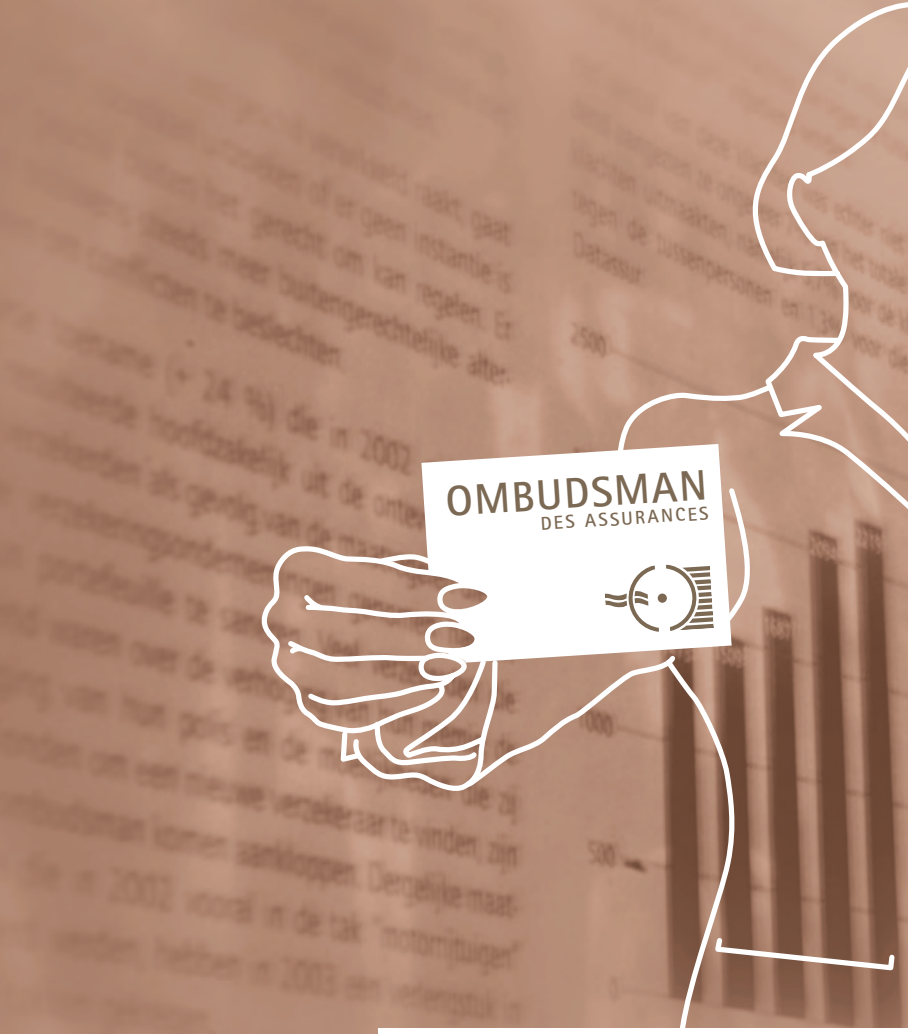


CARNET
2006

INTRODUCTION 1 /3

INTERVENTIONS LEGISLATIVES 2 /9

STATISTIQUES ET ANALYSE 3 /21

Aperçu global 3.1. /23

Entreprises d'assurances 3.2. /35

Intermédiaires 3.3. /101

Datassur 3.4. /119

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 4 /131

RECOMMANDATIONS 5 /137

CONCLUSIONS 6 /157

RESEAUX DES OMBUDSMANS 7 /165

1

INTRODUCTION

En 1986, sur la base d'une étude sur la perception que le grand public avait du secteur de l'assurance, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (UPEA) a décidé de mettre en place une structure permanente d'accueil des plaintes à laquelle tout consommateur pouvait s'adresser lorsqu'il était insatisfait de la gestion d'un contrat d'assurances. Ainsi, en 1987, l'Ombudsman de l'UPEA a vu le jour. Il était compétent pour connaître des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances membres de l'union professionnelle.

En 2001, un premier grand pas est franchi. L'Ombudsman de l'UPEA devient l'Ombudsman des assurances. Sa compétence est élargie aux doléances introduites à l'encontre des intermédiaires d'assurances membres des fédérations professionnelles ainsi qu'au groupement d'intérêt économique Datassur.

Vingt ans après la création de l'Ombudsman de l'UPEA, un arrêté royal consacre son existence en le reconnaissant comme le guichet unique des plaintes auquel tout consommateur mécontent de la gestion de ses assurances peut s'adresser.

Sur cette base, la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA) renonce au traitement individuel des réclamations qu'elle confie à ce guichet. Son président nous livre ses réflexions :

expert 1

L'année 2006 a vu aboutir une réforme importante du régime de traitement extrajudiciaire des plaintes dans le secteur des assurances.

Jusqu'il y a peu, le consommateur pouvait adresser une plainte en matière d'assurance à trois instances différentes : la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA), le Service Public Fédéral Economie et l'Ombudsman des Assurances. Un arrêté royal du 21 juin 2006 a mis fin à la compétence de la CBFA de traiter les plaintes individuelles. Dans un souci d'efficacité et de clarté et en accord avec la CBFA, le Gouvernement a confié cette tâche à un service distinct de l'autorité chargé du contrôle des entreprises d'assurances et des intermédiaires d'assurances.

Le Service Ombudsman Assurances s'est entre-temps doté de la personnalité juridique sous la forme d'une ASBL et ses organes ont été constitués. Le Service a été agréé par le ministre de l'Economie par un arrêté ministériel du 17 novembre 2006. Depuis lors, sans préjudice des compétences des cours et tribunaux, le Service Ombudsman Assurances est la seule instance compétente – le guichet unique - pour examiner les différends entre les entreprises ou intermédiaires d'assurances et leurs clients.

Je me réjouis de cette évolution. La centralisation des plaintes auprès d'une seule instance a de nombreux avantages, en premier lieu pour les assurés eux-mêmes qui verront plus clairement où s'adresser. En outre, le statut du Service Ombudsman Assurances est de nature à garantir son bon fonctionnement. L'Ombudsman des Assurances continuera à examiner les plaintes de manière indépendante, sans intervention aucune du conseil d'administration qui est composé de représentants du secteur. Un conseil de surveillance, dans lequel siège un représentant de la CBFA, exercera une surveillance générale sur le fonctionnement du Service, notamment sous l'angle de son indépendance et de son impartialité dans le traitement des plaintes.

De son côté, la CBFA continuera à s'intéresser aux plaintes adressées au Service Ombudsman Assurances, non pas pour les traiter elle-même, mais parce que les plaintes constituent une source précieuse d'information pour l'exercice de ses missions légales, en particulier pour le contrôle prudentiel des entreprises d'assurances et le contrôle du statut des intermédiaires d'assurances. Un protocole entre la CBFA et le Service a d'ailleurs été signé qui détermine la nature des informations qui seront transmises à la CBFA.

La CBFA se soucie également du bon fonctionnement des services de traitement des plaintes au sein des entreprises d'assurances. Au mieux les services de plainte de première ligne fonctionnent, au mieux le Service Ombudsman des Assurances peut exercer son propre rôle de médiation.

Il est important de donner au consommateur l'assurance que sa plainte sera traitée avec sérieux et compétence d'abord au niveau d'un service distinct des services commerciaux de l'assureur, ensuite, si le différend subsiste, au niveau d'un ombudsman indépendant. Il y va de la confiance de l'assuré dans le bon fonctionnement du secteur de l'assurance. Le régime mis à place en 2006 présente toutes les qualités pour relever ce défi.

Eddy Wymeersch
Président de la CBFA

2

INTERVENTIONS LEGISLATIVES

| A. L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI SUR LES CATASTROPHES NATURELLES |

Depuis plus de dix ans, des travaux sont en cours pour élaborer la nouvelle législation relative aux catastrophes naturelles. Cette loi a enfin été votée et met en place un système qui se substitue, en ce qui concerne les risques simples en assurance Incendie (c.-à-d. habitations, petits commerces et P.M.E.) aux interventions du fonds des calamités pour l'indemnisation des victimes de catastrophes naturelles.

Face aux changements climatiques qui s'accompagnent de pluies torrentielles et de vents violents, l'entrée en vigueur de cette nouvelle législation était fort attendue. Elle prévoit l'extension obligatoire dans tous les contrats Incendie de risques simples de la couverture des risques liés aux catastrophes naturelles. La loi a été adoptée[1] en septembre 2005. Début 2006, le ministre de l'Economie a insisté pour qu'elle soit rapidement mise en application et a décidé qu'elle entrerait en vigueur le premier mars 2006. Sa hâte était justifiée ! En juillet et en août des pluies diluviennes se sont abattues sur notre pays. Plus de 2.000 ménages ont ainsi pu bénéficier d'une indemnisation rapide pour globalement plus de 4 millions d'euros !

[1] 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 des calamités naturelles, *M.B.*, 11 octobre 2005

Mais la mise en exécution de cette législation n'a pas été sans souci.
A travers les nombreux appels téléphoniques et les courriers qui lui sont parvenus, l'Ombudsman constate que le consommateur rencontre différentes difficultés pour lesquelles il s'est tourné vers son office.
Il y a eu beaucoup d'incompréhension sur le caractère obligatoire de cette couverture. Ce sont principalement les personnes situées dans des zones à risque minime, les habitants d'immeubles à appartements... qui s'interrogeaient. A la question de savoir pourquoi tout assuré est obligé de payer cette couverture, l'Ombudsman a répondu que la contribution est fondée sur les principes de solidarité.

Certains confondaient la faculté qui existait de demander l'application immédiate de la nouvelle législation avec l'obligation de couvrir le risque des catastrophes naturelles.

D'autres, par contre, s'inquiétaient du montant de la prime qui leur était réclamée. La loi n'impose pas de tarif. Les entreprises d'assurances fixent librement le montant de la prime. Leurs tarifs restent donc variables. Ils sont établis notamment sur la base d'une segmentation des zones géographiques à risque plus ou moins élevé qu'elles ont fixés librement sur la base de critères différents tels que la situation des cours d'eau, des expériences de sinistralité antérieure, des débordements d'égouts publics...
L'application globale de ces méthodes pouvait entraîner des réponses inadéquates par rapport à la nature réelle du risque. Face à la réclamation de leur assuré, certaines entreprises d'assurances ont ajusté le montant de la prime au regard des spécificités que présentait réellement le risque.

La loi impose des garanties de base mais laisse la liberté aux entreprises d'assurances de les étendre. Dès lors, par le jeu de la concurrence, le montant de la prime et les garanties complémentaires peuvent varier pour un risque identique. Ainsi, l'assuré insatisfait interroge le marché. Dans certains cas, il souhaite changer d'assureur. A cet effet, il résilie son contrat. Certaines entreprises d'assurances, confrontées à ces résiliations, n'ont accepté la résiliation effective qu'en la reportant d'un an. Elles refusaient leur effet immédiat en invoquant le caractère légalement obligatoire de la couverture.
Agissant de la sorte, elles oubliaient que le tarif, lui, n'est pas obligatoire et que les couvertures, hors celles de base définies par la loi, sont variables. Face à ces libertés contractuelles, il faut nécessairement l'accord des deux parties pour reconduire le contrat.

Afin de mettre immédiatement fin à cette pratique erronée, l'Ombudsman a redressé la situation cas par cas, mais elle a également entrepris des actions plus globales. Elle ne pouvait tarder car tous les contrats devaient être adaptés pour le 28 février 2007. Elle a ainsi fait le nécessaire pour diffuser l'information via les questions fréquemment posées (FAQ) reprises sur son site internet. Elle a également pris contact avec l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et avec la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA) pour qu'une information soit transmise à l'ensemble du secteur. Assuralia a répondu positivement à son appel en adressant à ses membres une circulaire du 8 septembre 2006[2] reprenant en annexe le point de vue que la CBFA lui avait transmis.

La CBFA est d'avis que si l'ajout de la garantie "catastrophes naturelles" dans la police d'assurance Incendie entraîne une augmentation de la prime ou l'application d'une franchise particulière, l'assuré peut refuser cette modification et résilier la police anticipativement.

La mise en œuvre de la législation, quelque peu précipitée, a provoqué des désordres administratifs qui ont entraîné des disparités tant sur le moment de la mise en vigueur de la couverture que sur celui de la perception de la prime.

[2] Assuralia DOC incendie 2006-28

En principe, la couverture est obligatoire à partir du premier mars 2006. Son application s'étend à partir de cette date à tous les contrats existants au fur et à mesure de leur échéance annuelle. Certaines entreprises ont connu des retards administratifs et ont réclamé, ultérieurement et isolément, avec effet rétroactif, la prime afférente à cette garantie.
D'autres ont accordé la couverture gratuitement durant quelques mois et ont réclamé le solde de la prime ultérieurement.

