invité à étudier le marché de l'assurance en vue de trouver une police pour l'immeuble plus avantageuse. Aucun délai d'exécution ne lui est imposé.

L'échéance annuelle du contrat actuel est fixée au 1er septembre. Une lettre datée du 23 mai, contresignée par plusieurs copropriétaires, le prie de résilier ce contrat pour le 1er juin et de rechercher un nouveau contrat. Le syndic néglige toutefois de faire le nécessaire et l'ancienne police est maintenue. Face à cette négligence, les copropriétaires se demandent si le syndic peut voir sa responsabilité engagée en sa qualité de courtier. Ils interrogent l'Ombudsman.

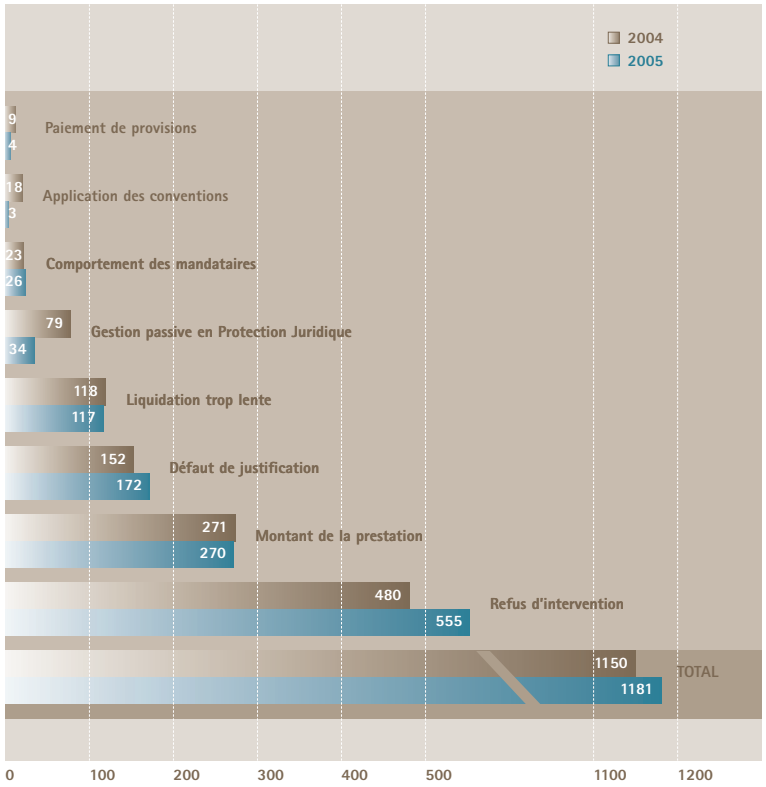
L'Ombudsman prend contact avec le syndic. Ce dernier estime qu'aucune faute ne peut lui être reprochée. En effet, l'assemblée générale n'avait imposé aucun délai et il prévoyait d'exécuter l'ordre pour l'assemblée générale suivante. Selon lui, la lettre envoyée par les copropriétaires le 23 mai n'est pas valable. Après examen du dossier, l'Ombudsman conclut qu'en tant que courtier d'assurances, il n'a commis aucune faute. En effet, le courtier n'est pas juridiquement habilité à résilier le contrat. La résiliation doit être demandée par l'assuré lui-même – en l'occurrence, le syndic ou les copropriétaires.

Mais il n'appartient pas à l'Ombudsman des assurances de se prononcer sur la faute que le courtier aurait commise éventuellement en sa qualité de syndic. A cet égard, elle recommande aux copropriétaires de consulter l'Institut professionnel des agents immobiliers.

Si la résiliation est juridiquement correcte, elle lui conseillera de consulter le marché pour trouver une nouvel assureur.
Dans des rares cas, elle interviendra auprès de la société, mais uniquement pour relancer le débat en mettant en avant les éléments positifs du dossier du plaignant afin qu'une solution alternative lui soit proposée. En effet, ces consommateurs malchanceux ne sont pas recherchés par la concurrence.

En Soins de Santé, les contrats d'assurances collectives sont souscrits, pour la plupart, par l'employeur au bénéfice des membres de son personnel et de leur famille.
Lorsque le contrat présente un déséquilibre financier, l'entreprise d'assurances va entreprendre des démarches qui commencent souvent par la résiliation.
Le bénéficiaire qui en est informé s'adresse à l'Ombudsman. En 2005, ces plaintes représentent 36% du total des réclamations relatives à la résiliation par l'assureur. Ensuite, l'assureur entame des négociations pour adapter le montant des primes et éventuellement aménager les conditions de couverture dont il arrêtera les modalités avec le preneur d'assurances et donc l'employeur. Le bénéficiaire doit accepter les termes de l'accord (voir 3/39).

2. Quelles sont les plaintes en gestion de sinistres ?



Les plaintes relatives aux sinistres représentent 62% de l'ensemble. Parmi ces doléances, le refus d'intervention (47%) reste le motif principal pour lequel l'Ombudsman est saisi.
Elle enregistre une légère augmentation des réclamations liées au défaut de justification (+13%) mais, par contre, une baisse sensible (-43%) des plaintes sur la gestion passive des dossiers en Protection Juridique.

2.a Le refus d'intervention

Une analyse plus poussée du motif refus d'intervention au travers des différentes branches laisse apparaître qu'il représente 70% des réclamations introduites dans les garanties vol (auto ou habitation). Les discussions portent le plus souvent sur les circonstances dans lesquelles le vol s'est produit.
voir cas 7 (3/62)

Différentes questions se posent qui peuvent aller jusqu'à mettre en doute la réalité du vol. La plus fréquente concerne le point de savoir si le vol tel qu'il s'est réalisé tombe sous le couvert des conditions générales. L'élément essentiel est celui de déterminer les conditions générales applicables.
voir cas 8 (3/63)

Dans d'autres cas, il y a lieu d'examiner si l'assuré n'a pas, suite à son comportement, à sa négligence, concouru à la réalisation du vol.
voir cas 9 (3/64)

Plus de 60% des doléances dans les branches Protection Juridique hors automobile et l'assurance Annulation Voyage concernent le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances. Dans la plupart des cas, l'assureur refuse d'intervenir parce que le sinistre ne tombe pas sous le couvert des garanties du contrat. Ces réclamations touchent l'interprétation et la portée des conditions générales.
En Protection Juridique, des difficultés sont liées à l'étendue des couvertures autres que celles relatives à l'automobile.
La portée des garanties plus sophistiquées n'est pas évidente : quels sont exactement les litiges couverts en matière immobilière, familiale, fiscale... ? D'autres discussions portent sur la notion de sinistre et le moment de sa survenance.
voir cas 10 (3/65)

cas 7

LE VOL A-T-IL ÉTÉ COMMIS AVEC VIOLENCE ?

Alors qu'elle se déplaçait en bus, Madame X avait déposé son ordinateur portable contre ses jambes, sous le strapontin sur lequel elle s'était assise. Le bus était bondé. Arrivée au premier arrêt, elle constate, dans la bousculade des gens qui montent et descendent, que son PC a disparu.

Madame X déclare à l'entreprise d'assurances, qui couvre le vol du contenu de son habitation, la disparition de son portable.

Elle demande le remboursement de sa valeur.
L'assureur refuse.

Mécontente, elle saisit l'Ombudsman qui prend connaissance du dossier.
Selon les conditions de la police que Madame X a souscrite, le vol du contenu est couvert. Cette garantie prévoit aussi la couverture du vol commis en dehors de l'habitation mais pour autant qu'il y ait violence sur la personne.

Est-ce que le fait d'être bousculée par un mouvement de foule peut être assimilé à un acte de violence sur la personne? Selon le dictionnaire « faire violence » c'est agir sur quelqu'un contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. (Le Petit Robert)

L'Ombudsman a dû constater qu'en l'occurrence, la plaignante n'avait pas vécu une telle pression.

En effet, le voleur a profité d'un mouvement de foule pour dérober son ordinateur mais il ne l'avait ni menacée, ni brutalisée, ni intimidée.

cas 8

QUEL CHANGEMENT DE CONDITIONS GÉNÉRALES ?

En novembre 2004, des voleurs s'introduisent par effraction dans la maison de Monsieur et Madame X et emportent leur petit coffre à bijoux.
Heureusement, ils avaient une assurance contre le vol et déclarent le sinistre à leur courtier. L'entreprise d'assurances estime que les circonstances du vol sont couvertes et elle désigne un expert pour fixer le montant de l'indemnité sur la base de photos. A la réception de ce rapport, elle adresse immédiatement une quittance d'indemnité à Monsieur et Madame X. Quel ne fût pas leur étonnement en prenant connaissance du montant qui leur était présenté : c'était le tiers de ce qu'ils attendaient. Ils s'adressent à leur courtier pour plus d'explications. Il les informe que l'entreprise d'assurances invoque des conditions générales sur la base desquelles le montant d'intervention est en cas de vol de bijoux limité à 10% du capital « contenu » qui est assuré.
Selon le courtier et les époux, les conditions générales prévoient une limite de 30%. L'entreprise d'assurances leur répond qu'il s'agit d'anciennes conditions et dans le cadre des garanties actuelles, la limite est de 10%. Monsieur et Madame X prétendent n'avoir jamais été informés de cette modification.

Insatisfaits, ils consultent l'Ombudsman.
A l'analyse des documents du dossier, l'Ombudsman constate qu'entre le moment de la souscription du contrat et le sinistre, les conditions générales ont été modifiées. La question est de savoir si l'assuré en a été valablement informé.
L'Ombudsman interroge l'assureur qui lui présente le texte d'un avenant adressé aux assurés automatiquement avant l'échéance. Sur la liste récapitulative, le nom de Monsieur X et la référence de son contrat sont bien repris.
Sur la quittance, il n'y a, par contre, aucune mention et le montant de la prime est simplement adapté au nouvel indice « Abex ».
L'Ombudsman estime que le simple fait que la police de Monsieur X soit reprise sur une liste d'envoi n'apporte pas à suffisance la preuve qu'il a reçu l'information. Elle demande à l'entreprise d'assurances de revoir sa position et d'indemniser Monsieur X sur la base des anciennes conditions générales.
L'assureur a acquiescé à la satisfaction des plaignants.

cas 9

L'ASSUREUR DOIT-IL INTERVENIR SI LE VOLEUR POSSÉDAIT LES CLEFS DU VÉHICULE VOLÉ ?

Le véhicule de madame X a été volé le 20 novembre 2004. Deux semaines plus tard, il est retrouvé fortement endommagé à l'avant gauche. L'expert le déclare en perte totale mais constate qu'il ne présente aucune trace d'effraction. Il demande à Madame X de lui remettre les clés du véhicule. Elle ne sait lui en fournir qu'une seule. La deuxième clé se trouvait dans son portefeuille qui lui a été volé en mars 2004.

L'entreprise d'assurances, qui couvre le véhicule contre le vol, refuse d'intervenir. Madame X ne comprend pas ce refus et pense que son assureur la soupçonne d'avoir maquillé un accident en vol.

S'estimant de bonne foi, elle saisit l'Ombudsman. A l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate que le refus d'intervention se fonde sur la loi sur le contrat d'assurances terrestres selon laquelle un assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences d'un sinistre.

Dans ce cas-ci, Madame X aurait dû, après avoir constaté le vol d'une des clés de sa voiture, changer les barillets des portières afin d'éviter que les voleurs du portefeuille ne puissent également s'emparer du véhicule. La loi prévoit comme sanction que l'assureur peut réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'il subit suite à la négligence de son assuré.

Comme dans ce cas, il s'agit du montant des réparations des dommages suite à l'accident causé par les voleurs, l'Ombudsman a estimé que la position de l'entreprise d'assurances était juridiquement fondée.

cas 10

L'ASSUREUR DOIT-IL COUVRIR LES FRAIS LIÉS À L'EXÉCUTION D'UN JUGEMENT ?

Monsieur X a un litige avec son locataire. Il a entamé une procédure judicaire et obtenu un jugement en sa faveur. Il est confronté à des difficultés liées à l'exécution du jugement. Entre-temps, il a souscrit une assurance Protection Juridique auprès de l'entreprise d'assurances Y.

Par le canal de son avocat, il demande à son assureur d'intervenir dans les frais de la procédure d'exécution.

L'entreprise d'assurances refuse. Elle considère que le litige est né avant la conclusion du contrat. Monsieur X n'est pas d'accord et il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble des éléments du dossier. Au départ, il y a un conflit entre le propriétaire et le locataire qui est né bien avant la conclusion du contrat. Comme le locataire n'a pas exécuté le jugement, le plaignant a dû confier l'exécution à un huissier. Cette exécution s'inscrit dans le prolongement du litige principal sur le fond. Or, le litige est né et jugé avant la conclusion du contrat. Le litige et l'exécution du jugement forment un tout, et donc il y a un seul cas d'assurance. Comme la police a été souscrite après le jugement, ce sinistre est né avant la conclusion du contrat.

L'Ombudsman a donc confirmé que la position de l'assureur était juridiquement fondée.

cas 11

LE REFUS DE REMBOURSER LES FRAIS D'ANNULATION D'UN VOYAGE EST-IL FONDÉ ?

Madame X réserve une croisière au Mexique. Quelques mois plus tard et pour des raisons médicales, elle est incapable de prendre part au voyage. Elle en informe immédiatement l'entreprise d'assurances qui la couvre pour l'annulation de son voyage et lui demande le remboursement des frais de réservation. L'assureur annulation refuse d'intervenir car il estime que le problème de santé était préexistant à la commande du voyage.

Madame X ne peut accepter cette décision et saisit l'Ombudsman.
Elle lui transmet une copie de toutes les informations médicales en lui demandant d'examiner le dossier.
L'Ombudsman constate que les conditions du contrat ne prévoient l'exclusion de son intervention qu'en cas de dommages corporels pour lesquels un traitement médical est suivi.

Or, si les informations médicales transmises font bien état que Madame X a déjà souffert de ces problèmes pour lesquels elle avait suivi des examens, au moment de la réservation du voyage, elle ne suivait aucun traitement. Les médecins traitants attestent en outre qu'au moment de la réservation, aucune contre-indication ne s'opposait au voyage.

Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman prie la compagnie de réexaminer son dossier. En concertation avec son médecin-conseil, l'assureur accepte d'intervenir dans les frais d'annulation.

En assurance Annulation Voyage, le refus de l'assureur est lié à l'état de santé préexistant de l'assuré.
voir cas 11 (3/66)

Dans la garantie dégâts des eaux, le refus d'intervention de l'assureur représente plus de 50%.
Le litige porte sur la détermination des conditions générales applicables ou sur leur interprétation au regard de l'origine ou de la cause du sinistre ainsi que sur la portée à donner aux termes utilisés dans la description des garanties.
En 2005, les assurés qui ont subi des dommages suite aux orages et pluies torrentielles de l'été sont venus frapper à la porte de l'Ombudsman qui, malheureusement, n'a pu que rarement leur donner pleinement satisfaction.
En effet, les dégâts issus de refoulement des égouts publics ou d'inondation ne sont généralement pas repris dans les cas couverts par les polices d'assurances vendues sur le marché belge. L'intervention du législateur (voir 2/15) répond à une réelle attente du consommateur face aux incidences de l'évolution climatique.

Les contrats d'assurances Incendie « formule globale » offrent différentes garanties ainsi que des extensions aux couvertures de base. Trop souvent, le consommateur comprend ces extensions comme étant des garanties à part entière. Or, il faut que le sinistre soit couvert par la garantie de base, pour qu'il puisse faire appel à son assureur pour faire rembourser des frais liés à ces garanties complémentaires.
voir cas 12 (3/68)

cas 12

DANS QUELLES CONDITIONS LES FRAIS DE SAUVETAGE SONT-ILS COUVERTS ?

Le chauffe-eau de Monsieur X surchauffe. Soucieux d'éviter une explosion, il ouvre tous les robinets pour permettre à la vapeur de s'échapper. La pièce et le plafond sont endommagés. La compagnie refuse de rembourser ces frais de remise en état.

L'intermédiaire de Monsieur X s'oppose à cette décision et s'adresse à l'Ombudsman. Il invoque les frais de sauvetage prévus à l'article 52 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, auxquels les conditions de police font également référence.

L'Ombudsman analyse alors tous les éléments du dossier, qu'elle compare aux conditions de police applicables.
Les conditions de police prévoient l'exclusion des sinistres résultant de la fissuration ou de l'éclatement des appareils suite à une surchauffe.
Si la surchauffe avait fissuré le chauffe-eau, le sinistre n'aurait en aucun cas été couvert.
Or, la survenance d'un sinistre couvert est une condition essentielle au recours à la garantie frais de sauvetage. En effet, les conditions de la police et la loi précisent que sont couverts les frais de sauvetage pour prévenir et atténuer les conséquences d'un sinistre.

L'Ombudsman confirme donc à l'intermédiaire que le refus de la compagnie est conforme aux dispositions légales et contractuelles en vigueur.