Ces pratiques diverses et peu transparentes, parfois même peu connues par les acteurs du secteur eux-mêmes, ont été mal perçues par le consommateur qui, perdu, cherchait vainement des informations correctes et objectives.

Quelques plaintes ont été introduites suite à des sinistres.
Comme toutes les polices n'étaient pas encore assorties de cette garantie, l'application de la nouvelle législation était en 2006 en phase transitoire.
Ainsi, certains plaignants s'adressaient à l'Ombudsman car un voisin avait obtenu l'intervention de son assureur... mais ils oubliaient qu'ils ne bénéficiaient pas encore de la garantie !

L'indemnisation dans le cadre de la nouvelle loi présente sans conteste de nombreux avantages. Ainsi, l'indemnisation des victimes est plus large, plus rapide...[3] D'autre part, il ne faut plus que le Conseil des ministres reconnaisse l'évènement comme une catastrophe naturelle.
En effet, la loi[4] décrit les circonstances dans lesquelles la garantie obligatoire des catastrophes naturelles du contrat d'assurances est acquise.
L'inondation provoquée par un orage local peut entraîner pour le consommateur des dommages tout aussi conséquents qu'une catastrophe naturelle nationale.
L'assureur remboursera les frais de réparation du dommage conformément à la loi et éventuellement aux conditions du contrat si celles-ci prévoient des garanties plus larges.

[3] Voir à cet égard le rapport annuel 2005 de l'Ombudsman des Assurances p. 2/15 à 2/18.

[4] Art. 68-2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 20 août 1992 (ci-après loi sur le contrat d'assurance terrestre)

cas 1

L'ASSUREUR REMBOURSE-T-IL TOUS LES DÉGÂTS DUS À UNE CATASTROPHE NATURELLE ?

Lors d'un violent orage qui a inondé les rues de Bruxelles, le véhicule de Monsieur X a été endommagé par les eaux boueuses qui ont envahi son garage.
Bénéficiant de la nouvelle couverture des catastrophes naturelles, il s'adresse à son assureur et réclame le remboursement de son dommage.

L'entreprise d'assurances refuse son intervention car les dégâts aux véhicules ne sont pas couverts. Pour Monsieur X, il s'agit d'un cas de catastrophe naturelle décrit par la nouvelle loi. L'assureur doit donc l'indemniser pour tous les dommages au contenu de son habitation.
Monsieur X ne peut accepter ce point de vue et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et prend connaissance des conditions générales. Parmi les articles qui décrivent l'étendue de l'intervention de l'assureur, l'Ombudsman constate que les dommages aux véhicules automoteurs sont exclus. Elle a dû expliquer à Monsieur X qu'il fallait prendre en considération les différents articles de la police pour examiner l'intervention de l'assureur.
Ainsi, ce n'était pas parce qu'il s'agissait d'un évènement qualifié de catastrophe naturelle que l'assureur devait l'indemniser pour les dégâts à tous les biens situés dans la maison.
Par contre, si l'inondation est reconnue comme calamité, il pourra introduire une demande d'indemnisation auprès Fonds des Calamités pour les dommages à son véhicule.

Mais, même si l'évènement est considéré comme catastrophe naturelle, cela ne signifie pas pour autant que l'assureur indemnisera tous les dommages. Ainsi, il appliquera la règle proportionnelle en cas de sous-assurance, il refusera d'indemniser pour certains objets...

| B. LA LOI DU 24 AOÛT 2005 VISANT À TRANSPOSER CERTAINES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE SERVICES FINANCIERS À DISTANCE [5] |

Cette loi transpose, en droit belge, la directive européenne sur la commercialisation à distance des services financiers auprès du consommateur.
L'objectif de cette législation est de protéger le consommateur qui conclut à distance un contrat relatif à un service financier, et donc un contrat d'assurance.
Dans ce but, des obligations spécifiques d'informations précontractuelles sont imposées au vendeur et un droit de renonciation est reconnu au consommateur.
L'Ombudsman n'a enregistré que quelques plaintes. Par son intervention elle a dû vérifier si l'entreprise d'assurances avait bien respecté son devoir d'information précontractuelle.

[5] *M.B.*, 31 août 2005

cas 2

L'ASSURÉ DISPOSE-T-IL DES INFORMATIONS EXIGÉES PAR LA LOI ?

Monsieur X conclut auprès de l'entreprise d'assurances Y un contrat d'assurance vie par voie électronique.
C'est le taux garanti de 3,25% du produit qui a déterminé son choix. Lorsqu'il reçoit le document reprenant le décompte de son investissement, il constate qu'il n'obtient pas le rendement qu'il espérait. Il interroge l'entreprise d'assurances qui lui répond que le rendement est moindre car elle a appliqué la taxe de 1,1%.
Estimant avoir été trompé, il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et consulte le site Internet. A l'examen des données reprises sur le site, elle constate que la description du produit choisi par Monsieur X est détaillée. Ainsi, dans la rubrique "Frais" elle lit "Frais d'entrée : 0% (sauf la taxe légale de 1,1% sur les primes individuelles d'assurances vie)".
Cette nouvelle taxe de 1,1% est rendue obligatoire par la loi-programme du 27 décembre 2005 et doit donc être appliquée par tous les assureurs actifs sur le marché belge.
D'autre part, l'article 5 des conditions générales publié sur le site précise que le taux d'intérêt s'applique sur le montant de l'investissement après déduction des frais ou taxes éventuelles.
L'Ombudsman n'a pu que confirmer à Monsieur X qu'il avait, avant la conclusion du contrat, été mis en possession de toutes les informations requises.

| C. L'ARRÊTÉ ROYAL DU 3 OCTOBRE 2006 [6] LIMITANT LE DROIT DE RECOURS DES ASSUREURS EN RC VIE PRIVÉE |

Lorsqu'un enfant fait une grosse bêtise, et que ses parents ont un contrat couvrant leur responsabilité civile (contrat RC Vie privée ou RC familiale), l'entreprise d'assurances indemnise les victimes. Si les dommages sont causés par le fait volontaire ou téméraire d'un enfant mineur qui a atteint l'âge de raison, comme que par exemple un jet de pierres sur un véhicule, la pose de blocs de béton sur des voies ferrées ou des coups et blessures intentionnels..., l'entreprise d'assurances peut réclamer le remboursement des montants décaissés en faveur des victimes à l'enfant responsable devenu majeur pour autant qu'elle se soit réservé un droit de recours. Elle peut ainsi exiger des sommes considérables.
Depuis le premier novembre 2006, un arrêté royal limite le recours de l'assureur. Il prévoit qu'il ne peut en aucun cas dépasser une somme plafond de €31.000 [7]. L'assureur peut cependant réclamer l'intégralité de l'indemnité versée aux victimes si elle est inférieure à €11.000. Lorsque les dépenses sont supérieures à €11.000, ce montant est augmenté de la moitié des sommes dépassant €11.000 sans que le résultat ne puisse dépasser €31.000.
Cette modification législative qui limite l'étendue d'un éventuel recours est suffisamment sévère pour dissuader le comportement malveillant mais elle permet d'éviter de ruiner des vies entières.

[6] Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 12 janvier 1984 déterminant les conditions minimales de garantie des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée, *M.B.*, 13 octobre 2006

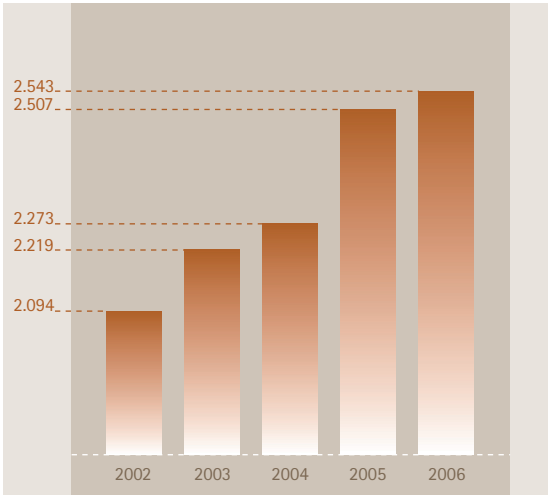
[7] *Bull. Ass.*, 2006, n°357, p. 470; *Verzekeringsnieuws*, 2006, n° 36, p. 4

3

STATISTIQUES ET ANALYSE

3.1. Aperçu global des plaintes introduites en 2006

| A. APERÇU DES PLAINTES 2002 - 2006 |



En 2006, le nombre de plaintes s'est stabilisé. En effet, le taux de croissance est globalement faible : 1,4%. Sur cinq ans, l'Ombudsman enregistre une augmentation de 21% qui consolide la croissance modérée enregistrée chaque année.
Mais, à l'analyse de la répartition des plaintes entre les différentes catégories, l'Ombudsman constate pour la première fois une baisse du nombre des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances. En effet, en 2005, elles s'élevaient à 2.331 alors qu'en 2006 ce nombre est de 2.311. Cette diminution n'est pas importante mais elle traduit les efforts entrepris par les entreprises d'assurances pour mieux organiser en leur sein l'accueil des réclamations. A ce titre, l'Ombudsman souligne cette diminution afin d'encourager ces acteurs à poursuivre leurs efforts pour qu'en première ligne plus de doléances puissent trouver leur solution.

Par contre, l'Ombudsman enregistre une augmentation des doléances à l'encontre des intermédiaires (+29%) avec 173 plaintes et de Datassur (+40%) avec 59 plaintes.

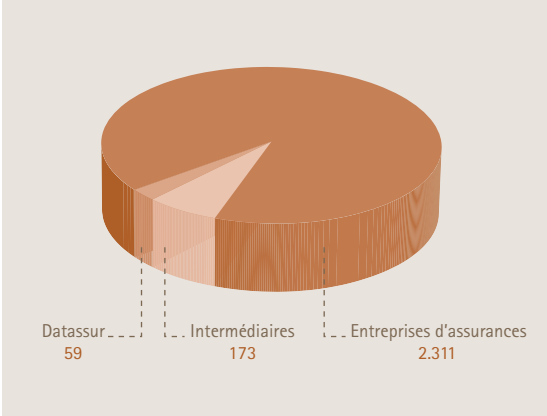
La cause essentielle de la croissance est la notoriété de la fonction de l'Ombudsman en général et plus particulièrement de celle de l'Ombudsman du secteur des assurances. Les médias sont le meilleur relais du rappel de son existence.
Ainsi l'Ombudsman relève que si, en début d'année, elle enregistrait une légère baisse du nombre des plaintes, la croissance provient des doléances introduites après le mois de juillet, moment de l'annonce [8] du guichet unique pour l'accueil des réclamations en matière d'assurances.

A côté des plaintes écrites qui font l'objet des statistiques, il y a un grand nombre d'appels téléphoniques. L'Ombudsman doit être accessible. Son intervention se veut rapide, efficace, pragmatique. Par l'écoute attentive et une réponse ciblée, le consommateur reçoit directement une information relative à son problème, son souci, son inquiétude.
Ce filtre permet de stabiliser le nombre des plaintes écrites mais il influence la nature des plaintes prises en gestion.
D'autre part, la meilleure organisation au sein des entreprises d'assurances de l'accueil des réclamations permet de répondre rapidement aux sources d'insatisfaction de nature simple.
Ainsi, on assiste à une complexité croissante des plaintes introduites qui nécessitent des compétences plus pointues, des recherches doctrinales et jurisprudentielles plus fréquentes et fouillées. Les négociations sont également plus laborieuses. La créativité qui permet la recherche de solutions alternatives doit être soulignée.
L'Ombudsman constate également qu'en plus des nouvelles plaintes introduites en 2006, des plaignants reviennent de plus en plus souvent pour un même dossier soit qu'ils rencontrent une nouvelle difficulté, soit qu'ils ne peuvent se ranger à la première explication et souhaitent relancer le débat. Ainsi le nombre de correspondances écrites a crû de 13%.

Par son intervention, l'Ombudsman renoue le dialogue, débloque une situation mais sans se substituer aux autres acteurs éventuellement impliqués tels que les conseillers en assurances, les assureurs Protection Juridique et les avocats.
Ainsi, elle obtient par exemple une contre-expertise, la conclusion d'une convention d'expertise médicale amiable ou le paiement d'une provision.
Mais, à ce stade elle va clôturer son intervention bien que le dossier ne soit pas entièrement réglé. Aussi, si par la suite d'autres difficultés surgissent, le plaignant revient vers l'Ombudsman et lui demande de réactiver son intervention.