Par ailleurs, l'assuré doit également transmettre à l'assureur tous les éléments d'appréciation du risque.
voir cas 13 (3/70)

En assurance « Hospitalisation **»,** l'incompréhension face au refus de l'assureur de prendre en charge les frais est due souvent au manque d'informations sur le mode de facturation des établissements hospitaliers. L'obligation mise à leur charge d'établir un devis des frais ne concerne, en effet, que les séjours hospitaliers avec nuitées alors que bien d'autres interventions sont pratiquées en leur sein.
voir cas 14 (3/71)

En RC Vie privée, les discussions portent sur la capacité de discernement de l'auteur des dommages surtout lorsqu'il est en bas âge. Pour les enfants plus âgés (entre 10 et 18 ans) se pose la question de la qualification **intentionnelle** ou non de l'acte qui est à l'origine du dommage.
voir cas 15 (3/72)

cas 13

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES POUR L'ASSURÉ QUI NE TRANSMET PAS TOUTES LES INFORMATIONS À LA CONCLUSION DU CONTRAT ?

Monsieur X déclare à son assureur un important sinistre dégâts des eaux dû à une évacuation bouchée.

Afin de faire les constatations d'usage, l'entreprise d'assurances délègue un expert. Sur place, il remarque qu'il y a des traces de dégâts plus anciens et il interroge Monsieur X qui reconnaît qu'il a eu il y a un peu plus d'un an, un sinistre identique.

Sur la base de ce rapport, l'entreprise d'assurances entame une enquête durant laquelle elle apprend que Monsieur X était couvert auprès de l'entreprise d'assurances Y qui a résilié la police suite au nombre des sinistres.
Sur cette base, elle refuse d'indemniser Monsieur X.

Mécontent, il consulte l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance du dossier et de la proposition d'assurance remplie et signée par Monsieur X. Elle constate qu'à la question formulée sur les antécédents, Monsieur X a déclaré ne pas avoir été assuré auparavant et qu'il n'y avait pas eu de sinistres durant les trois années précédentes. Or, la loi sur le contrat d'assurance terrestre (article 5) prévoit explicitement l'obligation pour l'assuré de déclarer les éléments qui permettent à l'entreprise d'assurances d'évaluer le risque. Le fait de donner volontairement une réponse erronée est d'ailleurs sanctionné par l'article 6 de la loi qui prévoit la nullité du contrat sans remboursement des primes.

Face à ces constatations, l'Ombudsman n'a pu que donner raison à l'assureur.

cas 14

LES FRAIS D'UNE HOSPITALISATION DE JOUR SONT-ILS COUVERTS ?

Madame X, souffrant d'une tumeur maligne diagnostiquée sur l'arête du nez, décide de la faire enlever. L'intervention médicale se fait dans une clinique en hospitalisation de jour.
Elle demande à l'entreprise d'assurances qui la couvre pour les frais d'hospitalisation de la rembourser. L'assureur refuse d'intervenir parce que seul un montant forfaitaire est facturé.
Le courtier de Madame X prie l'Ombudsman d'examiner le dossier.

L'Ombudsman prend connaissance du dossier de l'assureur. Selon les conditions générales, il faut que le prix d'une journée soit porté en compte. Notamment, c'est le cas lorsqu'une ou plusieurs nuitées ont été passées à l'hôpital ou lorsqu'un forfait spécifique (A, B, C ou D) est facturé suite à une hospitalisation de jour. Dans un cas comme dans l'autre, une partie des frais de séjour est toujours prise en charge par la mutuelle.

Or, selon la facture, le forfait est entièrement mis à charge de la patiente.
Ce mode de facturation est peu clair. Aussi, l'assureur réclame des informations complémentaires à l'hôpital qui ne réagit pas.

Afin d'obtenir les informations nécessaires, l'entreprise d'assurances charge un inspecteur. Sur la base de son enquête, l'intervention subie par Madame X ne satisfait pas aux conditions de facturation d'un prix de journée. En effet, il ne s'agit pas d'une hospitalisation, mais bien de soins ambulatoires. En pareil cas, les frais de séjour sont intégralement à charge du patient.

En raison de ce qui précède, l'Ombudsman admet que l'entreprise d'assurances ne doit pas intervenir. Mais, comme Madame X a souscrit une garantie complémentaire pour les maladies graves, elle demande à l'entreprise d'assurances de l'indemniser sur cette base.

cas 15

L'ACTE DE L'ENFANT EST-IL INTENTIONNEL ?

Deux jeunes de 16 et 19 ans s'amusent à balancer un enfant de 8 ans, en le prenant par les chevilles et les poignets. Tout à coup, l'un des deux lâche sa prise et l'enfant tombe et se casse le poignet. Les deux familles des jeunes déclarent l'accident à leur assureur RC Vie privée.

L'une des deux entreprises d'assurances refuse d'intervenir en alléguant que le dommage résulte d'une faute intentionnelle d'un jeune âgé de 19 ans.

Etonnés, les parents interrogent l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des différents éléments du dossier et constate qu'en réalité il s'agit d'un jeu insouciant qui a mal tourné. Peut-on parler d'un acte intentionnel?

Le code pénal définit l'intention comme l'exécution d'un acte voulu et connu, peu importe si les conséquences étaient voulues. Cependant, la jurisprudence[15] est divisée sur ce point. Certains tribunaux estiment que pour que l'acte soit volontaire il faut que les conséquences soient visées et voulues expressément.

Sur base de cette jurisprudence, l'Ombudsman a entamé des négociations avec l'assureur qui a modifié son point de vue.

[15] Trib. Brugge 08/06/1989, RW 1990-91, 1067

2.b Le montant de la prestation

Le montant de l'indemnité représente 25% des plaintes en matière de sinistres. Globalement, le nombre de réclamations est resté stable avec cependant un glissement dans certaines branches.

En assurance Dégâts Matériels Auto et en assurance Incendie, l'Ombudsman enregistre respectivement une croissance de 44% et de 15%.
Les doléances en assurance Dégâts Matériels Auto portent sur le remboursement des frais annexes tels que le véhicule de remplacement, le montant de la TVA ou l'exigence des réparations pour en obtenir le remboursement, les frais d'immatriculation, l'application d'une franchise, le pourcentage de vétusté en cas de perte totale ou de réparation.

cas 16

QUAND L'ASSUREUR DOIT-IL PAYER LA TVA ?

Alors qu'il était en stationnement, le véhicule de Monsieur X est embouti. Le responsable a pris la fuite.

Heureusement, Monsieur X est assuré en omnium. Il s'adresse à son assureur qui lui paie le montant des réparations en déduisant la franchise mais sans la TVA.

Quelques temps plus tard, Monsieur X apprend par les médias que les entreprises d'assurances doivent payer la TVA même si l'assuré ne fait pas réparer.

Etonné, il se tourne vers l'Ombudsman afin de savoir s'il a été correctement indemnisé.

En réalité, l'information diffusée par les médias était incomplète car elle n'avait pas précisé que la TVA devait être payée sans facture de réparation lorsque c'est l'assureur du responsable de l'accident qui paie l'indemnité.
En effet, l'article 83 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre prévoit que la victime peut disposer librement de son indemnité.
Mais cet article n'est pas applicable à l'assurance omnium et le contrat peut donc préciser que la TVA ne sera payée que sur présentation de la facture.

L'Ombudsman a donc confirmé à Monsieur X qu'il avait été correctement indemnisé en application de son contrat « dégâts matériels » et qu'il aurait pu réclamer la TVA au responsable. Malheureusement, comme ce dernier est inconnu, la récupération ne sera pas possible.

cas 17

QUAND L'ASSUREUR DÉGÂTS MATÉRIELS PEUT-IL APPLIQUER UN POURCENTAGE DE VÉTUSTÉ ?

Suite aux pluies torrentielles du 29 juillet 2005, le véhicule de Monsieur X est inondé. L'ensemble du bloc moteur est endommagé. Heureusement, Monsieur X a souscrit une assurance omnium et déclare le sinistre à cet assureur.

L'entreprise d'assurances désigne un expert qui conclut à la nécessité de changer le bloc moteur. Dans son rapport d'estimation des dommages, il déduit 30% de vétusté sur la valeur de remplacement du moteur qui enregistrait 100.000 km au compteur.

Monsieur X conteste et demande l'avis de l'Ombudsman.

L'Ombudsman demande à l'entreprise d'assurances les conditions générales d'application. A la lecture de ce document, elle relève qu'il est stipulé qu'en cas de réparation du véhicule, l'assureur paie les frais de remise en état. Il n'est prévu nulle part qu'un pourcentage de vétusté serait appliqué.
Par contre, en cas de perte totale, un article du contrat prévoit explicitement que le montant de l'indemnité sera calculé en déduction d'un pourcentage lié à ancienneté du véhicule.

Sur cette base, elle a entamé des négociations avec l'entreprise d'assurances qui a accepté de payer l'intégralité de la valeur de remplacement.

En assurance Incendie, 18% des plaintes relatives aux garanties incendie et dégâts des eaux concernent le montant de la prestation de l'assureur.
Le consommateur s'étonne du montant de l'indemnité qui lui est proposée en réparation du dommage qu'il a subi. L'assureur conteste le montant du devis qu'il a transmis. En effet, il estime souvent que les réparateurs, indépendants ou sociétés, gonflent le prix des travaux en sachant qu'un assureur les prendra en charge ou à tout le moins que par la suite, il le « rabotera »...

Dans le cadre des discussions sur l'ampleur du dommage, l'assuré peut en général se faire assister par un expert de son choix dont les honoraires sont remboursés totalement ou pour partie, par son assureur.
Par contre, les honoraires de l'expert qui l'assiste pour établir l'origine ou la cause des dommages restent en principe à sa charge. Il faut qu'il bénéficie d'un contrat particulier pour la couverture de ce type de défense, pour qu'il soit remboursé.
En tout état de cause, l'assuré doit laisser à l'assureur la possibilité de fixer les dommages (art. 19, §2 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre).

Parfois l'expert omet de fixer le montant de certains postes.

cas 18

LE CHÔMAGE IMMOBILIER EST-IL INDEMNISÉ ?

L'appartement que Monsieur X donne en location a été endommagé suite à des infiltrations d'eau. Le mauvais état de la maison voisine est à l'origine du sinistre. Monsieur X saisit son assureur pour obtenir le remboursement des travaux à effectuer.

Lors de la visite de l'expert, il signe un procès-verbal fixant le coût de la remise en état. Mais les travaux ne peuvent être réalisés avant que le voisin ne répare son toit. Des semaines passent et l'appartement reste vide. Monsieur X se tourne vers son assureur pour lui demander une indemnité pour la perte des loyers.

L'assureur refuse en se basant sur le procès-verbal d'estimation amiable qu'il a signé.

Mécontent, Monsieur X s'adresse à l'Ombudsman qui interroge l'entreprise d'assurances.

A l'examen du dossier, l'Ombudsman constate que le rapport d'expertise ne porte aucune mention du chômage immobilier. Bien qu'il soit signé pour accord, l'Ombudsman demande à l'entreprise d'assurances d'interroger son expert sur la durée des travaux de réparation. Sur cette base, l'indemnité est majorée de 10 jours de perte de loyer. Pour Monsieur X, c'est insuffisant car il ne peut toujours pas faire exécuter les travaux puisque le toit de l'immeuble voisin n'est toujours pas remis en état.

L'Ombudsman a dû lui confirmer que cette perte de loyers complémentaire ne doit pas être prise en charge par son assureur mais bien par le voisin négligent. A cet effet, comme il dispose d'une garantie Protection Juridique dans sa police, l'assurance va entreprendre les démarches.

En outre, l'Ombudsman reçoit encore des réclamations au motif qu'il n'a qu'un seul sinistre, le préjudicié constate dans son décompte final que deux franchises sont déduites.
(voir recommandation 5/154)

D'autres discussions relatives au montant de l'indemnité portent sur la réduction de l'intervention de l'assureur en application de la règle proportionnelle et sur les coûts des réparations, suite à l'insuffisance des capitaux assurés.
Il y a également des controverses sur le remboursement des taxes, des droits d'enregistrement ainsi que les modalités du remploi de l'indemnité.

cas 19

L'ASSURÉ DOIT-IL RÉPARER SON BÂTIMENT ?

La façade de la maison de Monsieur et Madame X a été abîmée par un véhicule. L'expert de leur assureur évalue le dommage à 15.000 euros en ce compris la TVA.

Les époux font réparer la façade et les frais ne s'élèvent finalement qu'à 12.100 euros TVA comprise. Ils investissent le solde de 2.900 euros dans une nouvelle construction. Dans le but de récupérer la TVA, ils transmettent également cette facture à l'assureur.

L'entreprise d'assurances refuse d'intervenir car la facture ne concerne pas les réparations à la maison mais une nouvelle construction.
Etonnés, les époux demandent l'avis de l'Ombudsman.

L'Ombudsman analyse le dossier.

Elle rappelle à l'assureur que le propriétaire d'un bien endommagé a la possibilité selon la loi de réparer l'immeuble ou de le remplacer.
De plus, cette législation ne précise pas que le coût des réparations ou de l'achat du bien de remplacement doit correspondre au montant de l'indemnité. En réalité, cette disposition légale veut que l'assuré réinvestisse dans un bien immobilier.

Sur cette base, après négociations, l'Ombudsman a pu convaincre l'assureur de payer le solde.

Enfin, l'assuré conteste la déduction d'un pourcentage de vétusté appliquée par l'assureur. Un contrat d'assurance n'est pas un contrat d'entretien. En effet, il appartient à tout propriétaire de prendre les mesures adéquates pour maintenir le bien en bon état. La loi autorise ainsi l'assureur à déduire un pourcentage de vétusté mais elle doit être au moins de 30% (20% pour les dégâts de tempête).

cas 20

A QUI L'ASSUREUR DOIT-IL PAYER L'INDEMNITÉ POUR LES DÉGÂTS D'UN IMMEUBLE EN COPROPRIÉTÉ ?

Suite à une tentative de vol, une fenêtre de l'appartement du rez-de-chaussée a été fortement endommagée.
Le syndic de la copropriété déclare le sinistre à l'entreprise d'assurances qui désigne un expert. Afin de déterminer l'étendue des dégâts, le syndic marque accord pour que l'expert prenne contact avec le propriétaire, Monsieur X.
Quelques jours plus tard, l'expert visite l'appartement et fixe le dommage à 3000 euros. Le syndic reprend contact avec l'entreprise d'assurances et lui demande, conformément aux conditions générales du contrat, de lui verser l'indemnité. A ce moment, l'entreprise d'assurances l'informe que son expert a remis un chèque du montant de l'indemnité à Monsieur X.
Le syndic, voulant effectuer les réparations, réclame le chèque à Monsieur X. Il refuse de le remettre car il invoque qu'il n'a pas l'obligation d'effectuer les réparations et qu'il peut librement disposer de l'indemnité.
Face à ce refus, le syndic s'adresse à l'entreprise d'assurances en lui rappelant qu'il est le preneur d'assurances et que l'indemnité devait lui être versée. Pour sa part, il rétrocèdera au bénéficiaire, en l'occurrence Monsieur X, la partie qui lui revient.
L'entreprise d'assurances refuse de payer une seconde fois. Elle se défend en soulignant que la fenêtre endommagée est propriété privée de Monsieur X alors que la copropriété soutient que les fenêtres sont des parties communes de l'immeuble.
Face au refus persistant, le syndic saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble du dossier et entame des négociations avec l'entreprise d'assurances. Sur la base des données du contrat, l'assureur devait payer au preneur d'assurances et donc au syndic. L'erreur commise par l'expert ne libère pas l'assureur. De plus, l'Ombudsman a demandé au syndic de lui fournir l'acte de base qui décrit les fenêtres comme des parties communes.
Après discussions, l'assureur l'admet et paie une deuxième fois l'indemnité et cette fois au syndic, preneur d'assurance.

Dans le cadre d'immeubles à appartements, l'assureur est souvent confronté à des tensions ou à un manque de communication entre le syndic et les copropriétaires. L'indemnité concerne souvent des parties communes et privatives. Comment gérer efficacement de tels sinistres ?
voir cas 20 (3/82)

cas 21

PEUT-ON OBTENIR UNE PROVISION AVANT LA CLÔTURE DU DOSSIER RÉPRESSIF ?

Alors qu'elle circulait en cyclomoteur, Madame X a été renversée par une voiture. Elle est gravement blessée. Apparemment, la partie adverse est responsable.

Cependant, avant de prendre position, l'entreprise d'assurances, qui couvre la responsabilité de l'automobiliste, souhaite prendre connaissance du dossier répressif.

L'enquête judiciaire n'est pas clôturée.

Or, Madame X a des très faibles revenus et ses frais médicaux sont déjà très élevés. Sur le plan financier, sa situation devient précaire et l'assureur refuse de lui verser une provision. Perdue, elle s'adresse à l'Ombudsman.

Consciente de la situation délicate de Madame X, l'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances afin d'analyser le dossier et les possibilités de débloquer la situation. Suite à un dialogue constructif, l'assureur décide de demander à son avocat de consulter le dossier répressif au greffe. Par ailleurs, elle charge un inspecteur de rencontrer Madame X.

Selon leur avocat, leur assuré est totalement responsable. L'entreprise d'assurances décide alors de verser une provision substantielle.
Sur le plan financier, Madame X est ainsi réellement soulagée.

Les victimes de blessures frappent à la porte de l'Ombudsman lorsqu'elles ne peuvent plus faire face à leurs frais. L'Ombudsman va tenter d'obtenir une provision pour la victime qui se heurte à un refus de l'assureur qui n'a pas encore pu prendre connaissance du dossier répressif.
voir cas 21 (3/84)

Autre motif : elles s'estiment incomprises par les médecins des assureurs.

En effet, elles gardent des séquelles physiques de l'accident et les différents médecins qui l'examinent, retiennent des taux d'incapacité différents.

La couverture offerte par le contrat d'assurances varie selon l'appréciation du dommage physique. En droit commun, en assurances individuelles, en accident du travail, les critères d'appréciation diffèrent. Il faut en effet distinguer l'invalidité de l'incapacité. «**L'invalidité** est une notion médicale qui désigne l'amoindrissement d'ordre anatomique ou fonctionnel indépendamment de ses répercussions éventuelles sur les activités de la victime tandis que **l'incapacité** vise l'inaptitude à exercer des activités lucratives que la victime, compte tenu de ses qualifications, peut exercer dans le milieu économique et social qui est le sien.»[17]

Ainsi, une même blessure, une douleur identique, en fonction de l'angle sous lequel elle est envisagée, donne lieu à un pourcentage différent selon qu'il s'agit d'une invalidité ou d'une incapacité. De plus, en cas d'incapacité permanente, il y a des intervenants extérieurs au secteur tels que les médecins des mutuelles ou les fonds d'aide aux handicapés qui évaluent différemment l'état physique de la victime.

Face au désarroi du plaignant, l'Ombudsman, en se fondant sur des éléments de droit, provoquera ou relancera le dialogue entre les médecins traitants et les médecins experts pour qu'il reçoive sur le plan médical une information complète.

[17] Liège, 8e ch CIV, N° 56 du 15 mai 1995 (Inédit)

IP ou IP La différence est d'importance

| DISTINCTION DES NOTIONS D'INVALIDITÉ ET D'INCAPACITÉ |

Lorsqu'une victime demeure atteinte de séquelles permanentes à la date de consolidation de ses lésions, le ou les experts médecins, qu'ils soient désignés amiablement par les parties en litige ou judiciairement par un tribunal, doivent donner leur avis sur le taux d' « IP ». Ces deux lettres en majuscules, bien connues des spécialistes de l'indemnisation du dommage corporel, correspondent à deux notions très différentes, à savoir, l'invalidité permanente et l'incapacité permanente.

Il est essentiel de pouvoir distinguer la portée de ces deux notions, celles-ci engendrant une indemnisation totalement différente des séquelles dont est définitivement atteinte la victime, puisqu'en examinant les tableaux indicatifs on constate que les sommes allouées sont divisées par deux lorsqu'il s'agit d'invalidité.

Relevons immédiatement que le législateur n'a jamais défini ces deux notions. Par conséquent, seule une analyse des enseignements de la doctrine et de la jurisprudence permet de les cerner.

L'invalidité est une **notion médicale** qui est généralement définie comme *« l'amoindrissement d'ordre anatomique ou fonctionnel, indépendamment des répercussions éventuelles sur les activités lucratives de la victime »* (Robert André, La réparation du préjudice corporel, Story-Scientia, 1996, p. 86). On peut ajouter à cette définition *« l'hypothèse d'une atteinte à l'intégrité psychique de la victime »* (Pierre Feron, Vade-mecum de l'évaluation médico-légale, 2000, De Boeck, p. 207).

L'importance de la perte de validité subie par la victime est évaluée par l'expert en se référant à un pourcentage. Même s'il n'a qu'un caractère indicatif en dehors des expertises effectuées par l'office médico-légal qui évalue les séquelles des invalides de guerre, les experts se réfèrent régulièrement au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) pour fixer le taux de l'invalidité.

La reconnaissance d'une invalidité permanente, qu'elle soit totale ou partielle, implique de facto l'existence d'un dommage moral indemnisable dans le chef de la victime.

En revanche, la notion d'incapacité est une **notion à résonance économique** qui correspond à l'inaptitude totale ou partielle à l'exercice des activités lucratives que la victime, compte tenu de ses qualifications, pourrait déployer dans le milieu économique et social qui est le sien.

Cet état, lorsqu'il est démontré, génère un dommage matériel, lequel *« consiste en une diminution de la valeur économique de la victime sur le marché du travail et aussi, éventuellement, en la nécessité de fournir des efforts accrus dans l'accomplissement de ses tâches professionnelles normales »* (Cass. 2ème chambre, 21 octobre 1992, Pas.1992, I, 1178).

L'expert fixera le pourcentage correspondant à son évaluation du retentissement économique de l'incapacité de travail, et ce en fonction de facteurs socio-économiques tels que la gravité du handicap, l'âge et le sexe de la victime, sa formation et son passé professionnel, ses facultés d'adaptation et de réadaptation, ses difficultés de reclassement, son statut de travailleur manuel ou intellectuel, la situation du marché général du travail...

Les considérations qui précèdent permettent de distinguer le contenu des notions d'invalidité et d'incapacité et le type de dommage auquel celles-ci correspondent.

Ces distinctions sont importantes dès lors que, même si cela n'a pas toujours été le cas, la doctrine et la jurisprudence estiment désormais de manière constante que l'existence d'une invalidité n'entraîne pas nécessairement une incapacité de travail, de sorte que le juge ne peut déduire d'office l'existence d'un dommage matériel en cas d'atteinte à l'intégrité physique (Cass. 21 octobre 1968, Pas., 1969, 204). Il est à cet égard éclairant de citer quelques exemples : une cicatrice, une défiguration, l'impuissance sexuelle, voire la perte d'un orteil... sont incontestablement des atteintes à l'intégrité physique mais n'entraînent pas de facto une diminution de l'aptitude à l'exercice d'activités lucratives.

Ceci étant dit, il est évident que dans de nombreux cas l'invalidité engendrera une réduction du potentiel économique de la victime et, partant, coïncidera avec une incapacité. Il appartient donc à l'expert et, ensuite, au juge de vérifier s'il est établi in concreto que les séquelles physico-psychiques dont demeure définitivement atteinte la victime *« entraînent un handicap professionnel, c'est-à-dire une entrave effective, réelle, à l'exercice normal de l'activité professionnelle dans l'avenir »* (R. André, op. cit., p. 88). *Encore faut-il souligner que, dans cette hypothèse, il n'y aura pas forcément concordance entre le taux d'invalidité et celui d'incapacité. Ainsi, une importante invalidité peut coïncider avec une faible incapacité et inversement. Il suffit à cet égard de citer les sorts différents d'un pianiste et d'un cycliste professionnel en cas de perte d'un doigt ou, encore, d'un œnologue ou d'un avocat en cas de perte de l'odorat.*

En définitive, compte tenu des conséquences fondamentalement différentes pour l'indemnisation d'une victime, il apparaît indispensable que les experts médecins évaluent les séquelles permanentes de celle-ci en distinguant les notions d'invalidité et d'incapacité. A défaut de distinction, les Cours et Tribunaux devront vérifier si le contenu du rapport d'expertise permet de déterminer ce que représente le pourcentage proposé par l'expert et, dans la négative, ils ne devront pas hésiter à ordonner un complément d'expertise à ce sujet.

Précisons encore que les considérations qui précèdent concernent le droit commun de la réparation du dommage corporel. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les vocables invalidité et incapacité peuvent correspondre à des significations différentes dans le cadre de législations spéciales. A titre d'exemple, les législations relatives à l'indemnisation des conséquences dommageables d'un accident du travail ou sur le chemin du travail font également référence à la notion d'incapacité permanente. L'évolution de cette incapacité permanente sera toutefois basée sur des critères différents de ceux retenus en droit commun, de sorte que pour un même accident les taux fixés par l'expert ne seront pas forcément identiques dans les deux notions. Dans le même ordre d'idée, la notion d'incapacité permanente diffère également dans les législations pénales, sur les maladies professionnelles, sur l'assurance maladie invalidité,... mais ceci est encore une autre histoire.

En bref, il y a IP et IP, mais la qualification que retiendra l'expert entraînera pour la victime une indemnisation fort différente.
Soyons et soyez-y attentifs.

Michel Screvens, Avocat
Médiateur civil et commercial agréé

cas 22

L'ASSURÉ A-T-IL ÉTÉ SUFFISAMMENT INFORMÉ PAR SON ASSUREUR ?

Le 15 octobre 2003 Madame X a un accident de roulage. Les circonstances prêtent à discussion et Madame X conteste sa responsabilité. Elle déclare l'accident à son assureur Protection Juridique qui désigne son avocat pour la défendre.

Le Tribunal de Police saisi de l'affaire, la déclare responsable. L'avocat en informe l'entreprise d'assurances et lui demande s'il doit interjeter appel. Dans l'avis qu'il transmet, l'avocat mentionne qu'il existe une chance de réformation en degré d'appel.

L'entreprise d'assurances ne réagit pas et le délai pour introduire le recours est passé. Plus tard, lorsqu'elle est finalement informée de la décision, Madame X conteste et s'adresse à l'Ombudsman.

A l'analyse de l'ensemble des éléments du dossier, L'Ombudsman constate que si Madame X n'a pas été informée, c'est dû à un manque de coordination entre l'entreprise d'assurances et l'avocat. En effet, l'avocat pensait que l'entreprise d'assurances lui transmettrait son avis alors que l'assureur partait de l'idée que l'avocat prendrait lui-même contact avec Madame X.

En tout état de cause, l'Ombudsman estime que Madame X a perdu une chance de voir le premier jugement réformé et elle entame des négociations avec l'entreprise d'assurances. Dans son avis, l'avocat avait estimé qu'en degré d'appel Madame X pourrait obtenir un partage de responsabilité dans l'accident.

Sur la base de ce point de vue, l'entreprise d'assurances a proposé, à titre exceptionnel, de prendre en charge la moitié des frais encourus par Madame X. L'Ombudsman a estimé que c'était une proposition équitable qu'elle a communiquée à Madame X.
Cette dernière, satisfaite, l'a acceptée.

2.c Le défaut de justification

L'Ombudsman enregistre une recrudescence de ce type de plaintes. En 2005, avec une croissance de 13%, elles représentent 15% des doléances qui portent sur la gestion des sinistres.

Parmi elles, 30% portent sur la branche Protection Juridique Automobile alors qu'en 2004 ce pourcentage s'élevait à 25%. 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 librement. C'est l'application de la clause dite « d'objectivité ». En pratique, elle est trop souvent oubliée et une fois saisie, l'Ombudsman doit en rappeler l'existence.

Dans d'autres cas, l'Ombudsman, lors de l'analyse de la réclamation, constate que les insatisfactions résultent d'un défaut de transmission d'information ou un manque de coordination entre les différents intervenants.
voir cas 22 (3/90)

En réalité, l'assureur Protection Juridique entreprend et suit les différentes démarches utiles sans en informer l'assuré ou tout le moins pas directement. En effet, dans certains cas il tient l'intermédiaire au courant qui, lui, omet de transmettre l'information. Dans le secteur, la plupart des particuliers confient la gestion de leurs assurances à un conseiller qui, en tant que professionnel, doit assister son client.

cas 23

QUEL EST LE RÔLE DE L'ASSUREUR PROTECTION JURIDIQUE QUI CONFIE LE DOSSIER À UN CORRESPONDANT ÉTRANGER ?

En 1994, sur la route des vacances, Monsieur X et un ami ont été blessés suite à un accident de roulage. Le véhicule, qui les précédait, transportait un matelas qui s'est détaché.

Monsieur X déclare le sinistre à son assureur Protection Juridique qui confie la gestion du recours à son correspondant français. Interrogé, le représentant étranger répétait qu'il n'était toujours pas en possession de toutes les données du conducteur responsable et de son assureur. Visiblement, il ne prenait pas les mesures adéquates.

En 2005, Monsieur X constate que son ami est indemnisé. Aussi, lassé par ces réponses laconiques, il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble des éléments du dossier et doit constater le laxisme du correspondant Français dans la gestion du dossier.

Compétente à l'égard des entreprises d'assurances situées en Belgique, l'Ombudsman estime que l'assureur Protection Juridique n'a pas pris les mesures suffisantes pour obtenir l'indemnisation de son assuré. Aussi, elle convainc l'assureur d'entamer lui-même les démarches pour accélérer le recours pour la récupération des dommages. L'assureur désigne son médecin-conseil en lui demandant de fixer le dommage corporel et il charge un de ses délégués de rassembler les pièces justificatives des frais médicaux et des pertes de salaire.

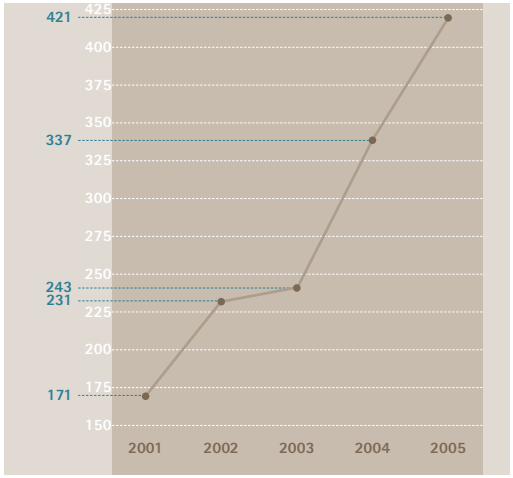
Quelques temps plus tard, Monsieur X a obtenu le remboursement de l'intégralité de son dommage.

En assurance Responsabilité Civile Automobile obligatoire, ce type de réclamation porte sur l'appréciation des responsabilités d'un sinistre.

L'assuré estime que le gestionnaire ne prend pas tous ses arguments en considération ou tout simplement, il ne comprend pas pour quel motif il est déclaré responsable. L'Ombudsman, interrogé par le plaignant sur cette base, a une mission quelque peu limitée. En effet, elle ne va pas se prononcer sur les responsabilités dans l'accident 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 pour se faire une conviction. Par son intervention, le consommateur recevra une réponse à toutes ses objections et pourra évaluer avec pertinence s'il y a lieu de poursuivre.

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

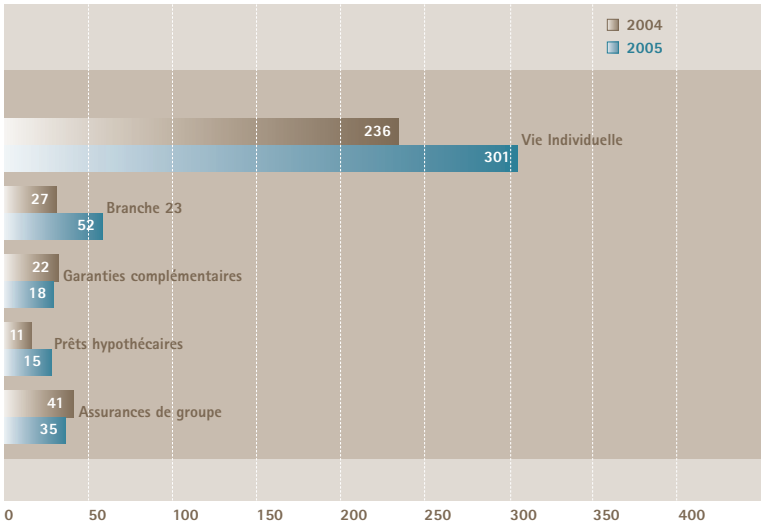
Après la hausse de 38% du nombre de plaintes relatives à des produits d'assurance Vie en 2004, l'Ombudsman enregistre, en 2005, une nouvelle augmentation de 25%.



En 2005, l'Ombudsman a reçu 421 doléances contre 337 en 2004.
Sur une période de 5 ans, la hausse atteint 246%.

La progression (+ 27%) concerne surtout les assurances Vie Individuelle qui prévoient un rendement garanti.

Le nombre de réclamations relatives aux autres produits d'assurance Vie montre de légères fluctuations. Ainsi, les doléances à l'encontre des produits « branche 23 » sont en augmentation mais, à cet égard, il convient de faire abstraction de 24 plaintes à l'encontre d'une entreprise d'assurances néerlandaise qui relèvent de la compétence de l'Ombudsman des assurances aux Pays-Bas.



A l'inverse des autres produits d'assurance, les réclamations relatives aux assurances sur la Vie sont enregistrées, principalement, sous le code « production ». Seules les plaintes qui portent sur une prestation en cas de décès ou sur la liquidation du contrat à son terme, sont enregistrées comme « sinistres ».