[8] A.R. du 21 juin 2006 modifiant le traitement des plaintes dans le secteur des assurances, *M.B.*, 4 juillet 2006 ; "Eén meldpunt voor verzekeringsklachten", *De Tijd*, 5 juillet 2006, p.1

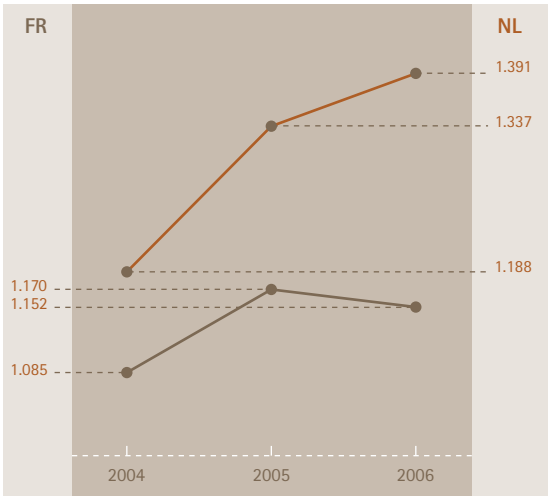
| B. RÉPARTITION PAR GROUPE ET ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES PAR GROUPE |



La croissance du nombre des plaintes résulte de celles introduites à l'encontre des intermédiaires et de Datassur. Le nombre des doléances à l'encontre de ces deux catégories enregistrées en 2006 nous ramène à la situation de 2003 alors que les deux années précédentes, il y avait une diminution.
Le nombre de plaintes relatif à ces deux catégories reste cependant modeste par rapport au nombre global.
Le faible nombre de doléances à l'encontre des intermédiaires s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet de désamorcer le litige.

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

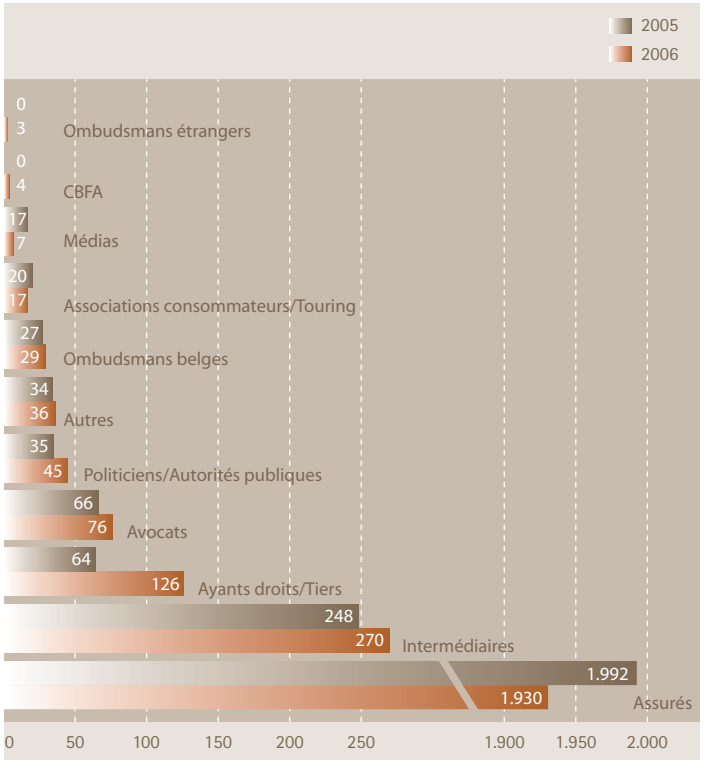
| C. RÉPARTITION LINGUISTIQUE |



Le nombre des plaintes enregistrées pour les francophones a légèrement baissé alors que les réclamations introduites par les néerlandophones ont augmenté. La tendance enregistrée ces dernières années persiste.
C'est principalement dans certaines branches que cet écart se marque. Ainsi 69% des plaintes en Soins de Santé et 57% en branche Vie sont introduites par les néerlandophones.
Il en est de même, mais dans une moindre mesure, pour les branches Auto et Protection Juridique où les réclamations introduites par les néerlandophones représentent 53%.

| D. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |

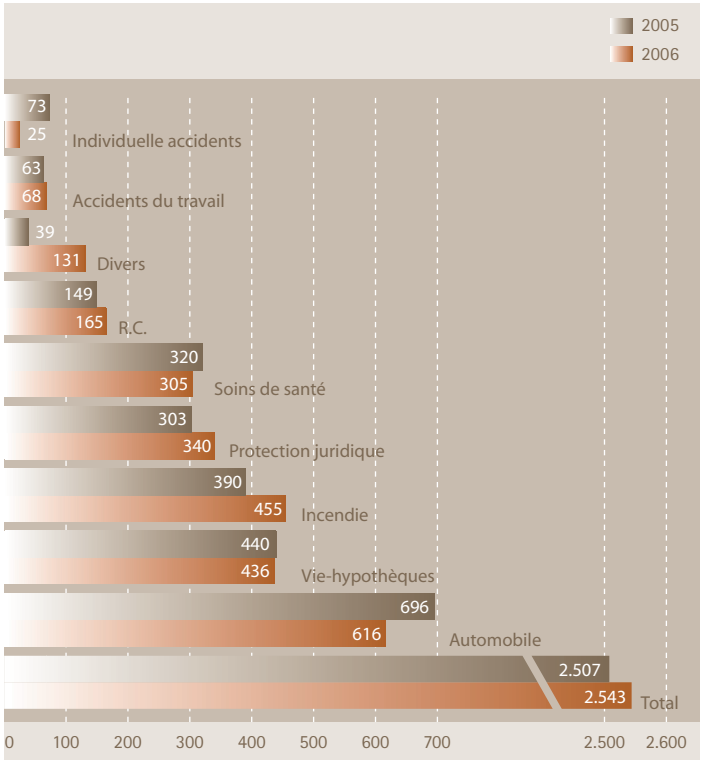
La majorité des plaintes (76%) sont introduites par les assurés et donc les clients des entreprises d'assurances et des conseillers en assurances. La hausse du nombre des plaintes portées par les ayants-droits n'est que le reflet d'une meilleure application des codes d'enregistrement identifiant le profil du plaignant. En 2006, les conseillers en assurance et les avocats ont introduit un peu plus de réclamations pour le compte de leurs clients. Dans plus de trente cas, c'est un collègue ombudsman qui a transmis la plainte. Il existe en effet un protocole de collaboration entre les ombudsmans qui prévoit que si le consommateur ou le citoyen se trompe de guichet, il est dirigé vers l'instance compétente. D'ailleurs, un site rassemblant les différentes coordonnées des ombudsmans a été mis en place, permettant à tout plaignant de se diriger rapidement vers l'instance compétente.[9]



[9] www.ombudsman.be

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

L'Ombudsman enregistre globalement une hausse du nombre des plaintes. Cette augmentation se retrouve principalement dans les branches Incendie (+ 17%), Protection Juridique (+ 12%) et Annulation (+ 70%).
Par contre, elle relève un statu quo en branche Vie et en Soins de Santé mais une baisse de 9% en branche Automobile.
Globalement, les doléances en branche Automobile représentent 24%. Mais cette branche est principalement une source d'insatisfaction à l'encontre de Datassur et des intermédiaires où, dans ces deux catégories, leur pourcentage est respectivement de 71% et 36%.
D'autre part, 16% des réclamations introduites contre les intermédiaires portent sur la branche Vie.



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

Ces dernières années, les motifs pour lesquels l'Ombudsman enregistrait une hausse relevaient des opérations liées à la production des contrats.
En 2006, environ 57% des plaintes porte sur le règlement des sinistres.
Essentiellement, le plaignant conteste de plus en plus le refus d'intervention (+ 4%) et le montant de l'indemnité (+ 9%).

| G. QUELLE EST LA SOLUTION 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. Cette modification indique le motif pour lequel certaines sortent de la compétence de l'Ombudsman : 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.

En 2006, il y a, par rapport aux années antérieures, plus de plaintes qui ont fait l'objet de négociations.
En effet, sur 2.543 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 546 doléances soit 21% n'ont pas dû être débattues.
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 2006, 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 2006, l'Ombudsman a enregistré plus de 125.000 consultations, soit une hausse de 41% par rapport à 2005. Les branches qui sont le plus consultées sont les assurances Vie, Incendie et Auto.

Nombre moyen de consultations par question

Branches	2005	**2006**
Général	223	**414**
Accidents du travail	231	**477**
Auto	321	**579**
Incendie	237	**586**
Datassur	212	**382**
Familiale	269	**533**
Revenu garanti	339	**550**
Hospitalisation	207	**417**
Vie	182	**600**
Fonds de Garantie Automobile	197	**337**
Protection Juridique	307	**480**
Assurance voyages	-	**300**
Bureau de tarification	-	**253**

Le nombre élevé de consultations témoigne de l'intérêt du grand public. Aussi, les "FAQ" sont régulièrement adaptées et étoffées. Par exemple, en branche Incendie, les informations sur la nouvelle législation sur les catastrophes naturelles est à l'origine de la croissance des consultations.
De plus, deux nouvelles rubriques ont été ajoutées : l'assurance voyage et le Bureau de tarification.

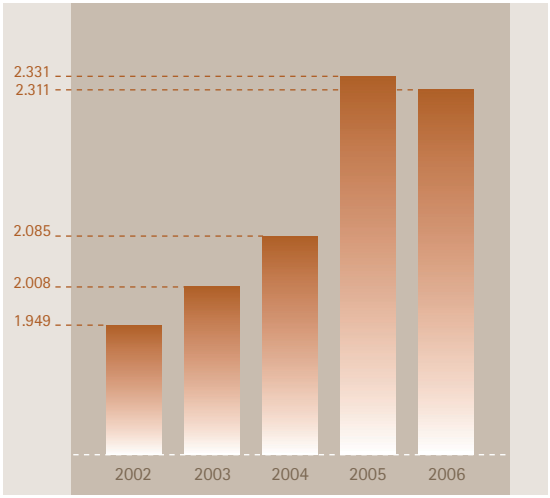
Les plaintes sont-elles fondées ou non-fondées ?

En 2006, à la différence de 2005 où 47% des réclamations négociées étaient fondées, 51% des plaintes sont fondées.
Parmi les plaintes, 1.997 doléances ont fait l'objet de négociations et, dans 831 cas, le plaignant a obtenu gain de cause. Mais 368 dossiers sont encore ouverts à la clôture du mois de janvier.
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 quant au 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 51% des plaintes sont fondées, l'Ombudsman relève que 51% des plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances sont également fondées, à comparer avec 53% des réclamations à l'égard des intermédiaires et seulement 43% de celles à l'égard de Datassur.

Résultats	2004	2005	**2006**
Plaintes fondées	47%	47%	**51%**
Plaintes non-fondées	53%	53%	**49%**

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

| A. NOMBRE DE PLAINTES |



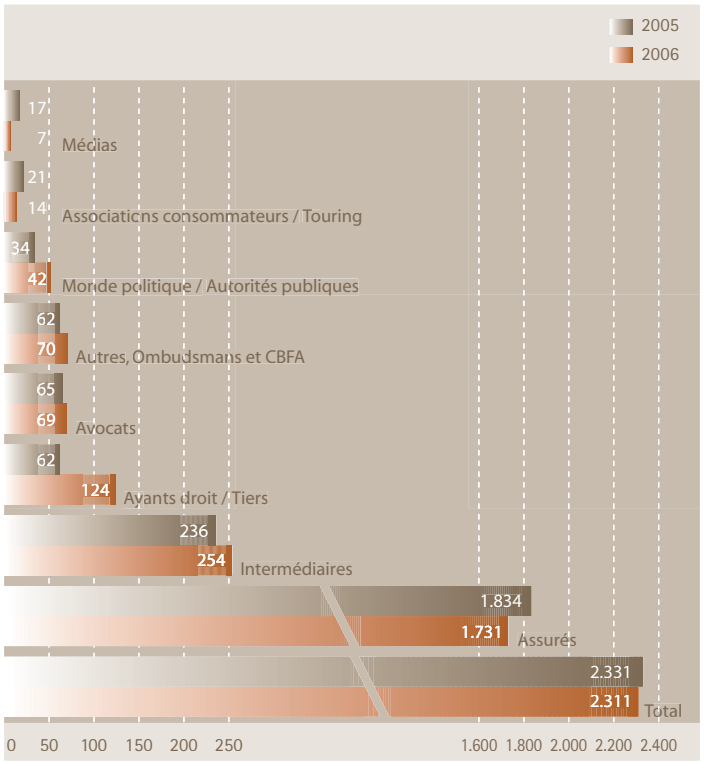
Depuis son existence, l'Ombudsman enregistre pour la première fois une légère diminution du nombre des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances ! En effet, elle constate une baisse de 1% soit une diminution de 20 plaintes alors que, globalement, il y a une légère hausse. C'est peu, mais il importe de le souligner car la tendance s'inverse. Elle est le fruit des efforts fournis par les entreprises d'assurances pour mettre en place, au sein de leur structure, des services mieux organisés pour accueillir les clients insatisfaits, notamment en centralisant le suivi du traitement des doléances.