Production	75%
Sinistres	25%

cas 24

QUEL EST LE SORT DE L'ASSURANCE SOLDE RESTANT DÛ LIÉE À UN PRÊT HYPOTHÉCAIRE ?

Monsieur X a souscrit un crédit hypothécaire auprès de l'organisme bancaire Y.
Suite à la baisse des taux d'intérêt, il consulte le marché et trouve un emprunt à des conditions plus avantageuses auprès d'une autre banque. Lorsqu'il demande à son assureur d'adapter sa police solde restant dû, il apprend que le contrat a été annulé car il était devenu sans objet.

Monsieur X pense que l'entreprise d'assurances refuse de prolonger la couverture du contrat car son état de santé s'est entre-temps dégradé. Il demande donc à l'Ombudsman d'examiner son dossier.

Par une étude approfondie de la police, l'Ombudsman constate qu'elle fait partie d'une nouvelle catégorie d'assurance solde restant dû, qui ne présente pas le tableau dégressif préalable dans lequel figurent les capitaux garantis. Le contrat précise que le crédit en cours est couvert par la banque Y, avec mention du numéro de crédit. En pratique, tous les trois mois, l'assureur s'enquiert de la somme restant à rembourser. Sur cette base il calcule la prime due. Comme le crédit a été transféré, la banque n'est plus créancière, de sorte que le capital à assurer a été ramené à zéro.

Sur la base de ces dispositions contractuelles, l'Ombudsman établit que l'assureur ne fonde pas sa position sur des données médicales, mais bien sur les conditions contractuelles en vigueur. Comme aucun accord d'échange d'informations avec le nouvel organisme bancaire n'a été conclu, ce type d'assurance solde restant dû ne peut plus être prolongé.

L'entreprise d'assurances accepte toutefois de proposer, sans acceptation médicale, une assurance solde restant dû classique sur la base du dernier capital assuré dans le cadre de la police précédente.
Monsieur X a accepté cette proposition car le montant du capital assuré suffisait comme il avait obtenu des conditions d'emprunt plus avantageuses.

1. Quelles sont les plaintes en production ?

La hausse des réclamations en production est de 36%.

Le nombre de plaintes sur **l'absence de réponse ou d'information** est croissant. L'entreprise d'assurances ne réagit pas dans un délai raisonnable aux questions que l'assuré lui pose sur son contrat ou bien à une demande qu'il formule pour adapter sa police.

Les demandes d'adaptation du contrat concernent souvent l'assurance « solde restant dû ». Lorsque le consommateur transfère son crédit au profit d'un autre prêteur, le contrat d'assurance solde restant dû doit également être adapté afin d'éviter d'éventuels problèmes lors de la passation de l'acte hypothécaire.

Il peut même arriver que lors du déplacement du prêt, l'assurance « solde restant dû » cesse de produire ses effets. Il existe, sur le marché, des « assurances soldes restant dû » conclues auprès d'un assureur qui couvrent un crédit en cours auprès d'un organisme de crédit distinct. De telles polices sont généralement proposées lorsque l'assureur et le prêteur font partie d'un même groupe financier. Dans cette hypothèse, lorsque le consommateur change de prêteur, la police prend fin automatiquement sur la base du contrat et le consommateur doit donc conclure un nouveau contrat d'assurance.
Or, la souscription d'une autre police donne généralement lieu à une nouvelle acceptation médicale et, en tout état de cause, à une prime plus élevée puisqu'elle est liée à l'âge de souscription.
voir cas 24 (3/96)

cas 25

SUR QUELLE BASE FIXER LES FRAIS DE RACHAT D'UNE POLICE ÉTRANGÈRE ?

Par l'intermédiaire d'un courtier belge, Monsieur X souscrit une police auprès d'une entreprise d'assurances néerlandaise. Mais le courtier fait faillite et Monsieur X décide de racheter la police. Il constate que plus de 30% de frais sont prélevés. Monsieur X se demande si cette structure de coûts est bien légale et il interroge l'Ombudsman.

La police précise que c'est la législation belge qui est d'application mais la plainte est formulée à l'encontre d'une entreprise d'assurances néerlandaise qui n'a pas souscrit à la charte de l'Ombudsman en Belgique. Grâce au réseau européen Fin-net, l'Ombudsman saisit son collègue néerlandais qui lui, bien qu'en principe également incompétent car le droit belge est applicable, accepte d'examiner la réclamation.

Ainsi il engage une discussion avec l'assureur néerlandais sur les coûts prélevés suite au rachat du contrat. Mais, comme le droit belge est d'application, il revient vers l'Ombudsman belge pour connaître son avis.

La police relève du champ d'application du nouvel arrêté royal relatif à l'activité d'assurance Vie, selon lequel les frais de sortie ne peuvent excéder 5 % de la valeur des unités cédées – mais peuvent toutefois s'élever à 75 euros au maximum si ce montant est inférieur à 75 euros.

Or, les frais de sortie réclamés par l'entreprise d'assurances étaient supérieurs à cette limitation. Après négociations complémentaires avec l'Ombudsman néerlandais, l'entreprise d'assurances accepte de limiter les frais de rachat à 75 euros, si bien que le montant versé à Monsieur X est finalement majoré de 600 euros par rapport au montant initial.

Les opérations de rachat ou de réduction d'une assurance-vie constituent un sujet de réclamation récurrent (+/- 15% des plaintes). Lors de ces opérations, la structure des coûts est mise en évidence. Depuis le 1er janvier 2005, après une période transitoire d'un an, les entreprises d'assurances sont tenues de respecter toutes les dispositions de l'arrêté royal relatif à l'activité de l'assurance sur la Vie. Cette nouvelle législation leur impose des obligations d'informations plus strictes au moment de la conclusion du contrat. Comme la plupart des plaintes portent sur des contrats plus anciens, il faudra attendre un certain temps avant de pouvoir mesurer les effets de cette nouvelle réglementation. De plus, le nouvel l'arrêté royal impose aux entreprises d'assurances l'obligation de communiquer annuellement la situation acquise pour les contrats en cours.
Dans certains cas, l'Ombudsman a malgré tout déjà pu constater que ces nouvelles dispositions n'étaient pas encore respectées. Ainsi, l'article 30 dispose que l'indemnité de rachat ne peut excéder 75 euros (montant indexé). Lorsque le rachat se réalise durant les 8 premières années du contrat, une indemnité de rachat complémentaire à cette pénalité peut être demandée par l'assureur. Certaines entreprises d'assurances, dont la structure des coûts est basée sur le système néerlandais, ont appliqué une indemnité de rachat plus élevée.
voir cas 25 (3/98)

Le divorce entraîne d'autres problèmes lors des opérations de rachat d'un contrat d'assurance sur la Vie. Lorsqu'une police est souscrite dans le but d'attribuer à un enfant un capital à l'occasion de son mariage, elle est souvent conclue au nom de l'un des parents désigné comme bénéficiaire. Après le divorce, il peut arriver que le parent au nom duquel l'assurance a été souscrite refuse de verser les sommes à l'enfant. Pour éviter de tels problèmes, l'Ombudsman envisage une première approche. Le contrat d'assurance devrait désigner les deux parents comme bénéficiaires acceptants.
voir cas 26 (3/100)

En cours de contrat, informé sur le montant des prestations acquises, le consommateur est insatisfait. En 2005, le nombre de doléances, sur la base de ce motif, a encore augmenté. Dans le passé, une assurance Vie était souscrite dans le but spécifique de couvrir certains risques. Actuellement, le consommateur qui souhaite investir des sommes à plus long terme l'envisage comme une forme de placement. Dès lors, les produits d'assurances Vie ont évolué, ces dernières années, vers des produits d'épargne alternatifs assortis d'un rendement attrayant. Mais la large gamme de produits proposés engendre souvent une confusion chez le consommateur sur ce qui est garanti. S'agit-il d'une assurance à capital garanti, le taux est-il garanti et dans l'affirmative sur quoi s'applique-t-il ? Pendant combien de temps est-il garanti? Quelles sont les participations bénéficiaires ?

cas 26

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES D'UN DIVORCE SUR LA LIQUIDATION ?

Durant son mariage, l'époux de Madame X avait souscrit une assurance épargne nuptiale (produit d'assurance Vie). Monsieur et Madame X souhaitaient pouvoir ainsi donner à leurs deux filles une somme au moment où elles se marieraient. Entre-temps, Madame X a divorcé et l'entreprise d'assurances refuse de payer le capital aux deux filles sans l'accord de son ex-mari. Furieuse, elle s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des documents du dossier.
Tant la proposition que la police signée mentionnent le mari comme personne à assurer. De plus, il est le preneur et le bénéficiaire en cas de Vie. Or, la loi sur le contrat d'assurances terrestre (art 106 et 121) prévoit que le preneur d'assurances et le bénéficiaire désigné ont droit aux prestations du contrat. Dans le cas présent, son ex-mari cumule les deux qualités.
L'Ombudsman n'a pu que confirmer à Madame X que, comme l'exigeait l'entreprise d'assurances, il fallait l'accord explicite de son ex-mari pour verser le capital aux deux filles.

2. Quelles sont les plaintes en gestion de sinistres ?

Le nombre de réclamations enregistrées par l'Ombudsman sur les sommes versées au terme du contrat ou à la suite d'un décès est resté stable.

La plupart de ces doléances portent sur le **montant de la prestation.** Lorsque le contrat arrive à son terme, l'assuré constate que la somme qu'il perçoit diffère des projections qui lui avaient été présentées lors de la souscription du contrat. Suite à la baisse des rendements financiers de ces dernières années, les pourcentages des participations bénéficiaires présentés à la souscription du contrat ne sont pas atteints. Au moment de la conclusion de la police, l'assuré n'a pas suffisamment pris conscience du fait que les pourcentages de participation bénéficiaire du passé ne constituent en aucun cas une garantie pour l'avenir[19]. Les publicités récentes, notamment les campagnes audio-visuelles, mettent l'accent sur le caractère aléatoire des performances du passé.

Le régime fiscal a également une influence sur les prestations versées au terme. Au moment de l'établissement d'une police assortie d'un avantage fiscal, l'assureur communique le capital qui sera atteint au terme sans tenir compte de l'impôt dû.
Pour la plupart de ces contrats, l'entreprise d'assurances procédera au moment où l'assuré atteint l'âge de 60 ans, à la retenue de la taxe anticipative appelée aussi la taxe sur l'épargne à long terme. Le prélèvement de la taxe est une obligation pour l'assureur mais elle est libératoire pour l'assuré.

[19] Arrêté royal du 14/11/2003 art 31

cas 27

L'ASSUREUR VIE DOIT-IL PRÉLEVER UNE TAXE ANTICIPATIVE ?

A l'âge de 65 ans, Monsieur X perçoit le capital de son assurance-vie dont il a déduit chaque année la prime dans sa déclaration fiscale.

Il constate, à la lecture des documents qui lui sont remis, que l'assureur n'a déduit la taxe anticipative ou taxe sur l'épargne à long terme qu'à l'expiration du contrat.

Inquiet, il demande à l'Ombudsman si l'impôt a été valablement prélevé.
L'examen du dossier de l'assureur confirme que la taxe anticipative a bien été prélevée au 60e anniversaire de Monsieur X, comme le prévoit la loi.
L'entreprise d'assurances n'a toutefois pas envoyé de courrier à son assuré pour l'informer du prélèvement de la taxe et de son influence sur les capitaux assurés.
L'assureur n'est pas tenu d'informer l'assuré de cette procédure.

Dès que l'entreprise d'assurances émet l'attestation qui permet de déduire fiscalement les primes, elle est tenue, par la loi fiscale, de prélever à 60 ans la taxe anticipative sur la police.
L'Ombudsman confirme la régularité de la procédure suivie par l'entreprise d'assurances.
L'entreprise d'assurances admet toutefois que sa politique de communication doit être améliorée. A cette fin, elle envisage les mesures qu'elle devrait prendre pour mieux informer ses assurés.

L'Ombudsman constate que les entreprises d'assurances ne prennent pas toutes l'initiative d'informer leur assuré du prélèvement de cette taxe. Ce n'est donc qu'au moment de la liquidation du contrat, que l'assuré se rend compte qu'il a été taxé. Or, dans la majorité des cas, au moment de la liquidation, l'assuré est âgé de 65 ans.
Dans l'hypothèse où le consommateur a souscrit un contrat prévoyant un avantage fiscal, mais n'a pas déduit la prime, les conséquences sont lourdes.
Il a cependant la possibilité d'obtenir auprès de l'administration fiscale la restitution de la taxe retenue. Afin d'annuler ce prélèvement indu de la taxe, l'assuré est tenu d'établir au moyen d'une attestation de l'administration fiscale qu'il n'a jamais déduit les primes.
La loi limite toutefois le délai de récupération de la taxe anticipative à deux ans[20] . Passé ce délai, il y a prescription. La législation en vigueur est donc inadaptée. Voir 5/155 recommandations.
voir cas 27 (3/102)

D'autres litiges concernant le règlement du sinistre portent sur **le refus** de l'entreprise d'assurances de **verser le capital** aux ayants droit à la suite d'un décès. Dans d'autres cas, l'assureur refuse de procéder au paiement des prestations parce qui, selon lui, le contrat a déjà été liquidé.

La personne qui réclame l'exécution d'un contrat d'assurance Vie doit en principe présenter la police originale. C'est ce document qui prouve que l'assureur est redevable d'une prestation. Il arrive régulièrement toutefois que l'assuré ne dispose plus de la police originale. Dans ce cas, l'assureur procédera au paiement sur la base d'une déclaration de perte.
Si, plusieurs années plus tard, la police originale est malgré tout présentée, l'assureur devra alors prouver que la prestation contractuellement due a déjà été versée. Pour une protection optimale des droits du consommateur, la loi prévoit un délai de prescription de trente ans pour les capitaux assurés en cas de vie[21]. Les assureurs doivent donc conserver pendant ce délai les pièces justificatives de leurs paiements bien que, sur la base de la loi comptable, ce délai n'est que de dix ans.
L'Ombudsman a constaté dans un certain nombre de cas que ces pièces justificatives n'étaient plus disponibles. Elle est néanmoins parvenue à convaincre les entreprises d'assurances en question de payer les capitaux qui étaient prévus dans la police originale.
voir cas 28 (3/104)

[20] Art. 202 du code des taxes assimilées aux timbres

[21] Art. 30 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre

cas 28

LES FORMALITÉS NE SONT PAS RESPECTÉES ! LES CONSÉQUENCES PEUVENT ÊTRE LOURDES...

En 2005, Monsieur X retrouve les documents d'une assurance vie au nom de son épouse, entre-temps décédée. La police a expiré en 1980. Monsieur X réclame à l'entreprise d'assurances le paiement du capital assuré, à majorer des intérêts sur une période de 25 ans. Suite au refus de l'entreprise d'assurances de payer, mécontent, Monsieur X s'adresse à l'Ombudsman qui interroge l'entreprise d'assurances.

Elle ne retrouve pas trace de la police dans ses fichiers et suppose que le capital assuré a déjà été payé. Elle ne dispose toutefois d'aucune preuve attestant de la liquidation de la police. Or, la législation relative à la comptabilité, exige que les preuves de paiement soient conservées pendant 10 ans. La loi sur le contrat d'assurance terrestre (art. 34) prévoit que le droit aux prestations est prescrit après 30 ans.
Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman convainc l'assureur de payer le capital prévu au contrat. Par contre, il n'a pas versé d'intérêts.
Sur ce dernier point, l'Ombudsman confirme le bien-fondé de la position de l'assureur : l'épouse de Monsieur X disposait, à l'expiration de la police, d'un droit de réclamation vis-à-vis de l'assureur, puisque le capital était juridiquement quérable. Le fait que le survivant ait attendu 25 ans pour réclamer les sommes assurées ne rend pas l'entreprise d'assurances redevable d'intérêts pour cette période.

| F. QUELLE EST LA SOLUTION APPORTÉE À LA PLAINTE ? |

Sur 2331 doléances, 566 plaintes n'ont pas fait l'objet d'enquête.

Demande infos	293
Hors compétence	96
Entreprises hors charte	94
CBFA	17
Autres Ombudsmans	66

Au 15/2/2006, 113 dossiers sont encore ouverts.

Par contre, 1652 réclamations ont fait l'objet d'une enquête et parmi celles-ci, 54% sont non-fondées.

Fondées	765
Non fondées	887

En production, 55% des plaintes sont fondées.

Les réclamations introduites sur la preuve du contrat, les demandes restées sans suite, le remboursement de la prime, les résiliations des contrats sont majoritairement fondées.

Par contre, les plaintes relatives à l'augmentation du tarif en Soins de Santé ou sur les désillusions du rendement des produits d'assurance Vie sont pour la plupart non-fondées.
Mais, si sur le plan technique, la gestion des entreprises d'assurances est correcte la plainte témoigne, néanmoins, d'un déficit de communication.

En sinistres, 42% seulement des plaintes sont fondées.

Cet écart par rapport au résultat global s'explique essentiellement par les plaintes introduites suite au refus d'intervention de l'assureur qui représentent 47% du nombre des plaintes en matière de sinistres et qui sont pour 66% non-fondées.

Les réclamations sur le montant d'intervention sont pour 58% non-fondées.

Par contre, les plaintes sur la liquidation trop lente d'un sinistre ou le défaut de justification sont fondées pour 52%.

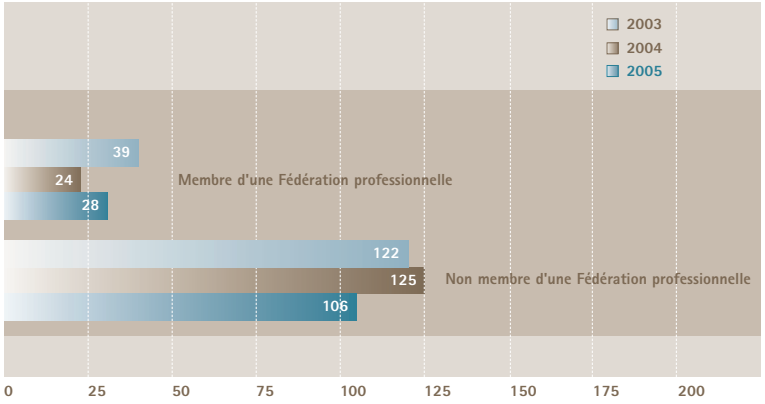
3.3 : Plaintes à l'encontre des intermédiaires

| A. NOMBRE DE PLAINTES |

L'Ombudsman enregistre en 2005 une diminution de 10% du nombre des plaintes à l'encontre des intermédiaires en assurance. Depuis 2003, l'Ombudsman enregistre une baisse de 17%.

2003	2004	2005
161	149	134

Pourtant, en 2005, les plaintes à l'encontre des intermédiaires membres d'une fédération professionnelle sont en très légère augmentation.

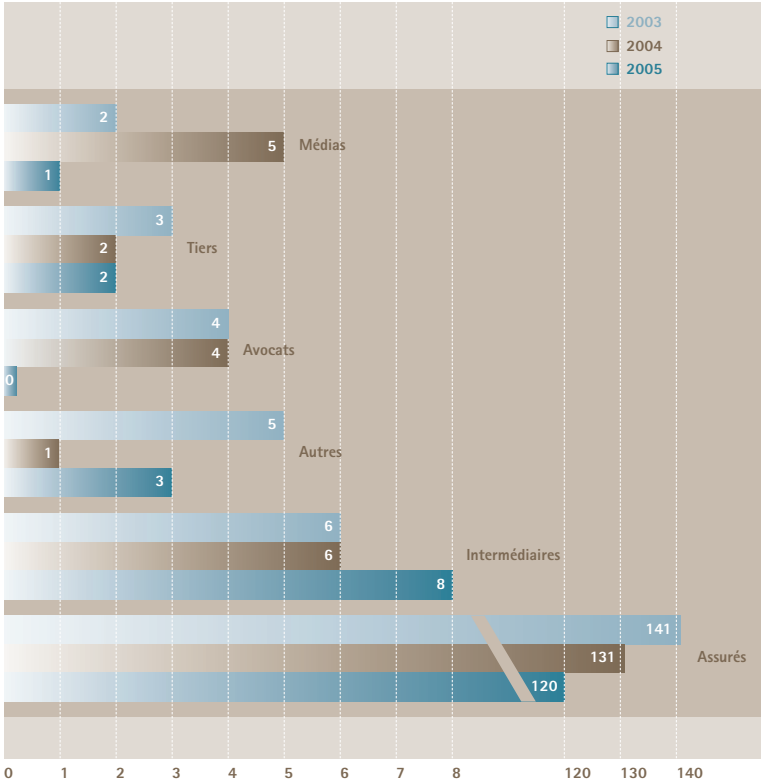


De manière générale, le faible nombre de réclamations à l'encontre des intermédiaires peut s'expliquer par le contact de proximité que le conseiller en assurances entretient avec son client.
Leur relation proche et interactive permet d'individualiser la communication, de connaître et d'incorporer les éléments significatifs de l'environnement personnel du client dans le choix et la gestion des assurances.
L'intermédiaire pourra aussi répondre dès le premier signe d'étonnement ou d'insatisfaction.
Mécontent, le client peut réagir d'autres façons. Il peut s'adresser directement à l'entreprise d'assurances ou tout simplement changer d'intermédiaire.
Enfin, contrairement aux entreprises d'assurances, les intermédiaires qui ne sont pas membre d'une fédération professionnelle font peu écho de la possibilité de recourir à l'Ombudsman en cas d'insatisfaction sur leurs prestations.

La transposition en droit belge de la directive européenne sur l'intermédiation[22] va y pallier puisque tout intermédiaire devra désigner un organe compétent pour connaître un différend qui le concerne.

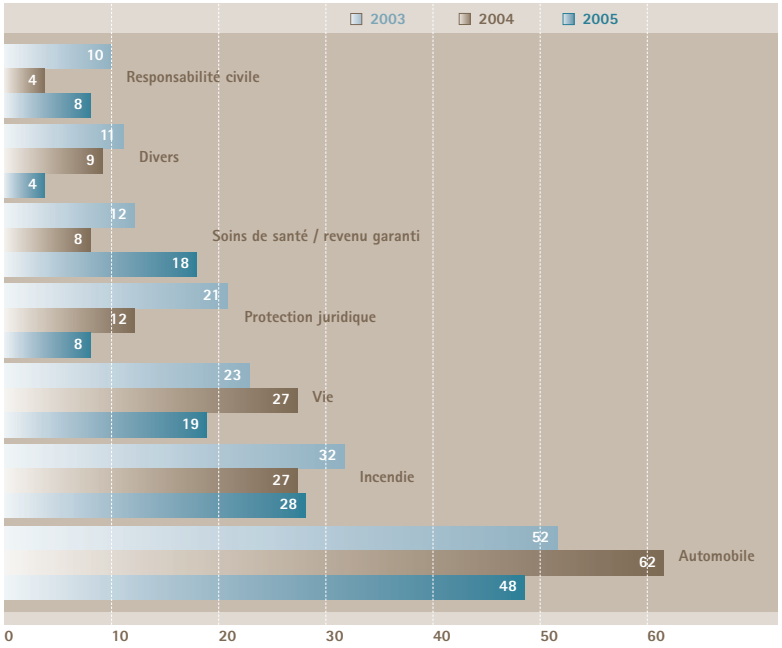
| B. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |

Comme les années précédentes, la majorité des plaintes à l'encontre d'un intermédiaire est introduite par les assurés eux-mêmes (90%).



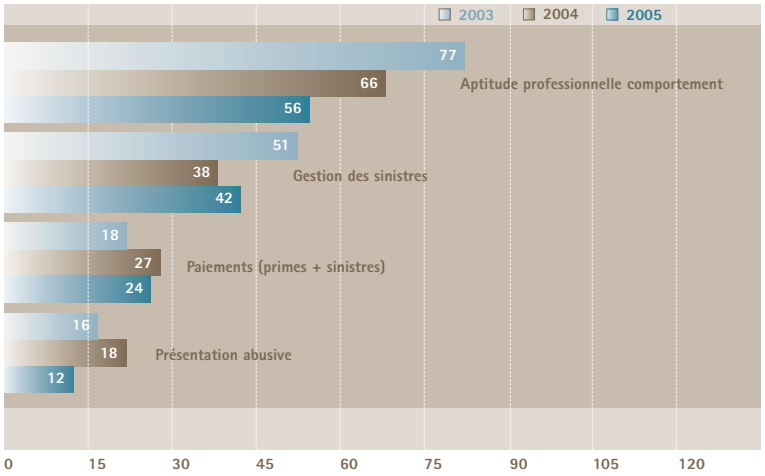
[22] Directive du 15 janvier 2003

| C. DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |



Le consommateur se plaint principalement dans la branche Automobile qui représente 36%. Elle est cependant en recul par rapport à 2004 (-32%).
De même, le nombre des doléances en branche Vie a diminué (-30%).
Par contre, le nombre des réclamations dans la branche Soins de Santé a plus que doublé. Elles représentent 13% en 2005.

| D. DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |



Comme le nombre de plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances est faible, l'analyse permet simplement d'identifier certains motifs d'insatisfaction. Dès lors, l'Ombudsman reprend quelques griefs qui témoignent des sources de mécontentement ou du manque de professionnalisme de certains intermédiaires. L'analyse de ces motifs met, par contre, en évidence le rôle essentiel de conseil et d'assistance qu'en tant que professionnel, l'intermédiaire peut et doit apporter aux consommateurs qui lui confient la gestion de leurs assurances.

L'examen des plaintes témoigne également des difficultés en matière de preuve. Contrairement à la relation avec l'entreprise d'assurances qui s'appuie sur des écrits, celle avec le conseiller en assurances est souvent verbale.

La transposition en droit belge de la nouvelle directive européenne qui impose plus de formalisme permettra à chacune des parties de prendre d'abord conscience de ce qui est dit et convenu au moment de l'entretien (rôle de prévention) et en cas de litige, de s'appuyer sur des éléments écrits rapportant l'intention des parties.

A l'instar de 2004, 66% des plaintes concernent la **conclusion** ou la modification du contrat ainsi que le **paiement de la prime.**

cas 29

QUELLE EST LA PORTÉE DE LA DÉLÉGATION DE POUVOIRS D'UN CONSEILLER EN ASSURANCES ?

Madame X a souscrit un contrat d'assurance pour son véhicule auprès de l'entreprise d'assurances Y par l'intermédiaire d'un courtier. Le contrat est établi par le courtier, sur la base d'une délégation de pouvoir, au degré de bonus/malus 6.

Quelque temps plus tard, Madame X reçoit de son assureur un courrier l'avertissant d'une rectification du bonus/malus au degré 10 et lui demandant de payer un supplément de prime de 352,89 euros.

En effet, son courtier n'avait pas tenu compte d'un ancien sinistre toujours en cours.

Madame X se demande si une telle procédure est normale et en fait part à l'Ombudsman.

L'entreprise d'assurances a accordé une délégation de pouvoir au courtier pour conclure des contrats en son nom. Il est dès lors chargé de recueillir les données relatives au candidat preneur d'assurance. Après avoir vérifié ces données et notamment l'attestation de sinistralité reprenant les accidents des cinq dernières années, il détermine le degré de bonus malus du nouveau contrat.

L'Ombudsman estime que l'entreprise d'assurances doit supporter les conséquences des fautes éventuelles commises par le courtier dans le cadre de cette délégation. Aussi, elle ne peut modifier unilatéralement le contrat en invoquant l'erreur matérielle. De plus, on peut supposer que le courtier a utilisé le degré bonus malus comme argument de vente.

Sur cette base, l'entreprise d'assurances a accepté de conserver le degré bonus malus déterminé initialement.

Lors de la souscription du contrat, il faut qu'un dialogue ouvert s'installe entre le conseiller en assurances et le consommateur. Le candidat assuré doit pouvoir recueillir toute l'information utile pour prendre sa décision.

A cette fin, l'intermédiaire doit respecter les pouvoirs que l'assureur lui a délégués ou à tout le moins obtenir l'accord de l'entreprise d'assurances sur les projets de contrat. Dans ce cadre, l'Ombudsman a enregistré différents types de plaintes. Ainsi, le client adresse des reproches à son conseiller en assurances car il n'a pas tenu compte des antécédents qu'il connaissait pour fixer la prime ou, dans le cadre d'un contrat de prêt hypothécaire, il a proposé un taux différent de celui qui est repris dans le contrat. Dans le cadre de la délégation de pouvoirs, il est important que les intermédiaires aient accès à toutes les informations utiles pour pouvoir l'exercer efficacement.
voir cas 29 (3/114)

Dans d'autres cas, le consommateur se plaint que l'intermédiaire d'assurances n'a pas envoyé la résiliation à son assureur précédent.
C'est au moment où il reçoit les deux invitations à payer qu'il s'en rend compte. Or, le délai pour adresser la résiliation est dépassé et il ne peut rapporter la preuve écrite de cette demande.
D'autres réclamations portent sur les frais de gestion supplémentaires apportés en majoration de la prime. Le conseiller en assurances les justifie par les services qu'il a rendus. En principe, l'intermédiaire est rémunéré par la commission qu'il perçoit sur les primes payées par l'assuré. Dès lors, sauf convention contraire dûment établie, il ne peut demander des suppléments ou des frais pour ses prestations.
En assurance Soins de Santé, l'Ombudsman enregistre un accroissement du nombre des plaintes pour des motifs identiques à ceux invoqués à l'encontre des entreprises d'assurances. (voir 3/53) Les réclamations portent sur l'augmentation de la prime ou le refus du remboursement de certains frais. Il s'agit de plaintes (+/- 5%) adressées à l'encontre d'intermédiaires qui gèrent les contrats pour le compte d'assureurs.

cas 30

L'INTERMÉDIAIRE A-T-IL DONNÉ LE BON CONSEIL ?

Monsieur X a un accident de la circulation constaté par la police. Dans son rapport, elle relève qu'il était "en état d'ivresse manifeste". Monsieur X conteste cette qualification des faits. Selon lui, il était en « état d'intoxication alcoolique ». Il déclare le sinistre à son courtier afin qu'il fasse intervenir son assureur protection juridique.

Sur suggestion de son courtier, il choisit l'avocat A pour défendre ses intérêts. Mécontent des services de ce conseil, Monsieur X souhaite changer et mandate l'avocat B.
Il prend contact avec son intermédiaire en assurances par téléphone. Ce dernier lui donne son accord pour le changement d'avocat, tout en le prévenant que c'est à titre exceptionnel. L'avocat B obtient un excellent résultat et présente son état de frais et d'honoraires à l'entreprise d'assurances. Elle lui paie le montant réclamé et en déduit 498,75 euros déjà payés au premier avocat. L'avocat B réclame le solde de ses honoraires à Monsieur X. Ce dernier reproche à son courtier de ne pas l'avoir prévenu et saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge tant l'entreprise d'assurances que le courtier. Les conditions générales du contrat prévoient la prise en charge de l'état de frais et d'honoraires d'un seul avocat sauf si l'assuré doit changer d'avocat pour des raisons indépendantes de sa volonté. Un telle clause est valable et ne limite pas le principe du libre choix de l'avocat.

Sur insistance du courtier et à titre exceptionnel, l'entreprise d'assurances marque son accord pour un changement d'avocat à condition que Monsieur X accepte une convention selon laquelle elle déduirait de l'état de frais et d'honoraires du nouvel avocat, les 498,75 euros payés au premier avocat. Monsieur X marque son accord écrit sur ces modalités. Le courtier reconnaît qu'il a demandé, à titre exceptionnel, l'accord de l'assureur sur le changement d'avocat. Par contre, il n'a jamais dit à Monsieur X que ce changement se ferait sans frais. D'ailleurs, en acceptant les termes de la convention de l'entreprise d'assurances, Monsieur X savait qu'une partie des honoraires de son nouvel avocat resterait à sa charge.
Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman a confirmé qu'aucun manquement ne peut être reproché au courtier.

Un nombre moins important de réclamations (34%) porte sur la **gestion des sinistres.**
Le consommateur s'adresse à l'Ombudsman car il estime ne pas avoir été correctement informé. Ainsi, il reproche à son conseiller en assurances, dans le cadre d'un sinistre de la branche Protection Juridique, de l'avoir autorisé à changer d'avocat sans lui préciser les conditions.
voir cas 30 (3/116)

cas 31

JUSQU'OÙ S'ÉTEND LE DEVOIR D'INFORMATION DU CONSEILLER EN ASSURANCES ?

Madame X a souscrit un contrat d'assurance incendie pour sa seconde résidence dans le midi de la France auprès d'une entreprise d'assurance française par l'intermédiaire de son courtier belge. Elle l'informe d'un sinistre tempête survenu le 12 novembre 1999. Le courtier déclare le sinistre à l'assureur français et réclame à Madame X un devis des réparations. La tempête a occasionné des dégâts à la toiture ainsi qu'à des tableaux se trouvant à l'intérieur de la maison. Comme Madame X habite en Belgique, ce n'est que le 27 août 2000 que l'entreprise d'assurances donne mission à un expert de se rendre sur place pour fixer définitivement les dommages. Les parties se mettent d'accord pour fixer l'évaluation des dommages à 2.000 euros. L'assureur français écrit le 27 septembre 2000 au courtier belge pour lui demander de lui faire parvenir la facture des réparations. Il la réclame à Madame X par courrier du 29 septembre 2000. Le 31 décembre 2002, Madame X lui écrit pour signaler que les travaux ne sont toujours pas effectués et elle lui demande si, vu la difficulté de trouver un entrepreneur, l'entreprise d'assurances ne pourrait pas lui verser un montant forfaitaire.