Certaines entreprises d'assurances se montrent encore hésitantes à mettre en place une telle structure. C'est étonnant ! Dans le marché de l'assurance du particulier, les assureurs cherchent à fidéliser leur clientèle. Or, la meilleure arme n'est-t-elle pas le service apporté au consommateur et, dans ce prolongement, un traitement efficace du client insatisfait ? En effet, des études de marché montrent qu'un client mécontent "écouté" deviendra un client fidèle. Le client espère que ses doléances ne seront pas étouffées ; il attend une réponse.
De plus, un traitement efficace des informations est une source d'enseignements pour la direction de l'entreprise : "Observer pour agir", telle est la devise de l'observatoire français des plaintes en matière d'assurances.[10]

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 Automobile. En 2005, elles s'élevaient à 8 pour les deux instances. En 2006, leur nombre est respectivement de 6 et 3.

[10] R. Moiroud, *Le cri du client*, Paris, Les éditions d'organisation, 1993, p. 41

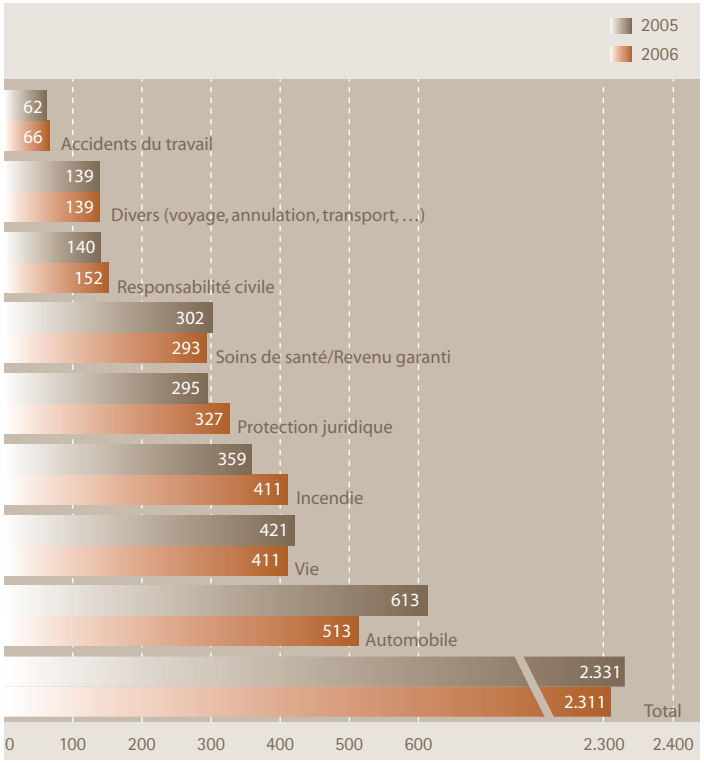
| B. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |



Afin de déterminer la provenance d'une doléance, l'Ombudsman se base sur la lettre de réclamation. Mais certains assurés ou victimes l'interrogent, informés par les médias, conseillés par un intermédiaire d'assurance, une association de consommateur, un service d'aide, ... sans pour autant le mentionner. L'analyse des écrits relève que la majorité des plaintes ont été introduites par les assurés (75%). Lorsque l'on additionne ces plaintes avec celles introduites par les ayants droit, l'Ombudsman constate que ces deux catégories représentent plus de 80% des réclamations dont elle connait. Les ayants droit sont des bénéficiaires ou des victimes qui bénéficient de l'application d'un contrat d'assurances souscrit par une autre personne ou une société.

Le nombre des doléances présentées à l'Ombudsman par les intermédiaires représentent 11% et celles introduites par les avocats 3%. Le nombre de ce type de doléances est relativement stable depuis plusieurs années.

| 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 22%. La légère baisse globale du nombre des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances trouve essentiellement son origine dans cette branche puisqu'on y constate une baisse de 16%, soit un recul d'environ 100 plaintes. En branche Vie, à la différence des années précédentes, l'Ombudsman enregistre une légère diminution (-3%) du nombre des réclamations. Par contre, elle a enregistré une croissance significative en assurance Annulation (+68%), en branche Incendie (+14%) et en branche Protection Juridique (+11%). En Protection Juridique, la hausse des réclamations provient essentiellement des plaintes adressées à l'encontre des polices d'assurances qui offrent des garanties étendues distribuées par des entreprises spécialisées.

Protection Juridique	2004	2005	**2006**
Entreprises multi branches	158	172	**177**
Entreprises spécialisées	132	123	**150**
Total	290	295	**327**

L'explication de ces fluctuations est essentiellement à trouver dans les raisons pour lesquelles le consommateur se plaint : de quoi et pourquoi se plaint-il ? A cet égard, il faut distinguer les motifs des réclamations selon qu'elles concernent une branche non-Vie ou la branche Vie. Au fil des années, on enregistrait de plus en plus de plaintes pour ces dernières activités mais, cette année, on constate une stabilisation. La branche Vie représente actuellement 18% des insatisfactions.

Branches	2004	2005	**2006**
Non-Vie	1.741	1.910	**1.901**
Vie	337	421	**410**
Total	2.078	2.331	**2.311**

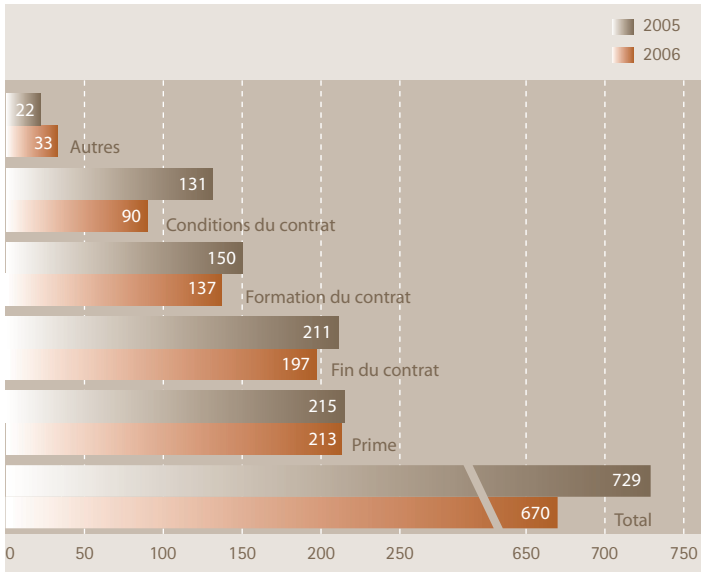
| D. DE QUOI ET POURQUOI SE PLAINT LE CONSOMMATEUR EN BRANCHES NON-VIE ? |

La majorité des doléances (soit 65%) 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.

En 2006, l'Ombudsman enregistre une augmentation de ce type de plaintes mais, par contre, une baisse des réclamations qui portent sur les activités relatives à la production des contrats.

Non-Vie	2005	**2006**	**Evolution**
Production	729	**670**	**-8%**
Sinistre	1181	**1231**	**+4%**
Total	1910	**1901**	**-0,5%**

1. *Quelles sont les plaintes en production ?*



En 2006, l'Ombudsman enregistre une baisse de 9% des réclamations qui portent sur les opérations de production en branches non-Vie.

A l'instar de 2005, 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 67% des raisons d'insatisfaction en production.

1.a Le montant de la prime

Ce type de plainte représente 37% 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 montant et 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 Automobile obligatoire (34%).

Durant l'année 2006 (comme déjà en 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**. La presse a d'ailleurs fait large écho à ces mesures. "La compagnie X double la prime[11]", "Plus chère, l'assurance hospitalisation[12]". Certaines d'entre elles avaient déjà augmenté leur tarif en 2005. Ces hausses répétitives et importantes inquiètent l'assuré qui s'interroge d'une part sur leur bien-fondé et d'autre part sur les adaptations qui pourraient encore intervenir dans le futur.
Il s'adresse à l'Ombudsman et l'interroge en tant qu'instance neutre et objective. Dans le cadre de sa mission, elle ne peut que vérifier la régularité de la procédure. Cependant, si les contrats d'hospitalisation individuels 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, 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 définitive des autorités. Il existe cependant un projet de loi (voir infra recommandations p. 5/139).

[11] *De Tijd*, 21 septembre 2006 p.13

[12] *Le Soir*, 21 septembre 2006 p. 25

cas 3

LA PRIME DU CONTRAT EST-ELLE CORRECTEMENT CALCULÉE ?

Monsieur X souscrit une assurance auto auprès de l'entreprise d'assurances A.
Lorsqu'il reçoit son contrat et l'invitation à payer la prime, il constate avec étonnement qu'il reprend un degré sur l'échelle bonus malus tenant compte d'un sinistre.
Selon lui, il est au degré zéro. Comme son nouvel assureur maintient son point de vue, il saisit l'Ombudsman.

A l'analyse des éléments du dossier, l'Ombudsman remarque que le plaignant bénéficiait chez son ancien assureur du degré zéro mais que l'attestation de sinistres qu'il a transmise mentionne un accident pour lequel il est responsable.

Interrogé, le plaignant reconnaît le sinistre mais signale avoir joué son "Joker" afin qu'il ne soit pas pris en compte.
L'Ombudsman lui a expliqué que le "Joker" fait partie d'une action commerciale, lancée par son ancien assureur, qui ne lie pas les autres entreprises d'assurances.

Ainsi, l'entreprise d'assurances A a établi son contrat sur la base de l'attestation officielle des sinistres et il est correct qu'elle tienne compte du sinistre survenu.

En assurance **RC Automobile**, le consommateur interroge l'Ombudsman car il ne comprend plus la structure de la tarification. 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.

Le consommateur est souvent désorienté. Comment s'y retrouver dans les tarifs offerts par les différentes entreprises qui, au fil du temps, sous la pression de la concurrence, les adaptent, les lient à des promotions spéciales réservées au consommateur fidèle...?

En assurance RC Automobile, quand la discussion porte sur la prime, elle concerne souvent aussi la pénalité liée à la sinistralité. Ces problèmes se posent principalement dans le cadre de l'application de la convention RDR (règlement direct / directe regeling).
Cette convention n'est pas opposable à l'assuré. Bien qu'elle permette de régler rapidement une large part des sinistres à la satisfaction des parties, il reste des cas où le plaignant qui conteste sa responsabilité, estime que le gestionnaire du dossier donne trop rapidement son accord à l'entreprise adverse. Il conteste sa responsabilité et n'est pas entendu.
Lorsque les deux parties ont des dommages, si la contestation subsiste, le litige est porté devant les tribunaux. Mais quel est le sort de l'assuré déclaré responsable qui n'a pas de dommage ? Il ne dispose d'aucun moyen pour saisir les tribunaux afin qu'ils tranchent la question des responsabilités alors qu'il subit indirectement un dommage par la pénalité du malus.
Les interprétations divergent.

1.b La fin du contrat

Durant les années précédentes, les réclamations portaient sur des résiliations initiées par les entreprises d'assurances et contestées par le plaignant. La situation s'inverse en 2006.
Cette année, l'Ombudsman enregistre un nombre plus important de plaintes d'assurés qui sont mécontents face au refus de l'entreprise d'assurances d'accepter leur renon. L'assureur 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'accroche avec rigueur aux formalités prescrites par la loi. Il va interpréter de manière stricte les dispositions qui règlent les modalités pratiques de l'envoi d'une résiliation. Or, des erreurs ou oublis administratifs peuvent s'y glisser. Ainsi, l'absence de différentes références, des numéros de contrats concernés, l'usage du nom erroné de la compagnie après une fusion, le non-respect du délai après une augmentation tarifaire, l'envoi de la lettre recommandée de résiliation à l'intermédiaire sont autant de raisons qu'invoque l'assureur pour refuser la résiliation.

Cette attitude semble paradoxale lorsque l'on constate que les entreprises d'assurances s'écartent, pour des raisons pratiques et de coûts, des formalités légales contraignantes.

Mais vers quelle solution se tourner ? Quel est le bon équilibre entre l'application stricte des prescrits légaux d'une part et le coût et la lourdeur administrative que ces dispositions engendrent d'autre part?

A travers les différentes plaintes, l'Ombudsman a pu constater les risques de s'écarter, sans barrière, des principes de base. Elle a remarqué que certaines entreprises d'assurances interprètent les dispositions légales en fonction du but qu'elles veulent atteindre dans la gestion du cas individuel. Elles s'en distancient quand cela les arrange mais s'y accrochent et vont les appliquer strictement quand leur application rencontre leurs intérêts.

cas 4

QUELLE EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION ?

Mécontent de l'augmentation de sa prime, Monsieur X réagit dans le délai et envoie le 10 décembre 2005 un renon à son contrat. Malheureusement, il omet de le signer.
L'entreprise d'assurances réagit en lui réclamant sa signature. Il renvoie le document complété mais l'entreprise d'assurances n'acte le renon que pour l'échéance du 24 décembre 2006, soit un an plus tard !
Monsieur X souhaite la résiliation dès l'échéance 2005.