Le conseiller en assurances l'interroge et elle répond que, selon le droit français, le droit à l'indemnité est prescrit depuis le 27 août 2002 (deux ans après la dernière mission de l'expert).

Madame X s'insurge car elle n'en n'a jamais été informée et elle se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman a interrogé le courtier qui insistait sur le fait qu'il avait dès le mois de septembre 2000 réclamé les pièces justificatives à Madame X. L'Ombudsman a relevé qu'il avait adressé ni de rappel ni attiré l'attention de sa cliente sur les risques de prescription. Or, la jurisprudence considère un tel manque d'information comme une faute. Bien que la législation française soit différente de la législation belge, il est l'intermédiaire du contrat soumis au droit français et cette obligation d'avertissement s'inscrit dans son devoir de conseil. Sur la base de cet avis, le courtier a admis sa responsabilité et indemnisé Madame X.

Il arrive qu'il l'accuse de ne pas l'avoir informé du délai de prescription et du risque de perdre son droit à toute indemnité.
voir cas 31 (3/118)

Dans d'autres cas, il lui reproche de lui avoir donné un avis favorable sur les responsabilités qui, par la suite, s'est révélé inexact.
L'Ombudsman constate également que certains intermédiaires omettent de transmettre le dossier à l'assureur Protection Juridique principalement lorsqu'il s'agit d'un cas qui relève du volet Défense en Justice de la police Responsabilité Civile Vie Privée.

D'autres difficultés sont liées au transfert des fonds. L'intermédiaire tarde ou omet de ristourner un prorata de prime, de transférer une indemnité ou l'affecte en tout ou en partie à un autre contrat pour prime impayée…
L'Ombudsman analyse ces doléances en investiguant les éléments de fait afin de débloquer la situation. Mais lorsque l'intermédiaire ne réagit pas positivement, elle est obligée de rappeler à l'entreprise d'assurances que le paiement de l'indemnité au courtier ne la libère pas. Elle exige ainsi un deuxième paiement laissant le soin à l'assureur de récupérer la somme auprès de l'intermédiaire. Cependant, en cas de suspension du contrat pour non-paiement de la prime, le versement à l'intermédiaire ne remet pas la police en vigueur.
voir cas 32 (3/120)

cas 32

QUELLE EST LA PROMESSE DE L'INTERMÉDIAIRE ?

Madame X a une assurance protection juridique auprès d'une entreprise d'assurances par le canal du courtier. Elle est victime en décembre 2004 d'un accident en droit et souhaite faire intervenir son assurance protection juridique pour récupérer son dommage. Elle se rend immédiatement chez son courtier pour lui faire la déclaration du sinistre mais elle se rend compte qu'elle a oublié de payer la prime. Le courtier lui conseille de payer la prime, qu'il encaisse. Selon lui, l'assureur devrait intervenir. Quelques jours plus tard, Madame X apprend que l'assureur n'interviendra pas car le contrat est résilié pour non-paiement de la prime. Convaincue de ce que lui a dit le courtier, elle fait appel à l'Ombudsman.

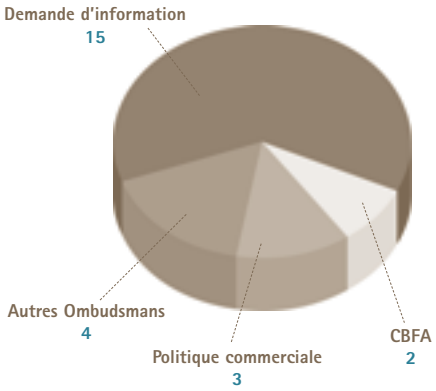
L'Ombudsman prend contact tant avec le courtier qu'avec l'entreprise d'assurances. Cette dernière l'informe que la plaignante n'a pas payé la prime de l'échéance du 11 juillet 2004 et qu'en date du 17 août 2004, elle lui a adressé une lettre recommandée l'informant qu'à défaut de payer la prime pour le 3 septembre 2004, les garanties du contrat seraient suspendues. Si la prime n'était toujours pas payée pour le 18 septembre 2004, le contrat serait résilié. Interrogé, le courtier répond que s'il a encaissé la prime, c'est parce que, même si un contrat est résilié, la prime reste due. Il prétend qu'il n'a pas promis à Madame X que son assureur interviendrait mais qu'il lui demanderait si, à titre commercial, il ne pouvait pas remettre le contrat en vigueur et l'assister dans les démarches pour obtenir son indemnisation suite à l'accident de décembre 2004.

Cependant, compte-tenu du nombre de sinistres déjà enregistrés et du fait que Madame X a fait l'objet de plusieurs procédures de contentieux, l'entreprise d'assurances a refusé la demande du courtier.

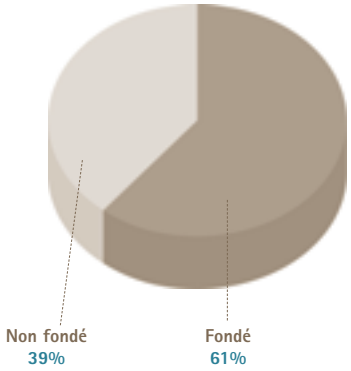
L'Ombudsman a confirmé à Madame X que son contrat protection juridique était bien résilié à la date de l'accident.

| E. QUELLE EST LA SOLUTION APPORTÉE À LA PLAINTE ? |

Sur 134 plaintes, 24 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. Parmi les demandes de renseignements sont enregistrées les réclamations pour lesquelles le plaignant n'a jamais communiqué à l'Ombudsman les coordonnées de l'intermédiaire concerné.



Parmi les doléances qui ont fait l'objet de négociation, 61% sont fondées alors qu'en 2004, elles représentaient 56%.



En production, l'Ombudsman constate que 2 plaintes sur 3 sont fondées et que quasi toutes les plaintes en Soins de santé sont fondées.
Par contre, en Protection Juridique 75% des plaintes sont non fondées.
Au 15 février 2006, 8 dossiers sont toujours en cours d'examen.

3.4 : 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.

| A. NOMBRE DE PLAINTES |

En 2005, l'Ombudsman a enregistré 42 plaintes contre Datassur. Il s'agit là d'une légère hausse par rapport à 2004 (39 plaintes). Sur les trois dernières années, il y a un statu quo.

Le nombre de demandes introduites chez l'Ombudsman demeure toutefois limité si l'on compare ce nombre avec celui des enregistrements effectués chaque année. En 2005, le nombre a augmenté pour atteindre 50.000 inscriptions. Datassur a reçu 452 demandes de rectification.

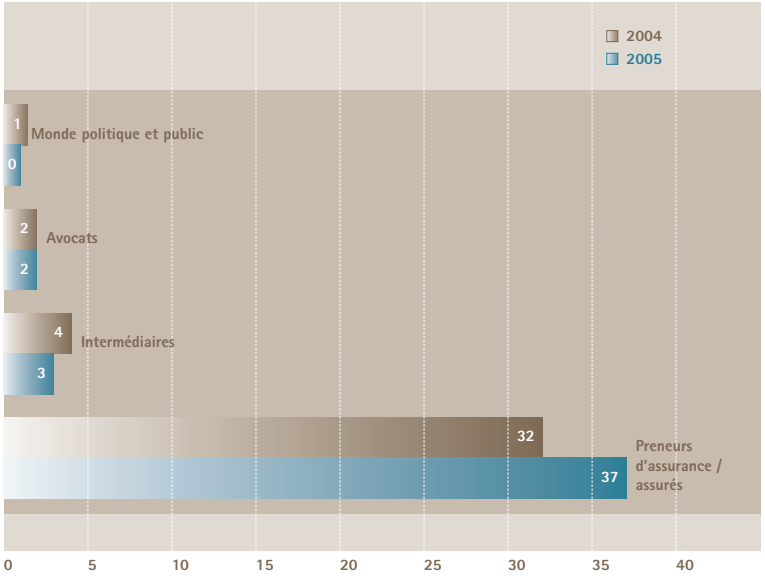
	2003	2004	2005
Enregistrements chez Datassur	40.000	44.000	50.000
Demandes de rectifications chez Datassur	436	394	452
Plaintes chez l'Ombudsman	49	39	42

L'Ombudsman intervient comme une instance d'appel par rapport à Datassur. 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 continue à estimer son inscription erronée ou injuste.
Lorsque Datassur communique à l'assuré le refus d'adaptation ou de radiation des données enregistrées, il mentionne d'ailleurs la possibilité du recours à l'Ombudsman.

Outre cette procédure, l'Ombudsman constate parfois à la suite d'une plainte déposée à l'encontre d'une entreprise d'assurances, qu'il y a un enregistrement injustifié chez Datassur. A la base, l'assuré conteste le fondement juridique de la résiliation de la police par l'assureur. Lorsque la résiliation fait l'objet d'une inscription au fichier et que selon l'Ombudsman la résiliation n'est pas fondée, elle demandera en toute logique la radiation de l'enregistrement.
Ce type d'intervention n'est pas repris dans les statistiques des plaintes à l'encontre de Datassur.

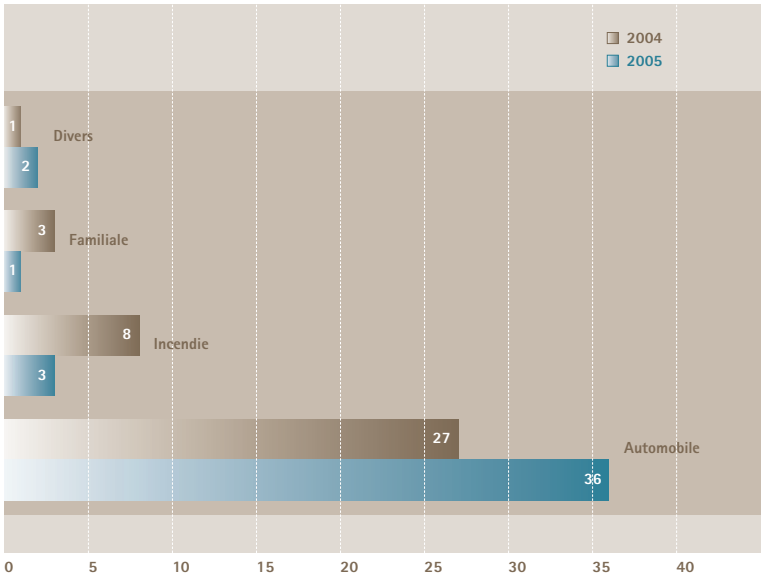
| B. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |

La majorité des plaintes (90%) est introduite par les assurés eux-mêmes. Quelques réclamations sont également déposées par l'intermédiaire d'assurances ou par l'avocat de **l'assuré.**

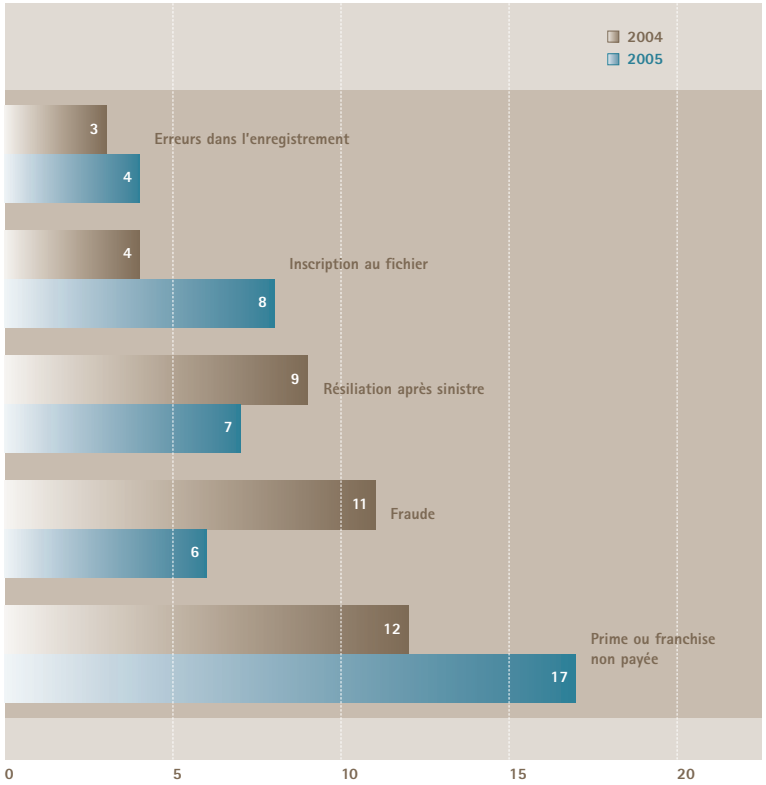


| C. DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |

La plupart des doléances porte toujours sur **l'assurance Responsabilité Civile Automobile obligatoire.** On constate une légère hausse de ces plaintes. En 2005, elles représentent 85%.
Par contre, les réclamations relatives aux enregistrements pour l'assurance Incendie représentaient 20% de l'ensemble des plaintes en 2004. En 2005, elles correspondent seulement à 7%.



| D. DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |



Lorsque le consommateur saisit l'Ombudsman car il conteste son inscription au fichier de Datassur, elle enregistre la plainte au regard du motif pour lequel le plaignant a été repris dans le fichier de Datassur.
Mais la raison pour laquelle le plaignant a été enregistré demeure parfois obscure. De tels dossiers sont repris dans la rubrique « Inscription au fichier ».
Pour pouvoir inscrire l'assuré au fichier, il faut que l'assureur ait, au préalable, résilié le contrat.
Ainsi, une entreprise d'assurances ne peut enregistrer le client qui a lui-même résilié son contrat.

cas 33

PEUT-ON INSCRIRE UN ASSURÉ QUI DEMANDE LA RÉSILIATION DANS LE FICHIER ?

M. X est inscrit au fichier Datassur suite au non-paiement d'une prime. Il paie cette prime puis demande l'annulation de son inscription. On la lui refuse. Vexé, il se tourne vers l'Ombudsman.

Après vérification auprès de la compagnie, l'Ombudsman constate que le contrat avait été résilié non pas par l'assureur, mais par l'assuré lui-même.

Toutefois comme une prime n'a pas été payée, l'entreprise d'assurances a réclamé l'inscription de ce dernier aux fichiers Datassur.

L'Ombudsman signale à l'assureur que conformément au règlement de Datassur, l'enregistrement n'est possible qu'en cas de résiliation par l'assureur.

Après réexamen du dossier, l'assureur confirme donc à Datassur que M. X peut être rayé de la liste.

La majeure partie des plaintes à l'encontre de Datassur concerne l'enregistrement pour **non-paiement de la prime** ou d'une **franchise.** Le nombre de ces plaintes a augmenté de 10% par rapport à 2004.

Dès que l'assuré a payé la prime, l'Ombudsman plaide pour que l'inscription soit supprimée. En 2003, sur cette base, Datassur a recommandé aux assureurs de supprimer l'enregistrement au regard de la bonne volonté et de la bonne foi manifestes de l'assuré. L'appréciation de cette bonne foi et cette bonne volonté reste toutefois sujette à interprétation, si bien que l'application de cette recommandation diffère d'un assureur à l'autre.
En général, le plaignant qui souhaite faire annuler son enregistrement accepte de payer la prime avec retard. L'entreprise d'assurances évite ainsi les frais liés à la procédure de recouvrement. Néanmoins, sur 14 enregistrements pour le non-paiement d'une prime, l'assureur a, malgré le paiement, refusé de rayer l'inscription dans neuf cas !

cas 34

DANS QUEL DÉLAI L'ASSUREUR DOIT-IL PROCÉDER À L'INSCRIPTION DANS LE FICHIER ?

Madame X est enregistrée chez Datassur pour le non-paiement d'une prime. Or, entre-temps, elle l'a payée. Mais l'assureur refuse de la rayer de la liste car il estime que Madame X n'était pas de bonne foi ni de bonne volonté. Insatisfaite, Madame X s'adresse à l'Ombudsman.

Par son enquête, l'Ombudsman constate que le non-paiement de la prime date du mois de mai 2002, alors que l'assureur n'a procédé à l'enregistrement qu'en 2003, soit un an après les faits.

Or, l'enregistrement pour non-paiement de la prime est automatiquement supprimé après trois ans. En conséquence, si l'assureur avait immédiatement (en 2002) procédé à l'inscription de Madame X, celle-ci aurait pu être radiée dès 2005.

Sur base de cet argument, l'assureur accepte finalement d'annuler l'enregistrement auprès de Datassur.

D'autre part, l'Ombudsman a été saisi de réclamations contre l'enregistrement dans le fichier suite à une **résiliation après sinistre.** Sur cette base, elle vérifie si la résiliation est conforme aux dispositions légales. Ainsi, dans certains cas, en RC Auto[23] , elle a dû demander à l'entreprise d'assurances d'annuler la résiliation soit que l'assuré n'était pas responsable soit qu'elle n'avait pas dû payer d'indemnisation. L'assureur ne peut enregistrer son (ex-) client que pour autant qu'il ait lui-même procédé à la résiliation.

Enfin, les plaintes portant sur l'enregistrement à la suite d'une fraude ont diminué : de 11 en 2004, leur nombre passe à 6 en 2005. Une jurisprudence antérieure[24] avait déjà admis que l'enregistrement sur cette base pouvait se faire avant la clôture de l'instruction judiciaire. Pour la première fois, une cour d'appel s'est également prononcée[25] . Elle a confirmé la thèse selon laquelle les mentions de faits relevant de la fraude ne doivent pas être limitées aux cas de fraude prouvée. Ainsi, un assuré peut être enregistré comme risque aggravé sans qu'il n'y ait eu de condamnation pénale pour la tentative de fraude.

[23] Loi 2 août 2002
[24] Référé Nivelles, 28 octobre 2003 (Bull. Ass. 2004, p. 49) et tribunal de première instance de Bruxelles, 11 juin 2004 (Bull. Ass. p. 47)
[25] Gand, 13 octobre 2005 (Inédit)

| E. QUELLE EST LA SOLUTION APPORTÉE À LA PLAINTE ? |

Sur les 28 plaintes analysées, l'Ombudsman a obtenu une rectification chez Datassur dans 54% des cas. L'enregistrement a été dans ces cas supprimé ou corrigé.
33% des réclamations n'ont pas fait l'objet d'enquête. Il s'agit des cas où le plaignant s'adresse immédiatement à l'Ombudsman sans avoir introduit au préalable une demande de rectification auprès de Datassur. Pour de tels cas, l'Ombudsman, qui est une instance d'appel, communique la procédure usuelle et renvoie le plaignant à Datassur.
Nombreux sont les (ex-) assurés qui s'interrogent sur le point de savoir si un enregistrement chez Datassur est conforme à la loi sur la protection de la vie privée. A l'initiative de la ministre Freya Van den Bossche, en charge de la protection des consommateurs, un nouveau cadre légal pour ce qu'on appelle les « listes noires » est actuellement en préparation. Ce cadre n'interdirait pas de telles listes, mais prescrirait une réglementation plus stricte que l'actuelle loi sur la protection de la vie privée.

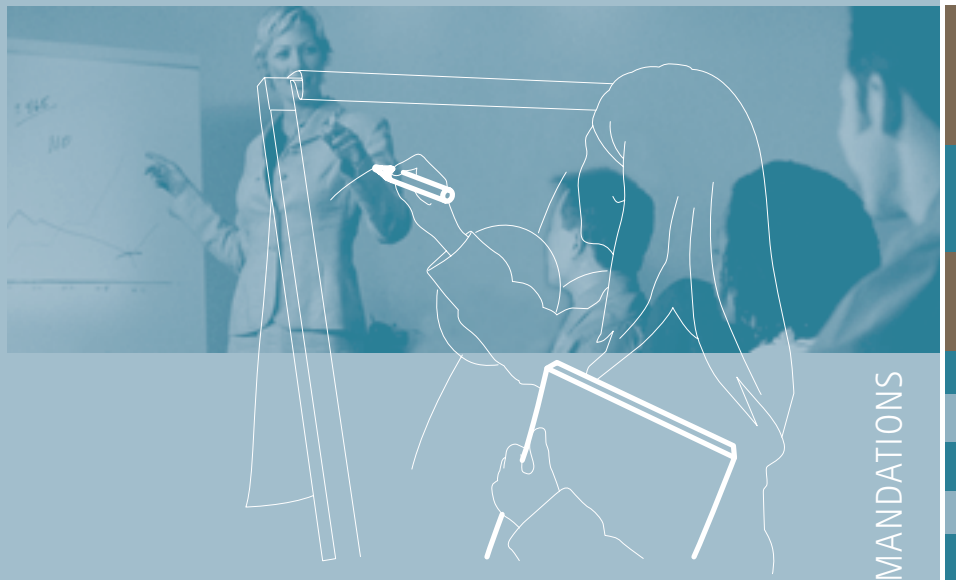
	2004	2005
Demande de renseignements	16	14
Plainte fondée	13	15
Plainte non fondée	10	13

CAS D'INTERVENTION

4

Branche	Cas	Titre	Page
Annulation	11	Le refus de rembourser les frais d'annulation d'un voyage est-il fondé ?	3/66
Auto	4	Doit-on déclarer l'identité du conducteur habituel d'un véhicule ?	3/54
	16	Quand l'assureur doit-il payer la TVA ?	3/74
	17	Quand l'assureur Dégâts Matériels peut-il appliquer un pourcentage de vétusté ?	3/76
	21	Peut-on obtenir une provision avant la clôture du dossier répressif ?	3/84
Datassur	33	Peut-on inscrire un assuré qui demande la résiliation dans le fichier ?	3/130
	34	Dans quel délai l'assureur doit-il procéder à l'inscription dans le fichier ?	3/132
Discrimination	2	Est-ce que l'assuré atteint d'une maladie grave a intérêt à souscrire une assurance annulation ?	3/34
	3	Dans quelles conditions une personne guérie d'une maladie grave peut-elle souscrire une assurance solde restant dû ?	3/40
Généralités	5	Peut-on résilier une police par fax ?	3/56
	8	Quel changement de conditions générales ?	3/63
	13	Quelles sont les conséquences pour l'assuré qui ne transmet pas toutes les informations à la conclusion du contrat ?	3/70
	28	Les formalités ne sont pas respectées ! Les conséquences peuvent être lourdes...	3/104

Branche	Cas	Titre	Page
Hospitalisation	14	Les frais d'une hospitalisation de jour sont-ils couverts ?	3/71
Incendie	1	Qu'est-ce qu'une inondation ?	2/16
	12	Dans quelles conditions les frais de sauvetage sont-ils couverts ?	3/68
	18	Le chômage immobilier est-il indemnisé ?	3/78
	19	L'assuré doit-il réparer son bâtiment ?	3/80
	20	A qui l'assureur doit-il payer l'indemnité pour les dégâts d'un immeuble en copropriété ?	3/82
Intermédiaire	6	Quelle est l'étendue de la responsabilité d'un courtier, syndic d'un immeuble ?	3/58
	29	Quelle est la portée de la délégation de pouvoirs d'un conseiller en assurances ?	3/114
	30	L'intermédiaire a-t-il donné le bon conseil ?	3/116
	31	Jusqu'où s'étend le devoir d'information du conseiller en assurances ?	3/118
	32	Quelle est la promesse de l'intermédiaire ?	3/120
Protection Juridique	10	L'assureur doit-il couvrir les frais liés à l'exécution d'un jugement ?	3/65
	22	L'assuré a-t-il été suffisamment informé par son assureur ?	3/90
	23	Quel est le rôle de l'assureur Protection Juridique qui confie le dossier à un correspondant étranger ?	3/92
RC Vie Privée	15	L'acte de l'enfant est-il intentionnel ?	3/73
Vie	24	Quel sort pour l'assurance solde restant dû liée à un prêt hypothécaire ?	3/96
	25	Sur quelle base fixer les frais de rachat d'une police étrangère ?	3/98
	26	Quelles sont les conséquences d'un divorce sur la liquidation ?	3/100
	27	L'assureur Vie doit-il prélever une taxe anticipative ?	3/102
Vol	7	Le vol a-t-il été commis avec violence ?	3/62
	9	L'assureur doit-il intervenir si le voleur possédait les clefs du véhicule volé ?	3/64



RECOMMANDATIONS

5

1. 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, notamment du pouvoir législatif.

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.

| A. ASSURANCE COLLECTIVE HOSPITALISATION : PROLONGATION À TITRE INDIVIDUEL |

Depuis 1998 l'Ombudsman attire 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.
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 ?
De plus, certaines entreprises d'assurances sur le marché ne souscrivent plus les risques hospitalisation à titre individuel[26]. Comment dès lors protéger le consommateur s'il ne peut plus bénéficier du contrat collectif ?

La nature des doléances introduites en 2005 témoigne qu'il s'agit d'un réel problème sociétal. Le Conseil des ministres en mars 2004 l'avait parfaitement saisi. Malheureusement, il n'y a aucune suite concrète pour le consommateur à ce jour. Aussi, l'Ombudsman se tourne vers les autorités publiques pour qu'elles accélèrent la poursuite des démarches qu'elles ont entreprises.

[26] "De Tijd" 25/01/2005 – p.1-8-12

| B. 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 la 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 antivol sur son véhicule ?
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.
Les travaux sont en cours.
Son président, Bernard Dubuisson, fait le point.

La forme, pas les formes.

La Commission des assurances est confrontée depuis plusieurs mois à la question du formalisme en assurances par le biais d'un dossier particulier : celui de la modification de la prime et des conditions d'assurance en cours d'exécution du contrat. Ce dossier est typique des tensions qui peuvent naître entre le souci d'économie et de compression des coûts, d'une part, et le besoin de sécurité juridique, d'autre part.

Depuis plusieurs mois, la Commission est à la recherche d'un régime juridique équilibré qui soit à la fois économiquement supportable, sans entraîner de charges administratives excessives pour les compagnies, et juridiquement sécurisant pour les consommateurs, en évitant tout effet de surprise. Des pas importants ont été accomplis de part et d'autre afin d'atteindre cet objectif.

Le souci d'économiser les coûts et les lourdeurs administratives conduit à écarter l'usage systématique et obligatoire de la lettre recommandée avec accusé de réception de même que le mécanisme classique d'échange de l'offre et de l'acceptation conduisant à un avenant dressé par écrit. Le souci de sécurité impose, quant à lui, d'informer clairement et complètement le preneur sur la portée de la modification qu'on lui propose et de lui laisser un délai de réflexion suffisant pour prendre position en vue d'accepter ou refuser cette modification.

Le système vers lequel on s'achemine reposerait sur quatre piliers :

1. L'utilisation de l'avis d'échéance pour notifier au preneur d'assurance le changement de la prime et/ou des conditions d'assurance, la charge de la preuve de l'envoi reposant sur l'assureur. On fait ainsi d'une pierre deux coups.

2. Une communication précise, complète et transparente sur l'objet de la modification envisagée et sur les droits du preneur et les modalités d'exercice de ces droits, accompagnée de sanctions en cas de non-respect. Cette information accompagne l'avis d'échéance.

3. L'application du principe selon lequel, si toutes les conditions formelles sont respectées, le paiement de la prime figurant sur l'avis d'échéance vaut acceptation sans réserve des modifications proposées. On contourne ici l'exigence de la preuve écrite, mais un payement fait dans des conditions aussi précises peut probablement être assimilé à un aveu.

4. En cas de refus ou de défaut de réaction de la part du preneur, la mise en œuvre de la procédure de recouvrement de la prime prévue par les articles 15 à 17 de la loi du 25 juin 1992. Il ne s'agit pas ici de pénaliser le preneur, qui a toujours le droit de refuser la modification, mais de déplacer l'initiative de la résiliation dans le chef de l'assureur qui devra en supporter le coût. En d'autres termes, tant que l'assureur ne fait rien, la couverture subsiste aux anciennes conditions.

La discussion achoppe encore sur certains points : utilisation d'une procédure unique pour la modification du contrat et de la prime, sort de l'assurance maladie et des grands risques, réciprocité du système lorsque c'est l'assuré qui demande une modification... L'Association de consommateurs Test-Achats a encore manifesté récemment certaines réserves que l'on espère pouvoir lever sous peu.

L'adoption d'un tel projet serait un premier pas important en vue de régler les problèmes liés au formalisme en assurance, formalisme avec lequel certaines compagnies prennent de plus en plus de liberté.

Bernard Dubuisson, Président de la commission des assurances

2. Recommandations 2005

| A. VENTE COUPLÉE, FORCÉE |

Les entreprises d'assurances reprennent souvent dans leur développement de marketing stratégique la notion de « client global ». Elles veulent ainsi couvrir l'ensemble des risques pour lesquels une personne, une famille, une société est déjà cliente auprès d'elle.
Par ailleurs, lorsqu'on leur présente à la souscription un risque plus difficile (« alourdi »), elles conditionnent, dans la majorité des cas, la conclusion du contrat, ou tout le moins un montant favorable de la prime à la souscription d'autres polices. Ainsi, la couverture d'un jeune conducteur se réalisera moyennant la couverture du véhicule des parents ou la souscription d'un contrat incendie et de RC Vie privée…
Dans quelle mesure ce type de vente est-il autorisé ?
Comment un intermédiaire dans ce contexte peut-il conseiller objectivement et valablement du choix le plus judicieux du produit pour les différents risques qu'un candidat assuré doit couvrir alors qu'il ne dispose pas de toute sa liberté ?

RECOMMANDATION

Durant l'année 2005, l'Ombudsman a reçu de plus en plus de plaintes sur cette base. Dès lors, elle a saisi Assuralia (Union professionnelle des entreprises d'assurances) pour les sensibiliser à la question et lui a demandé d'établir une recommandation à ses membres sur la base du cadre légal.

expert

Les liaisons dangereuses

La pratique des ventes groupées et des offres conjointes semble se répandre dans le secteur des assurances. Elle est toutefois particulièrement difficile à cerner et à contrôler en ce domaine tant sont nombreuses et variées les combinaisons possibles, plus ou moins naturelles, plus ou moins artificielles, entre les risques couverts, les garanties souscrites et les services proposés.

Certains de ces regroupements paraissent répondre à un souci louable d'économie de temps et d'argent : il s'agit de réunir en une seule police des risques principaux et connexes ou des garanties principales et accessoires.
Nul ne songerait à remettre en cause la pratique des polices combinées qui permettent d'offrir au preneur d'assurance un service global et intégré en lui évitant de devoir souscrire plusieurs contrats distincts pour couvrir chaque risque auquel il est soumis (RC auto+Dégâts matériels, RC exploitation + RC après livraison ; RC vie privée + protection juridique ; incendie + vol + dégât des eaux…). Notons cependant que ces garanties peuvent aussi bien être souscrites séparément, si tel est le souhait du preneur, dès lors que la loi ne les lie pas obligatoirement (comme c'est le cas pour les catastrophes naturelles en assurance incendie risques simples).

De tels regroupements sont marqués par une logique interne puisqu'ils permettent au futur preneur d'obtenir en un contrat la couverture d'un ensemble de risques liés par exemple à la propriété d'un bâtiment, à une activité professionnelle déterminée ou aux activités de la vie privée au sens large. Il s'agit bien d'un « ensemble » au sens de l'article 55 de la loi sur les pratiques du commerce et sur la protection et l'information du consommateur. Dans une telle hypothèse, l'article 12 de la loi du 25 juin 1992 règle d'ailleurs le sort du contrat lorsqu'une seule des garanties vient à être annulée ou résiliée. La notion de « polices combinées » qui apparaît dans le libellé de l'article ne fait toutefois l'objet d'aucune définition précise.

D'autres regroupements font l'objet d'une réglementation détaillée précisément pour éviter les pratiques abusives. On songe notamment aux assurances vie jointes ou annexées à un prêt hypothécaire.
La réglementation précise d'ailleurs qu'il est interdit au prêteur d'obliger directement ou indirectement l'emprunteur à souscrire le contrat d'assurance auprès d'un assureur désigné. Elle tend aussi à résoudre les difficultés qui naissent de l'interdépendance de ces deux contrats juridiquement distincts. La question se pose néanmoins de savoir si, dans un tel contexte, la banque peut proposer à l'emprunteur de souscrire l'assurance auprès d'une entreprise faisant partie du même groupe moyennant éventuellement un taux préférentiel.

Certains regroupements paraissent beaucoup plus artificiels en ce qu'ils ont uniquement pour but de faire pression sur le preneur d'assurance pour l'amener à souscrire auprès du même assureur des contrats d'assurance qui a priori n'entretiennent aucun lien de complémentarité l'un avec l'autre. On songe aux pratiques de plus en plus fréquentes qui consistent à subordonner l'acceptation d'un risque aggravé à la souscription d'autres contrats couvrant des risques d'une tout autre nature : subordination de l'acceptation d'une couverture RC auto pour un jeune conducteur à la condition que les parents souscrivent leurs assurances automobiles auprès de la même compagnie ; subordination de la couverture du risque lié à l'utilisation d'une moto ou d'un scooter à la condition que l'automobile soit elle-même couverte auprès du même assureur ; acceptation de couvrir le risque RC professionnelle à condition de souscrire l'assurance RC vie privée auprès de la même compagnie…

De telles pratiques sont, à nos yeux, critiquables comme contraires à l'article 54 de la loi sur les pratiques du commerce et sur la protection et l'information du consommateur qui prescrit l'interdiction de principe des offres conjointes de produits ou de services. Il est vrai que l'article 54 ne concerne que les offres promotionnelles connues des consommateurs et non les offres individualisées qui font l'objet de négociations entre les parties, mais il est quand même permis de se demander si ces pratiques insidieuses fondées sur le « tout ou rien » ne devraient pas tomber sous le coup de l'interdiction lorsqu'elles présentent un caractère systématique.