A la réception de la réclamation, l'Ombudsman prend connaissance de tous les documents du dossier. Elle relève que Monsieur X a reçu le 2 décembre l'invitation à payer sa prime annuelle majorée car l'entreprise d'assurances avait appliqué un tarif plus élevé. En vertu de la loi l'assuré dispose d'un délai de trois mois pour informer la compagnie de son éventuel renon. Cette résiliation ne prend effet qu'un mois après sa notification. En l'occurrence, le contrat aurait dû être résilié au 10 janvier 2006 pour autant que le renon ait été valable.
Or, l'Ombudsman constate qu'au départ, le renon n'était pas signé et qu'il n'était donc pas valable. Mais, ce premier document avait bien été envoyé le 10 décembre 2005 et l'entreprise d'assurances n'avait réagi que le 20 décembre pour lui demander sa signature. Selon l'entreprise d'assurances, le renon devait être introduit avant l'échéance du 24 décembre... L'assureur aurait pu réagir plus tôt. Dans tous les cas, il ne pouvait reporter le renon un an plus tard !
Sur cette base, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprise d'assurances d'accepter la résiliation au 24 décembre 2005.

En assurance **Incendie**, l'Ombudsman a, en 2006, enregistré des contestations lorsque l'assuré souhaitait résilier son contrat suite à l'ajout de la couverture des catastrophes naturelles.
Certains assureurs refusaient d'enregistrer le renon en invoquant le caractère obligatoire de la couverture. Assuralia a adressé à ses membres la recommandation de la CBFA. Cette information a permis de corriger cette pratique (voir supra Interventions législatives p. 2/13).

cas 5

UN ASSURÉ PEUT-IL REVENIR SUR SA RÉSILIATION ?

Le 19 septembre 2005, Monsieur X résilie son assurance hospitalisation à l'échéance du premier janvier 2006.

En novembre 2005, il tombe gravement malade. Il adresse alors à l'assureur une lettre recommandée par laquelle il lui fait connaître sa décision d'annuler sa résiliation.

L'assureur lui oppose un refus. Monsieur X se tourne alors vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des éléments du dossier.
Le 21 septembre 2005, la compagnie reçoit la lettre recommandée par laquelle monsieur X l'informe de sa décision de ne pas poursuivre sa police à l'échéance du premier janvier 2006. Le 18 octobre, elle confirme à monsieur X la résiliation de son contrat. A cette date, la résiliation de la police au 1er janvier 2006 est donc acceptée par les deux parties.

En novembre 2005, Monsieur X demande à revenir sur l'accord relatif à la résiliation de sa police. Pareille décision ne peut toutefois être prise que moyennant l'acceptation des deux parties. Or, l'entreprise d'assurances ne se montre pas disposée à revenir sur la décision initialement prise.

L'Ombudsman est contrainte de confirmer à Monsieur X le caractère juridiquement fondé de la position adoptée par l'entreprise d'assurances.

Dans le cadre de l'assurance **Hospitalisation**, l'Ombudsman a reçu des réclamations de consommateurs qui avaient souscrit une police individuelle et qui bénéficiaient en cours de contrat d'une couverture collective souscrite par leur employeur.
Comme ils bénéficiaient de cette nouvelle couverture, ils souhaitaient se libérer de leur contrat personnel immédiatement et obtenir le remboursement d'une partie de la prime.

Ce type de situation n'est pas régi par la loi. Sur le plan juridique, l'assuré doit respecter les délais de résiliation prévus par la législation sur le contrat d'assurance terrestre.
Dans certains cas, cependant, en raison des éléments spécifiques du dossier (même entreprise d'assurances pour les deux contrats, un produit identique, ...) l'Ombudsman a pu obtenir, en équité, une solution pour le plaignant.

cas 6

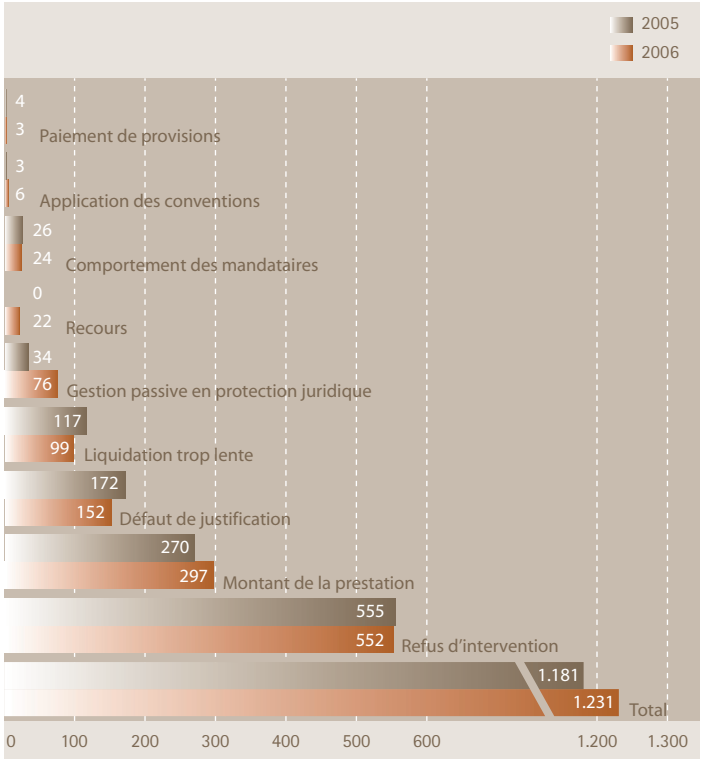
PEUT-ON RENONCER DIRECTEMENT À UNE ASSURANCE HOSPITALISATION INDIVIDUELLE LORSQU'ON S'AFFILIE À UNE ASSURANCE COLLECTIVE ?

En mars, Madame X apprend que son employeur a souscrit une assurance collective hospitalisation au profit des membres de son personnel. Elle avait souscrit, à titre personnel, une assurance hospitalisation auprès du même assureur et elle lui demande de mettre fin à son contrat dès que la police collective entre en vigueur. Elle estime que sa police individuelle est inutile car elle fait double emploi. L'assureur refuse.

En décembre, mécontente, Madame X se tourne vers l'Ombudsman qui interroge l'entreprise d'assurances. Cette dernière confirme qu'elle a bien refusé la résiliation que Madame X avait demandée. Les conditions générales prévoient notamment que le contrat peut être résilié à l'échéance annuelle moyennant un préavis de trois mois. Comme l'échéance annuelle est en février, la résiliation ne pourra prendre effet que l'année suivante.
De plus, l'assureur invoque que les garanties des deux polices sont différentes. En effet, une maladie couverte dans un contrat ne l'est pas nécessairement dans l'autre.

A l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate qu'en réalité, la police collective n'a pris effet qu'en septembre et qu'en août, Madame X a été hospitalisée et l'entreprise d'assurances l'a indemnisée sur la base d'un contrat individuel. Mais, par contre, les garanties sont fort similaires. Aussi, comme il n'y a pas eu d'interruption de couverture, l'Ombudsman a pu convaincre l'assureur d'accepter que la résiliation du contrat individuel prenne effet en septembre.

2. Quelles sont les plaintes en sinistre ?



L'Ombudsman enregistre une légère hausse de 4% du nombre des plaintes relatives aux sinistres en 2006. Elle est principalement issue de deux motifs : le refus d'intervention et le montant de l'indemnité. A eux seuls, ils représentent 69% des doléances sur les sinistres gérés en branches non-Vie.

2.a Le refus d'intervention

Le refus d'intervention est un motif fréquemment invoqué dans la garantie **Dégâts des eaux**. Dans cette couverture, ce type de doléances représente 46%. Les discussions concernent l'origine du dommage. L'assuré qui a, sur la base des principes du droit, la charge de la preuve, ne parvient pas à prouver quelle est la cause à l'origine du dommage et par conséquent, qu'il s'agit d'un cas qui tombe sous le couvert du contrat. Même lorsque l'origine est déterminée, dans certains cas, elle ne fait pas partie des risques couverts.
L'assuré a souvent plus de difficultés à accepter ce refus car, à travers le règlement de sinistres d'autres assurés, il apprend l'intervention d'un assureur en ignorant qu'il s'agit de contrats offrant des garanties plus larges. Il n'admet pas avoir choisi un produit qui ne répond pas à son souci.
Enfin, l'Ombudsman est interpellée car l'assureur refuse de rembourser les frais de recherche nécessaires pour déterminer l'origine d'une fuite d'eau. Les assurés perdent de vue que ces frais ne sont remboursés que pour autant que le sinistre soit couvert ... Or, après découverte de l'origine de la fuite, la cause du dommage peut ne pas faire partie des garanties assurées.

En 2006, suite aux inondations, des victimes se sont adressées à l'Ombudsman car elles étaient étonnées du refus d'intervention de leur assureur. En effet, informées que la couverture des catastrophes naturelles était obligatoire, elles ont oublié que cette garantie ne leur était acquise, sauf demande expresse, qu'à l'échéance annuelle suivante de leur police (voir supra interventions législatives p. 2/14)

En assurance **Automobile**, la discussion porte, en cas de refus d'intervention, sur un accident de circulation survenu en l'absence de tiers. L'assureur se montre sceptique sur les circonstances exactes du sinistre (s'agit-il bien d'un heurt de gibier ?), sur l'identité du conducteur, sur son état physique ... Trop d'inconnues sur la base desquelles il estime que la preuve de la couverture du sinistre n'est pas rapportée.

En **Protection Juridique**, le refus d'intervention est un motif invoqué pour les garanties étendues offertes par les assureurs spécialisés. Les controverses portent sur le moment de la survenance du litige car ces garanties ne sont pas liées à la notion d'accident.
Dans certains domaines (droit de la famille, droit fiscal, droit social, droit de succession ...), le litige, avant d'être porté devant les tribunaux, a souvent fait l'objet de désaccords et de tensions préalables. Mais quand l'événement déclencheur est-il intervenu ? Sur ce point, il existe des divergences d'appréciation. A quel moment la mésentente s'est réellement installée dans un couple ?
Quand les faits liés aux poursuites fiscales ont-ils exactement été commis ?
Quand le désaccord avec l'employeur est-il né ... ?
D'autre part, et en lien avec le moment de la naissance du litige, l'assureur invoque la prescription de trois ans qui court depuis le jour de l'événement qui donne lieu à l'action pour refuser sa garantie[13].

Le refus d'intervention est invoqué dans la branche **Hospitalisation** lorsque l'assuré se plaint de la gestion d'un sinistre.
L'entreprise d'assurances refuse son intervention pour différents motifs.
Elle estime que l'hospitalisation est due à un état de santé préexistant à la conclusion du contrat. Dans certains cas même, elle va jusqu'à annuler le contrat lorsqu'elle découvre, à l'occasion d'un sinistre, que l'assuré a volontairement omis de déclarer des informations pertinentes sur son état de santé.
Dans d'autres cas, l'assureur estime que l'intervention est faite pour des raisons esthétiques et non pas pour des motifs fonctionnels.

[13] Art. 34 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre

En assurance **Annulation**, le refus par l'entreprise d'assurances de prendre le sinistre en charge se fonde sur l'existence d'un état préexistant.
Sur le marché, on trouve différents types de contrat. La majorité des conditions des polices incluses dans l'offre globale d'un voyage excluent l'annulation d'un voyage dont la cause se trouve dans l'état de santé de l'assuré tel qu'il existait au moment de la conclusion du contrat.
Ainsi, seront exclues les annulations dues à la rechute d'une maladie grave, à l'aggravation ou aux complications d'une maladie existante... La portée de ces contrats est donc très limitée. Certains d'ailleurs parlent de "boite vide".[14]
Par contre, d'autres polices offrent une garantie plus large. Elles couvrent les conséquences d'un état antérieur, soit en précisant qu'il faut que la maladie soit stabilisée depuis au moins six mois, soit même sans limitation.
Récemment, début 2007, certaines entreprises d'assurances ont même lancé sur le marché une nouvelle formule "all risks" qui veut mieux répondre aux attentes des consommateurs en couvrant un large volet de raisons pour lesquelles les voyages peuvent être annulés[15] : ces contrats couvrent les cas d'ouragan, les cas de maladie ou décès d'un voisin, d'un animal, les cas d'attentat survenu dans le lieu de destination, les cas de séparation de partenaires ...

[14] *Het Laatste Nieuws*, 19 juillet 2006, p. 8

[15] *Assurinfo*, n°2, 18 janvier 2007 p. 7

2.b Le montant de l'indemnité

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

Mais elle n'entamera pas de négociations avec les entreprises d'assurances et ne conseillera pas les assurés ou victimes sur les indemnités relatives aux dommages pour lesquels les tribunaux octroient des montants variables (chômage et financement du véhicule, dommages suite à une incapacité temporaire ou totale, dommage moral ou esthétique,...)
L'Ombudsman les renvoie vers les conseillers en assurances (intermédiaires), les assureurs Protection Juridique, les conseillers techniques et les avocats dont le rôle essentiel est d'assister et de conseiller la victime dans ses prétentions.

Globalement, les réclamations introduites sur le montant de l'indemnité allouée à l'assuré ou à une victime représentent 24% des réclamations introduites à l'encontre des entreprises d'assurances en matière de gestion de sinistres non-Vie.

Dans la branche **Incendie**, pour les différentes garanties hormis le vol, l'Ombudsman a enregistré, au cours de l'année 2006, une croissance de plus de 30% des plaintes introduites sur le montant de l'indemnité.
Quand la contestation porte sur l'indemnité allouée, les discussions concernent régulièrement le pourcentage de vétusté ou de dépréciation que l'assureur applique.
Tout assuré doit gérer son bien en bon père de famille, il n'appartient pas à l'assureur de supporter les conséquences d'un défaut d'entretien. Aussi la loi sur le contrat d'assurance terrestre (art. 67 § 4) autorise-t-elle l'assureur incendie à déduire une vétusté pour autant qu'elle excède 30%. Il reste néanmoins la difficulté de fixer le taux de vétusté.

cas 7

QUELLE EST LA VALEUR DU RAPPORT D'EXPERTISE ?

Monsieur X, locataire d'un appartement, a déclaré à son entreprise d'assurances un dégât des eaux. Elle désigne un expert qui, sur place, établit un rapport signé par les différentes parties.
Le rapport précise que le sinistre est dû au débordement du toit suite aux trombes d'eau.
Son indemnisation tarde et lorsqu'il interroge l'entreprise d'assurances, celle-ci lui communique que la cause des dégâts n'est pas prouvée.
Entre-temps, elle avait reçu un rapport de l'expert du propriétaire qui évoquait différentes origines possibles.
Face à ce refus persistant, Monsieur X se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman contacte l'entreprise d'assurances et prend connaissance des différents documents du dossier.
En analysant le rapport du second expert elle constate qu'il relate différentes causes à l'origine du dégât des eaux. Mais le premier rapport, signé par les différentes parties, reprend sans réserve que les dégâts sont causés par un débordement venu du toit.
Par conséquent, l'Ombudsman estime que ce rapport lie l'entreprise d'assurances et elle la convainc de verser l'indemnité qui y est décrite.

Dans d'autres cas, l'assuré refuse l'application de la règle proportionnelle qui est la sanction prévue par la loi lorsque les capitaux repris et assurés dans le contrat sont insuffisants.
La loi sur le contrat d'assurance terrestre impose à l'entreprise d'assurances de présenter à l'assuré, au moment de la souscription, un système d'abrogation de la règle proportionnelle (SARP). En cas de contestation, l'entreprise d'assurances doit pouvoir prouver qu'elle a respecté cette formalité. Pour différentes raisons, elle rencontre des difficultés à rapporter la preuve. C'est le cas des contrats anciens, souscrits avant 1988 et plus précisément avant la mise en application de l'arrêté royal réglementant la branche Incendie. Dans d'autres cas, la demande d'assurances n'a pas été correctement complétée et l'assureur n'a pas réagi à la conclusion du contrat ou tout simplement, il ne retrouve pas dans ses archives les documents originaux signés par l'assuré[16].
Dans cette branche, l'Ombudsman est de plus en plus souvent saisie par les occupants d'immeubles à appartements qui rencontrent des difficultés en cas de sinistre pour obtenir leur indemnisation du syndic. Dans le cadre d'une copropriété, le syndic mandaté par la copropriété souscrit le contrat d'assurances qui couvre l'immeuble. Le preneur d'assurances est la copropriété qui confie au syndic la gestion du contrat. Il sera donc l'interlocuteur de l'entreprise d'assurances. C'est l'un de ses représentants qui est souvent présent à l'expertise et c'est aussi au syndic que l'assureur va verser l'indemnité due.
Les plaignants interrogent l'Ombudsman car leur remboursement tarde ou bien car ils estiment insuffisant le montant qui leur est alloué. Dans certains cas, le syndic a négocié les conditions de couverture et l'étendue des garanties et, pour limiter le montant de la prime, il a pu prévoir un montant de franchise assez élevé. Il a aussi pu exclure certaines garanties, telles que le risque de corrosion qui est souvent l'origine d'un dégât des eaux dans un ancien immeuble à appartements.

En assurance **Automobile**, le consommateur interroge l'Ombudsman sur le montant du chômage qui lui est accordé et sur le remboursement des frais du véhicule de remplacement. Il s'insurge contre la perte totale économique de son véhicule car il ne peut comprendre pourquoi sa voiture ne peut pas être réparée alors que, même si elle est ancienne, elle est encore en bon état. Il rencontre également des difficultés suite à la perte totale de son véhicule pour la vente de l'épave car il n'a pas répondu dans les délais de validité de l'offre.

[16] Voir infra recommandations p. 5/146

cas 8

PEUT-ON OBTENIR LE REMBOURSEMENT DU MONTANT TOTAL DE LA FRANCHISE SI LES RESPONSABILITÉS SONT PARTAGÉES?

Monsieur X est victime d'un accident de circulation. Son véhicule est fort endommagé. Les circonstances de l'accident ne sont pas claires et les responsabilités des conducteurs sont discutées. Heureusement, il bénéficie d'une assurance omnium (dégâts matériels) qui l'indemnise rapidement en déduisant cependant la franchise.

Monsieur X se tourne vers l'entreprise d'assurances de la partie adverse en lui réclamant le paiement du montant de la franchise. L'assureur accepte de rembourser la moitié de ce montant en invoquant que les responsabilités de l'accident sont partagées. Son conseiller en assurances estime qu'il a droit au montant total mais ne parvient pas à convaincre l'entreprise d'assurances. Aussi, il conseille à son client de saisir l'Ombudsman.

L'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances afin de prendre connaissance du dossier et des arguments sur lesquels elle se fonde pour ne rembourser que la moitié de la franchise. L'assureur répond qu'il se fonde sur le partage des responsabilités et que d'ailleurs l'assureur omnium subrogé dans ses droits ne récupère que 50% de l'indemnité.

Face à cette position, l'Ombudsman lui rappelle que l'article 41 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre prévoit explicitement que la subrogation ne peut nuire à l'assuré.

Lorsqu'il n'est indemnisé que partiellement, il peut exercer ses droits par priorité à l'assureur. En pratique, l'assuré peut donc récupérer la totalité de la franchise en priorité à la réclamation de l'assureur Omnium.

On ne peut invoquer que l'assuré s'enrichit indûment car s'il bénéficie de cet avantage c'est qu'il a payé une prime pour couvrir ce risque.
Sur la base de cet argument, l'entreprise d'assurance a revu sa position et a payé l'intégralité de la franchise.

cas 9

SI L'ASSUREUR DU RESPONSABLE DÉCLARE LE VÉHICULE ACCIDENTÉ EN PERTE TOTALE ÉCONOMIQUE, L'ASSUREUR OMNIUM DOIT-IL SUIVRE ?

Deux assureurs peuvent-ils évaluer différemment les dommages à un véhicule ?

Monsieur X a un accident de circulation alors que sa voiture n'a pas un an. Il n'est pas responsable et déclare l'accident à son assureur dégâts matériels (omnium) ainsi qu'à l'assureur du responsable. La voiture est fortement endommagée et les frais de réparation s'élèvent à €5.200. Or, la valeur du véhicule avant l'accident était de €27.558. De ce montant il faut déduire la valeur de l'épave fixée à €23.550. Ainsi, on obtient le montant théoriquement disponible pour les réparations. En l'occurrence €4.008. Or, les frais réels pour la réparation du véhicule sont plus élevés, puisqu'ils sont de €5.200.
En droit commun (responsabilité civile auto), le véhicule est donc en perte totale "économique".

Fort de cette information, Monsieur X demande à son assureur omnium le remboursement de son dommage sur la base des dispositions du contrat qui décrivent l'indemnisation en cas d'une perte totale. L'assureur refuse.

Mécontent, Monsieur X saisit l'Ombudsman. L'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances et prend connaissance des conditions générales du contrat omnium souscrit par Monsieur X. Elle relève une disposition qui précise que la perte totale économique n'est acquise que pour autant que le montant des réparations dépasse la valeur du véhicule fixée selon la dégressivité qui est prévue. En l'occurrence, le montant des frais de réparation est inférieur à la valeur du véhicule obtenue sur base de ce calcul (€35.969).
Sur cette base, l'assureur ne doit contractuellement lui payer que les frais de réparation.

L'Ombudsman n'a donc pu que confirmer la position de la compagnie d'assurances.

En assurance **Hospitalisation**, le nombre des doléances relatives au montant de l'indemnité a quasi doublé. Dans cette branche, les plaignants saisissent l'Ombudsman car ils ne peuvent accepter le refus de l'assureur de payer certains frais comme le matériel utilisé durant l'intervention chirurgicale, une prothèse, des médicaments, des traitements d'ostéopathie… De manière générale, le remboursement par les assureurs est conditionné par l'intervention de la mutuelle. Or, on constate, sur des factures d'hospitalisation, de plus en plus de postes sans référence à un code Inami. Ces prestations sans code ne sont généralement pas remboursées.
Le consommateur ne le comprend pas et refuse de l'accepter car il n'a aucune maîtrise sur les actes médicaux et la manière dont il a été soigné.

En assurance **Annulation**, quand l'Ombudsman est saisie d'une réclamation sur le montant de l'indemnité qui est allouée, la discussion porte sur le moment de l'annulation. En effet, l'assureur estime que l'assuré aurait dû annuler plus tôt et ne rembourse dès lors qu'une partie des frais d'annulation. Les litiges concernent l'interprétation des conditions du contrat ainsi que l'appréciation de la chronologie des événements. Il appartient à l'assuré de rapporter la preuve qu'il ne pouvait raisonnablement pas annuler son voyage plus tôt.
Or, cette preuve repose sur des informations médicales que l'assuré ne maîtrise pas. Il va d'autant moins en disposer lorsque l'annulation est faite suite au décès d'un proche.
L'Ombudsman relève que les médecins qui constatent le décès établissent des certificats incomplets et imprécis, voire contradictoires eu égard aux attentes des assureurs (voir p. 3/79).
Cette situation crée la confusion et suscite le scepticisme.
L'Ombudsman cherche alors à rétablir la confiance, à renouer le dialogue, à suggérer des voies de preuve ou à provoquer des contacts entre les médecins.

2.c La liquidation trop lente et le défaut de justification

En **RC Automobile**, la liquidation trop lente et le défaut de justification représentent 19% des motifs pour lesquels une réclamation est introduite en sinistres.
Malgré les conventions permettant d'accélérer le règlement et les dispositions législatives assorties de sanction, certains consommateurs estiment toujours le délai de règlement trop long.

cas 10

L'OMBUDSMAN PEUT-ELLE ACCÉLÉRER LE RÈGLEMENT D'UN SINISTRE ?

**Le véhicule de Monsieur X a été embouti par un camion alors qu'il stationnait sur le parking d'un grand magasin.
Il s'agissait d'un camion volé que les malfrats voulaient utiliser pour immobiliser un fourgon de transport de fonds.
Monsieur X s'adresse à son assureur Protection Juridique pour qu'il récupère son dommage. Ce dernier désigne un expert et s'adresse au FCGA (Fonds Commun de garantie automobile) qui intervient pour les dommages causés par un véhicule volé.
Le véhicule est déclaré en perte totale.**

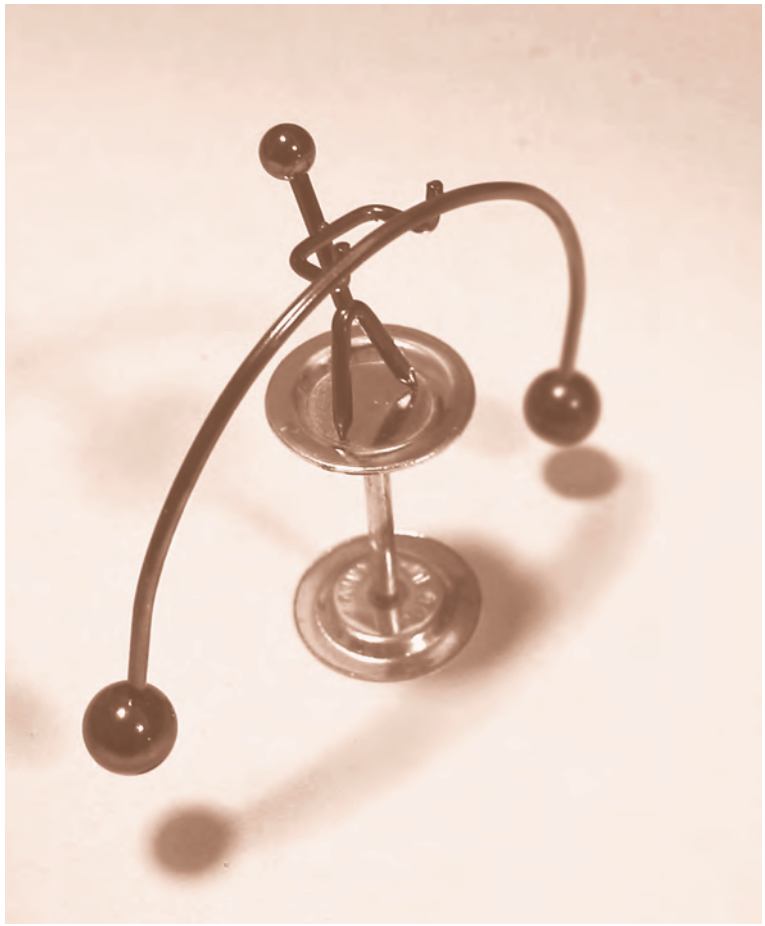
**Trois ans plus tard, on attend toujours le dossier répressif et Monsieur X n'est toujours pas indemnisé.
Las d'attendre, il se tourne vers l'Ombudsman.**

L'Ombudsman s'adresse au FCGA et constate que les dispositions d'usage ont été prises et qu'il attend l'autorisation de prendre connaissance du dossier répressif.
Mais pourquoi attendre dans ce cas-ci le dossier répressif ?
Les éléments de fait sont suffisamment prouvés. Ils ont été rapportés largement dans la presse. Il s'agit bien d'un camion volé et le véhicule de Monsieur X était bien en stationnement.
Sur cette base, l'Ombudsman le persuade, après discussion, d'indemniser Monsieur X pour compte de qui il appartiendra.