En agissant de la sorte, l'assureur cherche évidemment à équilibrer les risques qu'il prend en charge, mais il utilise abusivement la liberté qu'il a de refuser la couverture d'un risque lourd pour contraindre le preneur à souscrire d'autres contrats. Ces pratiques sont critiquables pour plusieurs raisons : elles limitent le choix du consommateur, elles produisent un effet restrictif sur la concurrence et elles rendent plus difficile l'exécution par l'intermédiaire de son devoir de conseil.

La plupart du temps, il est d'ailleurs impossible de reconnaître dans ces « liaisons dangereuses » un ensemble au sens de l'article 55 de la LPCI, d'autant que les deux garanties sont le plus souvent proposées dans des contrats indépendants. En outre, l'avantage financier que le consommateur pourrait retirer de ces amalgames ne fait généralement pas l'objet d'une information claire, précise et transparente.

Dans un avis rendu le 28 octobre 2002 (doc.C/2002/7), la Commission des assurances a indiqué les conditions auxquelles pourrait être subordonnée l'autorisation de certaines ventes conjointes dans le secteur des assurances : l'offre « promotionnelle » proposée devrait faire clairement apparaître l'avantage financier qui en résulte pour le consommateur ; chaque garantie devrait pouvoir être souscrite séparément à un prix communiqué par avance ; les conditions auxquelles sont liées le maintien de l'avantage financier devraient être clairement précisées de même que la durée pendant laquelle cet avantage est consenti ; la liaison des deux garanties ne peut entraîner aucune réduction des droits que la loi du 25 juin 1992 reconnaît au preneur.

Autant dire qu'en ce qui concerne les pratiques ici dénoncées, on est encore loin du compte, d'autant qu'elles conduisent à un système du tout ou rien… Il est vrai cependant que la législation en la matière d'offres conjointes présente deux faiblesses : tout d'abord, elle ne définit pas la notion d'« ensemble » ce qui laisse libre cours à l'imagination des opérateurs ; ensuite elle ne permet pas un contrôle très efficace des pratiques déloyales car ces tractations et marchandages ne laissent généralement aucune trace, sans compter qu'un particulier n'est guère enclin à engager une procédure dans ces circonstances… Dans ces conditions, il est facile de compter sur l'ignorance du consommateur.

Bernard Dubuisson, Président de la commission des assurances

| B. SUPPRESSION DE LA FRANCHISE EN INCENDIE |

Alors que depuis 2004[27], la franchise prévue par l'article 6 AR du 24/12/1992 n'est plus obligatoire, l'Ombudsman reçoit encore des réclamations d'assurés qui se voient dans le cadre du règlement d'un sinistre appliqué deux franchises parce que deux contrats sont d'application. Il s'agit principalement des dommages subis par un appartement et son contenu dans un immeuble en copropriété. En effet, le bâtiment est couvert par le syndic et chacun des occupants souscrit une police en son nom pour le contenu.

RECOMMANDATION

Grâce à cette nouvelle législation, les entreprises d'assurances et les conseillers en assurances doivent informer et offrir la possibilité aux assurés de supprimer cette franchise.

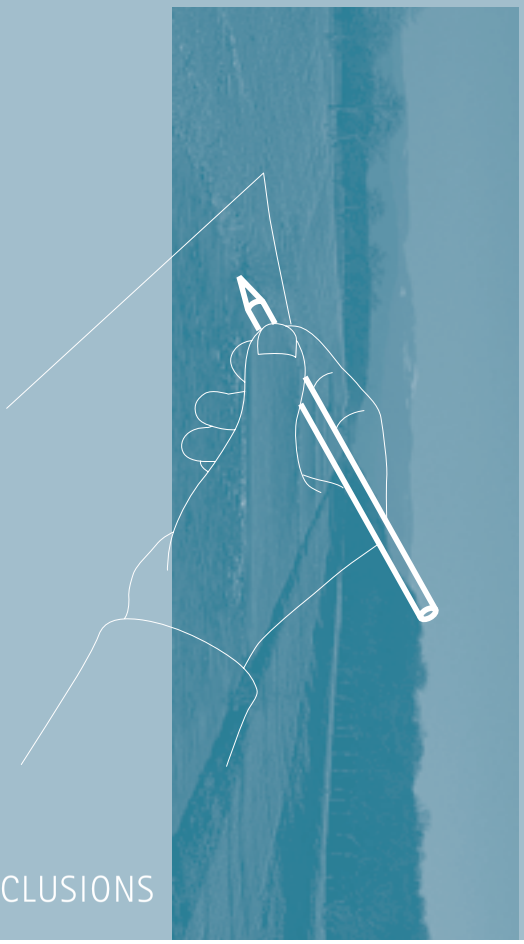
| C. RÉCUPÉRATION DE LA TAXE INDUE |

Sur la base de la législation fiscale, l'entreprise d'assurances a l'obligation, sur une police d'assurance-vie assortie d'un avantage fiscal, de prélever une taxe anticipée au moment où l'assuré atteint l'âge de 60 ans.
Dans certains cas, l'assuré n'a jamais déduit la prime mais il n'en a pas informé l'assureur. Il dispose alors de la possibilité de récupérer dans un délai de deux ans la taxe auprès de l'administration fiscale.
Dans la pratique, au moment où l'assuré ou le bénéficiaire perçoit le capital, il est souvent âgé de 65 ans, âge légal de la retraite. A ce moment-là, le délai de deux ans est révolu. La législation est donc inadaptée.

RECOMMANDATION

L'Ombudsman demande au pouvoir législatif de modifier le délai de prescription prévu par la loi en tenant compte des autres législations afin que tout citoyen ait la possibilité de faire valoir ses droits.
Par ailleurs, l'Ombudsman préconise que, dès à présent, les entreprises d'assurances informent leurs assurés au moment du prélèvement. Elles doivent préciser les incidences sur le capital final ainsi que la faculté de récupérer la taxe indûment perçue si la prime n'a jamais été déduite.
Ainsi, l'assuré pourra immédiatement, s'il échet, introduire un recours et il ne perdra pas des années d'intérêt.

[27] Loi du 9 juillet 2004, MB 22 juillet 2004



CONCLUSIONS

La communication, la communication et toujours la communication ! ...

Au regard des plaintes, elle reste le nœud de la relation entre les acteurs du secteur et le grand public.
Le vocabulaire technique, les usages, les différentes dispositions légales qui s'entrecroisent, sont connus du secteur, peut-être trop, de telle sorte que les acteurs ne prennent pas le temps de les rappeler, de les expliciter pour justifier leur prise de position.
Ainsi l'Ombudsman enregistre une augmentation du nombre de demandes d'informations ainsi que des réclamations qui portent sur le défaut de justification.

Par ailleurs, lorsque les plaintes sont introduites sous le couvert d'autres motifs et que l'Ombudsman confirme le point de vue de l'assureur, elle va en étayer les raisons. Grâce à son intervention, des consommateurs qui n'ont pas obtenu gain de cause, lui adressent des remerciements car bien que déçus, ils comprennent.

Mais, comment justifier l'attitude de l'assureur qui ne répond pas à son assuré ? Les réclamations pour absence de réponse augmentent !

D'autre part, l'analyse des doléances montre que certains types de réclamation soulignent, par leur nature, le rôle sociétal des entreprises d'assurances.
Ce sont principalement les plaintes introduites par le consommateur confronté à une forte augmentation de prime, rencontrant des difficultés d'accès à l'assurance ou qui se voit opposer le refus d'intervention de l'assureur suite à un sinistre tel que l'inondation, le refoulement d'égouts, l'état de santé préexistant...
La réponse et la sécurité que le citoyen ne peut plus trouver dans l'intervention de l'Etat, il les recherche auprès des assureurs.
Mais, ce rôle sociétal, bien que de plus en plus reconnu, se fonde sur un équilibre fragile entre différents pôles. Il met en balance la protection du citoyen, l'étendue de la mutualisation des risques (jusqu'où la solidarité ?) le montant de la prime (contribution du citoyen), la solvabilité des assureurs, leurs recherches de profit en tant que société commerciale, l'équilibre du budget de l'Etat....

La récente législation sur les catastrophes naturelles qui reprend les interventions du Fonds des Calamités, et les négociations en cours sur la prise en charge des conséquences des actes de terrorisme rencontrent ces préoccupations.

« Construire ensemble » déclare l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances qui, à l'occasion de l'assemblée générale de 2006, a organisé une manifestation sous le thème « public helps private helps public ».
Comme l'énonce l'invitation :
« Il s'agit concrètement de protéger le citoyen et l'entreprise contre les catastrophes naturelles et les actes de terrorisme ».
L'an dernier, un même événement intitulé « Forever young » mettait l'accent sur les soins de santé et les pensions. Malheureusement, les négociations en soins de santé tardent…
A quand l'indice spécifique auquel serait lié la prime ? Comment certifier la prolongation à titre individuel des assurances collectives ? (voir 5/154)

Afin de garantir une protection et une sécurité suffisante du citoyen, les acteurs du secteur et les pouvoirs publics doivent coordonner leurs approches. C'est, ensemble, qu'ils doivent concevoir les solutions.
Le nouveau Président d'Assuralia, Christian Defrancq, y adhère en déclarant, lors de sa présentation, que le secteur de l'assurance doit aller vers les problèmes et proposer des solutions plutôt que de prendre une attitude défensive.
Cette déclaration augure d'un avenir constructif.

C'est « ensemble » que l'Ombudsman a également pu réaliser sa mission en 2005. Aussi, elle adresse ses vifs remerciements à ses collaborateurs directs ainsi qu'à tous ceux qui, au sein des entreprises d'assurances et des fédérations professionnelles, l'ont aidée à accomplir sa tâche.

de gauche à droite:
Nathalie Peetroons, Sylvie Scheerlinck, Bibiane Onsea, Hans Claes, Robert Reuter, Josette Van Elderen

ANNEXES

1. Liste d'entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte

ACE EUROPEAN GROUP
ACTEL
AEGON SCHADEVERZEKERINGEN
AGF BELGIUM INSURANCE
AIG EUROPE
ALLIANZ VERSICHERUNGS AG
APRA ACCIDENTS
APRA VIE
ARAG
ASSOCIATION DE PREVOYANCE ET D'ASSURANCES (A.P.A.)
ASSOCIATION MUTUELLE MEDICALE D'ASSURANCES (A.M.M.A.)
ASSUBEL ACCIDENTS TRAVAIL
ASSUBEL SA COLLECTIVES ACCIDENTS
ATRADIUS CREDIT INSURANCE
AUDI
AVERO BELGIUM INSURANCE
AVIABEL (COMPAGNIE BELGE D'ASSURANCES AVIATION)
AXA BELGIUM

BELSTAR ASSURANCES

CDA
CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
CORONA ASSURANCES

DAS PROTECTION JURIDIQUE
DELPHI
DELTA LLOYD LIFE
DIB (DEXIA INSURANCE BELGIUM)
DKV BELGIUM

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

FB ASSURANCES
FEDERALE ASSURANCE (PENSIONS)
FEDERALE ASSURANCE (VIE)
FEDERALE ASSURANCE (AT)
FEDERALE ASSURANCE (IARD)
FIDEA
FONDS DE GARANTIE VOYAGES
FORTIS AG
FORTIS CORPORATE INSURANCE

GENERALI BELGIUM

HAGELUNIE
HAMBURG-MANNHEIMER
HDI VERZEKERINGEN

ING INSURANCE
INTER PARTNER ASSISTANCE

KBC ASSURANCES / CBC ASSURANCES

LAR
L'ARDENNE PREVOYANTE
LION BELGE

MERCATOR ASSURANCES
METLIFE INSURANCE
MITSUI SUMITOMO INSURANCE CO. (EUROPE)

NATEUS
NATIONALE SUISSE ASSURANCES
NORWICH UNION LIFE AND PENSIONS LTD

OPTIMCO

P&V ASSURANCES
P&V cc ACCIDENTS DU TRAVAIL
PARTNERS ASSURANCES
PIETTE & PARTNERS (PNP)
PROVIDIS

ROYAL & SUN ALLIANCE (GLOBAL LTD.)

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

TOTAL PENSIONS BELGIUM
TOURING ASSURANCES
TVM BELGIË

VIVIUM
VIVIUM LIFE

WINTERTHUR-EUROPE ASSURANCES

ZA ASSURANCES
ZELIA INSURANCE
ZURICH INTERNATIONAL BELGIQUE
ZURICH ASSURANCES

2. Membres de Fin-net (UE)

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

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

Les représentants belges sont les suivants:

Assurance
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
(Services financiers – Banque de La Poste – Assurances de la Poste)
Ombudsman auprès de La Poste
WTC II - Chaussée d'Anvers, 59
B-1000 Bruxelles
Tél. 02 204 81 00 (F)
02 204 82 00 (N)
02 204 83 00 (D)
Fax 02 204 84 00

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
Sylvie Scheerlinck	Tél. 02 547 58 76

Secrétariat

Bibiane Onsea	Tél. 02 547 58 71

Robert Reuter

Bibiane Onsea

Josette Van Elderen

Nathalie Peetroons

Sylvie Scheerlinck

Hans Claes

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles
Tél. 02 547 58 71
Fax 02 547 59 75
info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

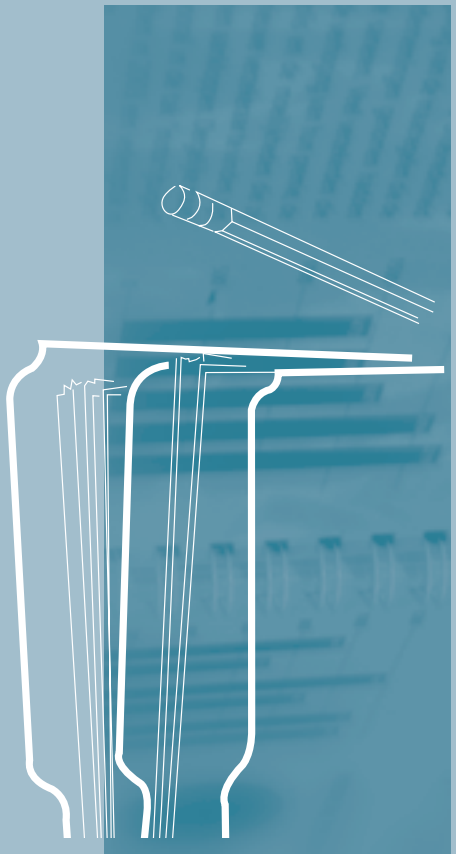


TABLE DES MATIERES

1/05 1. INTRODUCTION

2/13 2. INTERVENTIONS LEGISLATIVES 2005

2/15 **1. Loi du 17 septembre 2005 sur les catastrophes naturelles**

2/19 **2. Libéralisation des prix**

2/21 **3. Cinquième directive européenne relative à l'assurance des véhicules automoteurs**

2/23 **4. Mesures gouvernementales budgétaires en assurance Vie**

3/25 3. STATISTIQUES ET ANALYSE

3/27 **3.1 : Aperçu global des plaintes introduites en 2005**

3/27 A. Plaintes introduites en 2005

3/29 B. Répartition et évolution du nombre de plaintes par groupe

3/30 C. Répartition linguistique

3/31 D. Qui introduit une plainte ?

3/32 E. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/32 F. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

3/41 G. Quelle est la réponse apportée à la plainte ?

3/45 **3.2 : Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances**

3/45 A. Nombre des plaintes

3/47 B. Qui introduit une plainte ?

3/49 C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/51 D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branches non-vie ?

3/94 E. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branches vie ?

3/106 F. Quelle est le solution apportée à la plainte ?

3/109 **3.3 : Plaintes à l'encontre des intermédiaires**

3/109 A. Nombre de plaintes

3/111 B. Qui introduit une plainte ?

3/112 C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/112 D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

3/121 E. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

3/125 **3.4 : Plaintes à l'encontre de Datassur**

3/125 A. Nombre de plaintes

3/127 B. Qui introduit une plainte ?

3/128 C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/129 D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

3/134 E. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

4/137 4. CAS D'INTERVENTION

5/143 5. RECOMMANDATIONS

5/145 **1. Suivi des recommandations**
5/146 A. Assurance collective hospitalisation : prolongation à titre individuel
5/147 B. Respect des formalités

5/150 **2. Recommandations 2005**
5/150 A. Vente couplée, forcée
5/154 B. Suppression de la franchise en incendie
5/155 C. Récupération de la taxe indue

6/157 6. CONCLUSIONS

7/163 7. ANNEXES

7/165 **1. Liste d'entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte**

7/168 **2. Membres de Fin-net (UE)**

Nederlandse versie is verkrijgbaar op verzoek

Editeur responsable : Josette Van Elderen
Coordination & concept : comma, bvba
Photographie : comma, bvba
Design & impression : Graphic Group Van Damme

D-2006-0377/3