Par ailleurs, les consommateurs estiment ne pas être correctement informés sur la prise de position de l'assureur.
A cet égard, le rôle de l'Ombudsman n'est pas de se prononcer sur les responsabilités mais elle va examiner si l'assureur a répondu à tous les arguments et s'il a pris en considération tous les éléments de fait.
Dans certains domaines, face à une jurisprudence divisée, l'Ombudsman enregistre un nombre croissant de plaintes.
Dans ces cas, l'Ombudsman veillera tout particulièrement à ce que l'assureur motive sa décision de manière circonstanciée. Elle n'hésitera pas à entamer des discussions si la motivation n'est pas pertinente.

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

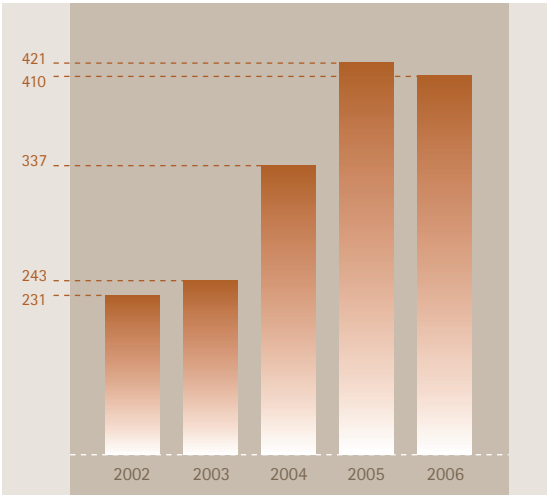
Le nombre d'insatisfactions du consommateur portant sur la gestion passive en **Protection Juridique** a, quant à lui, doublé. Cette augmentation est étroitement liée aux plaintes introduites sous le motif "défaut de justification". En effet, sur la base de la lettre que l'Ombudsman reçoit du plaignant, il est parfois difficile de déterminer pourquoi le consommateur se plaint de son assureur Protection Juridique : estime-t-il que son assureur ne joue pas suffisamment son rôle pour récupérer les dommages ou se plaint-il du manque d'information sur les démarches entreprises par son assureur Protection Juridique ? Ainsi les réclamations sur le défaut de justification en Protection Juridique et la gestion passive ont ensemble crû de 67%. Lors de l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate souvent que l'assureur Protection Juridique a fait le nécessaire et entame les démarches utiles pour assumer la défense de son assuré. Par contre, il a oublié de le tenir informé de la situation du dossier. Sur le plan technique ces plaintes sont non-fondées, mais sur le plan de la communication l'Ombudsman ne peut que reconnaître les griefs du réclamant.



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

Après le net accroissement enregistré en 2004 et en 2005, l'Ombudsman constate une stabilisation en 2006 du nombre de plaintes pour la branche Vie.

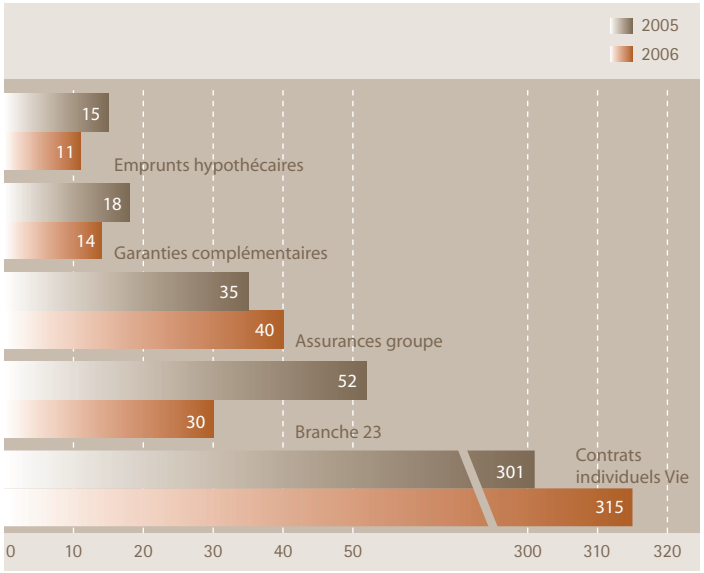
Evolution sur la période 2002 – 2006



Le nombre de plaintes relatives aux différents types d'assurance Vie enregistre de légères fluctuations. Tout comme l'année passée, la plupart d'entre elles concernent l'assurance Vie individuelle "branche 21" où elles sont même en légère augmentation.

Si les réclamations dans la branche 23 (assurances Vie liées à des fonds de placement) semblent à première vue diminuer, il faut en réalité pour l'année 2005 faire abstraction des 24 dossiers reçus à propos d'une entreprise d'assurances néerlandaise. En effet, ces cas relèvent de la compétence de l'Ombudsman des assurances néerlandais.

Ventilation par branche sur la période 2005 – 2006



La plupart des plaintes (84%) sont introduites par l'assuré lui-même. Les plaintes en néerlandais représentent 56%.

Plus de 74% des dossiers sont enregistrés sous le code "Production" – en d'autres termes, ils portent sur la gestion du contrat lui-même. Ne sont reprises sous la rubrique "Sinistres" que les réclamations introduites après le décès ou la liquidation du contrat à l'échéance finale.

1. Quelles sont les plaintes en production ?

La majorité des réclamations relatives à la production portent **sur le rachat ou sur la réduction** de contrats d'assurance Vie (27%). Elles sont souvent liées aux contrats classiques, qui prévoient le paiement d'un capital garanti en cas de décès ou de vie au terme. Le montant des primes est ventilé en primes de "risque" (celles qui couvrent le risque du décès pour l'assurance du capital décès, par exemple), de même que certains frais (frais de gestion, d'encaissement, commissions, ...).
Bien que l'assuré pouvait déduire indirectement le montant des primes sur la base de l'évolution des valeurs de rachat qui lui sont transmises lors de la conclusion du contrat, l'Ombudsman constate que ce n'est qu'au moment où il met fin au contrat qu'il réalise le détail des opérations.

cas 11

L'ASSUREUR EST-IL TENU DE VERSER LA RÉSERVE D'UNE ASSURANCE DE SOLDE RESTANT DÛ EN CAS DE RACHAT ?

Madame X décide de transférer son emprunt hypothécaire auprès d'un autre organisme bancaire qui lui propose des conditions plus favorables. Elle souscrit également une nouvelle assurance de solde restant dû et réclame la valeur de rachat de son assurance précédente. L'entreprise d'assurances fait savoir qu'elle ne versera pas la valeur de rachat. Surprise, Madame X s'adresse à l'Ombudsman.

A l'analyse du contrat, l'Ombudsman constate qu'il s'agit d'une assurance de solde restant dû d'une durée de 20 ans, qui prévoit pendant 13 ans le paiement annuel d'une prime fixe.

Les conditions contractuelles précisent que le rachat ne s'applique pas aux "couvertures temporaires" du décès à capital fixe ou dégressif dont les primes sont payables pendant plus de la moitié de la durée du contrat. Cette disposition se retrouve également dans l'actuel arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

Dans ces conditions, l'Ombudsman a dû confirmer à Madame X que l'entreprise d'assurances n'est pas tenue au paiement de la valeur de rachat. La couverture décès a continué à courir jusqu'à la prochaine échéance annuelle, date à laquelle la police a été résiliée.

Il y a cependant une certaine évolution sur les informations fournies par l'assureur. En 2006, le nombre de réclamations relatives aux renseignements communiqués par les assureurs au sujet du **montant des prestations acquises** a diminué de près de moitié. Cette chute peut s'expliquer en partie par l'entrée en vigueur du nouvel arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie[17]. Depuis le premier janvier 2005 en effet, les assureurs sont tenus dès la souscription du contrat d'informer avec plus de précisions le client sur les garanties, le rendement des opérations.... De plus, pour la plupart des polices, ils doivent transmettre au preneur d'assurances un aperçu annuel qui établit la situation de la police.

Les plaintes relatives à **l'absence de réponse ou d'information** au sujet d'autres éléments de la police d'assurance Vie se multiplient en revanche. Ainsi, le plaignant s'adresse à l'Ombudsman car la compagnie ne réagit pas dans un délai raisonnable aux questions qu'il pose quant à l'augmentation de la prime, au transfert de la réserve, à l'absence d'envoi de l'attestation fiscale,...

[17] A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, *M.B.*, 14 novembre 2003

cas 12

EN ÉPARGNE PENSION, QUEL EST LE MONTANT DÉDUCTIBLE ?

Mme X souscrit une police épargne-pension. En 2005, elle verse le montant maximum déductible, mais l'assureur lui restitue une partie de la prime. Le motif invoqué par l'entreprise d'assurances pour ce remboursement est de permettre à son assurée de bénéficier du système favorable de la taxation anticipée. Mme X remet en cause ce raisonnement et décide en novembre 2005 de s'adresser à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'assureur qui lui fait savoir que la législation fiscale est sujette à interprétation lorsque les primes sont augmentées à partir de l'âge de 55 ans. Afin d'éviter toute discussion avec l'administration fiscale, l'entreprise d'assurances a tenu compte de la prime moyenne qui a été versée durant la période comprise entre le 50e et le 54e anniversaire de l'assurée. De ce fait, la prime augmentée en épargne-pension n'a pu être admise que partiellement.

Afin de connaître les règles appliquées par le secteur dans ce type de situation, l'Ombudsman a pris contact avec Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances. En novembre 2005, elle a reçu un courrier de l'administration fiscale qui confirme que l'application du nouveau plafond en épargne-pension ne doit pas être assimilée à une augmentation si, durant les années antérieures, l'assuré a payé les primes maximales déductibles. Assuralia en a informé ses membres.

Sur cette base, l'entreprise d'assurances a marqué son accord pour que l'assurée verse dans le futur à nouveau la prime maximale. Comme l'assureur n'a réagi qu'en février la régularisation fiscale n'était plus possible. En raison du retard de l'assureur, l'Ombudsman a pu également obtenir qu'il verse une indemnité pour l'avantage fiscal manqué.

En 2006, l'Ombudsman a enregistré un nouveau type de réclamation : un certain nombre de consommateurs l'ont saisi car ils étaient insatisfaits des résultats des fonds de placement liés à l'assurance de type **branche 23**. Ils souhaitaient obtenir une **requalification** de leur police, car il n'y avait pas de risque assuré. Or, dans ces produits, en cas de décès, l'assureur rembourse les réserves acquises. Cependant, les tribunaux dans un certain nombre de litiges avec l'administration fiscale ont accepté ce point de vue selon lequel il ne s'agit pas d'un produit d'assurance.

Des litiges non fiscaux[18] ont entre-temps été jugés eux aussi ; le tribunal s'est prononcé en faveur de l'existence d'un élément de risque. En effet, le décès de l'assuré, puisqu'il est automatiquement suivi du paiement de la prestation d'assurance, met fin au contrat. Le bénéficiaire n'a pas la possibilité de poursuivre la police. Tant le bénéficiaire que l'assuré ont intérêt à ce que l'événement ne se produise pas. La Commission bancaire, financière et des assurances[19] et la commission des assurances[20] avaient elles-mêmes, précédemment déjà, établi que les assurances Vie prévoyant le paiement de la réserve en cas de décès constituaient des polices Vie au sens de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

Au regard de la jurisprudence et sur la base des positions de la CBFA et de la commission des assurances, l'Ombudsman n'a pu que conclure à l'absence de possibilité de requalification des polices sur une base amiable.

La nouvelle taxe de 1,1%[21] sur les versements effectués pour des produits d'assurance Vie a, dans sa phase initiale, soulevé différentes questions d'ordre pratique. Comment procéder lorsque la prime est débitée du compte du donneur d'ordre le 31 décembre 2005 mais n'est créditée sur celui de l'assureur que le 2 janvier ? Les entreprises d'assurances estimaient devoir revoir la date du crédit. Mais, le ministre des Finances Reynders a quant à lui écrit à un plaignant que c'est la date du paiement par l'assuré qui est déterminante pour l'application de la taxe.

---

[18] Civ. Anvers, 4 avril 2006, Civ. Tournai, 16 mai 2006 – voir *Fiscale Actualiteit* – Kluwer, n° 29, 25e année, semaine 31

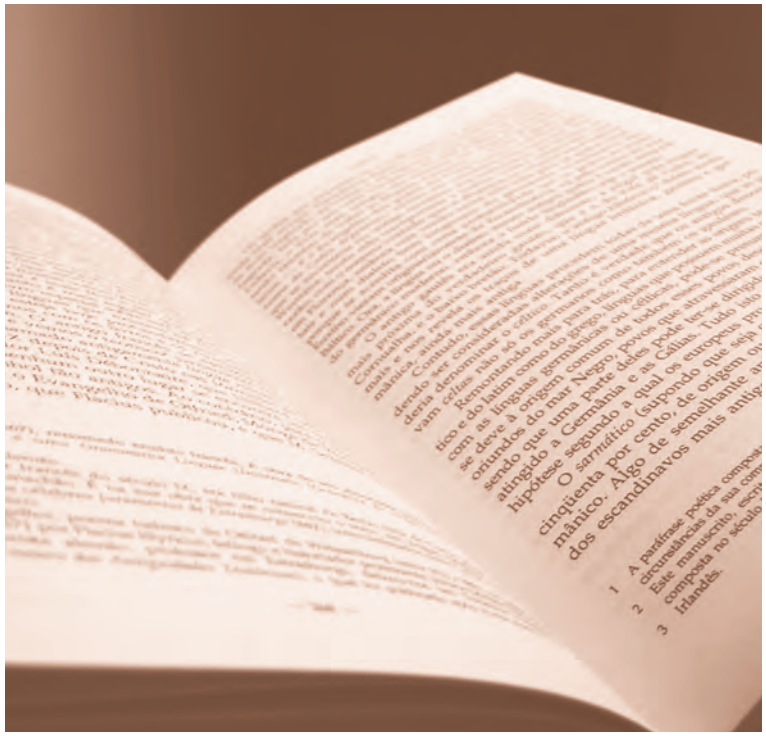
[19] Communication du mois de mai 2001

[20] Avis du 18 février 2005

[21] Loi-programme du 27 décembre 2005, *M.B.*, 30 décembre 2005, en application depuis le 1er janvier 2006

L'Ombudsman a également été interpellée à plusieurs reprises au sujet de la publicité effectuée par des entreprises d'assurances. La plupart des dossiers concernaient un assureur qui, par le biais d'une campagne visant les tout jeunes enfants, tentait de convaincre les parents de souscrire une police Vie.
Cette campagne publicitaire mettait en avant des produits futiles et luxueux. Plusieurs associations de consommateurs ont réagi à cette initiative, l'estimant anti-éducative et ont saisi la ministre de la Protection de la consommation. Celle-ci a saisi le conseil de la consommation afin d'examiner dans quelle mesure le code de déontologie du secteur bancaire pouvait être appliqué aux entreprises d'assurances.

Sous le chapitre de la publicité toujours, le secteur a décidé d'élaborer un code de conduite visant à compléter le cadre légal existant. Ce document porte essentiellement sur l'information à communiquer en phase précontractuelle tant par l'entreprise d'assurances que par l'intermédiaire d'assurances. Sur la base de ce code, l'assureur est désormais tenu d'établir une fiche d'information financière, qui comporte des renseignements clairs au sujet d'un nombre fixe de rubriques - comme le type d'assurance Vie, les garanties, le groupe cible, le rendement, les frais, ... Ce complément de transparence doit permettre au consommateur de vérifier que les produits proposés répondent bien à ses attentes ainsi que de comparer entre eux, les divers produits disponibles.
A partir du premier janvier 2007, l'Ombudsman contrôlera, en cas de plainte relative à la publicité, le respect de ce nouveau code.



2. Quelles sont les plaintes en gestion de sinistre ?

L'Ombudsman a reçu en matière d'assurance Vie un nombre de plaintes légèrement plus élevé sur les paiements à l'expiration de la police ou au décès de la personne assurée.

La plupart de ces plaintes portent sur le **montant de l'indemnité**. Elles sont liées au prélèvement de la taxe anticipative prévue par la loi (voir rapport annuel 2005 – chap. 3 – p.101-103). Elles témoignent aussi des désillusions des assurés et des bénéficiaires sur la somme allouée à titre de **participation bénéficiaire**. Particulièrement, dans les années quatre-vingt, au moment de la vente, l'assureur annonçait fréquemment en plus des capitaux à atteindre au terme sur base d'un taux d'intérêt garanti de 4,75%, une participation bénéficiaire de 6% ou plus. A l'époque, la législation en vigueur autorisait de telles projections. Mais plus tard, dans les années nonante, confrontés à un profond changement de la conjoncture économique, les assureurs ont baissé drastiquement les pourcentages octroyés à titre de participation bénéficiaire et même depuis 2001, dans certaines hypothèses, ils les ont supprimés. Les assurés et les bénéficiaires n'avaient pour leur part pas suffisamment compris que la participation bénéficiaire annoncée n'était pas garantie mais, n'était qu'une projection. Le législateur d'ailleurs interdit de garantir un montant de participation bénéficiaire. Entre-temps, les dispositions législatives relatives à la notification de projections en matière de participation bénéficiaire sont devenues plus strictes.

Le montant des prestations soulève lui aussi des questions dans le chef du consommateur. Il se demande si l'entreprise d'assurances ne doit pas automatiquement octroyer des intérêts avec le paiement des capitaux lorsqu'il survient après l'échéance finale.
D'autre part, il se demande également s'il est en droit de réclamer des dommages et intérêts si ce retard l'a empêché d'effectuer un nouveau placement.

cas 13

L'ASSUREUR DOIT-IL PAYER DES INTÉRÊTS LORSQUE LES CAPITAUX D'UNE ASSURANCE SUR LA VIE SONT PAYÉS APRÈS L'ÉCHÉANCE CONTRACTUELLE ?

L'assurance sur la vie de Monsieur X prévoit le paiement d'un capital en cas de vie de €1.600, Son échéance est fixée au premier octobre 2005. Comme il n'a toujours reçu aucun paiement à la fin du mois d'octobre, il prend contact avec son intermédiaire d'assurances. Le 24 novembre, Monsieur X reçoit le capital assuré. Il s'adresse à l'entreprise d'assurances et lui réclame des intérêts. L'entreprise d'assurances refusant d'accéder à sa demande, Monsieur X s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances. Cette dernière invoque les dispositions reprises dans le contrat pour recevoir le capital assuré en cas de vie. Afin de bénéficier du capital assuré, le bénéficiaire doit prouver son droit à la prestation. Ainsi, il doit notamment démontrer qu'il est toujours en vie en produisant un certificat de vie.

Sur le plan juridique, l'entreprise d'assurances n'avait aucune obligation d'envoyer un courrier à son assuré à l'échéance finale. Le Code civil (art. 1146) stipule que cette obligation n'existe que lorsqu'elle a été convenue contractuellement. Or, la police ne reprend aucune disposition.
De plus, sur la base de cet article, les intérêts ne sont dus qu'à partir de la date de la lettre de mise en demeure du créancier. L'assuré ne l'a pas non plus envoyée.

Lorsque l'information nécessaire lui est parvenue, l'entreprise d'assurances a immédiatement versé les sommes assurées.

Bien que l'Ombudsman regrette que l'assureur n'ait pas spontanément pris l'initiative d'adresser un courrier à son assuré à l'échéance finale, elle n'a pu que confirmer à Monsieur X que le mode de règlement est conforme aux dispositions légales et contractuelles.

Dans la pratique, comme ils n'y sont pas légalement tenus, un certain nombre d'assureurs ne prennent pas l'initiative d'écrire à leurs assurés à l'échéance finale de la police. Le bénéficiaire d'une assurance Vie dispose d'un titre exécutoire à l'égard de l'entreprise d'assurances. Sur cette base, il lui incombe d'exiger le paiement des prestations dues. Un certain nombre de documents, parmi lesquels la police originale lorsque le paiement survient au terme du contrat sur base de la garantie Vie, doivent être communiqués par le bénéficiaire à l'assureur pour prouver son droit au paiement. Ce n'est qu'une fois en possession de tous les éléments nécessaires que l'assureur peut procéder à la liquidation des capitaux et des sommes dues. L'Ombudsman va, dans ce type de réclamation, analyser les causes exactes du retard de paiement pour juger de la suite de la doléance dont elle a été saisie.

Parmi les autres litiges engendrés par le règlement des sinistres, citons le **refus**, par l'assureur, **de payer** les capitaux réclamés. Les raisons de cette décision sont multiples. L'entreprise d'assurances ne paie pas, soit que la personne qui réclame le paiement des sommes n'est pas le bénéficiaire du contrat, soit que la police a fait l'objet d'un rachat dans le passé, soit que des renseignements médicaux importants n'ont été pas communiqués au moment de la souscription du contrat. Dans cette dernière situation, l'intervention de l'Ombudsman est limitée, car elle ne dispose d'aucun droit de regard direct sur les informations médicales détenues par l'assureur. En effet, en cas de décès de la personne assurée, la loi relative au droit du patient prévoit que seul un prestataire de soins, et donc un médecin, peut prendre connaissance du dossier médical. En pareil cas, l'Ombudsman limite ses recherches sous l'angle de la technique de l'assurance. Elle se base pour le surplus sur l'avis du médecin-conseil de l'assureur.
Mais, lorsque la poursuite des débats sur le plan médical s'avère nécessaire, l'Ombudsman renvoie les intéressés au médecin traitant, qui peut alors entamer un dialogue avec le médecin-conseil de l'assureur.

LES AYANTS DROITS PEUVENT-ILS DÉLIER DU SECRET LE MÉDECIN DE L'ASSURÉ LORSQUE CELUI-CI N'A PAS DONNÉ SON CONSENTEMENT À L'ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT POST MORTEM ?

En règle générale, rappelons qu'en matière d'assurances sur la vie l'article 95 alinéa 2 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre dispose que "Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès. Ce dernier pourra vérifier par exemple si la cause du décès ne constitue pas une exclusion de la garantie, ou encore si elle laisse apparaître une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque".

La levée du secret médical est dans cette hypothèse ordonnée par la loi. Ce certificat doit toutefois être limité à la seule cause directe et immédiate du décès.

En particulier, qu'en est-il si l'assuré n'a, de son vivant, pas donné son consentement à la remise d'un certificat médical établissant la cause du décès ?

Le certificat post mortem est en effet souvent le seul mode de preuve permettant d'établir (1) la cause du décès (mort naturelle ou non) d'un patient/testateur ou preneur d'assurance (2) ou qu'il n'y a pas eu d'omission ou de fausse déclaration.

Les ayants-droits peuvent avoir un intérêt certain - dans le cadre de la succession, dans le but d'intenter une action en responsabilité, pour se prévaloir du bénéfice d'une police d'assurance, etc. - à l'obtention de ce certificat. S'ils ne disposent pas du consentement préalable écrit du défunt peuvent-ils délier du secret professionnel le médecin de l'assuré ? L'article 95 de la loi ne le prévoit pas.

Les auteurs de doctrine avancent des arguments pour répondre à cette question par l'affirmative. Ils s'appuient sur les nécessités de la preuve, du bon fonctionnement de la justice, des droits de la défense ou sur la sauvegarde d'un intérêt supérieur au respect du secret[22]. Il n'est certes pas évident de déterminer les situations non prévues par la loi où un intérêt supérieur permet la révélation du secret[23]...

Il incombe au juge de trancher ce conflit de valeur.

La Cour de cassation s'est elle-même prononcée à deux reprises où un tel conflit de valeurs se présentait. Dans ces deux cas, un certificat médical avait toutefois été établi du vivant du testateur. La nullité du testament du défunt y était alléguée pour insanité d'esprit[24]. La Cour semble avoir admis une nouvelle exception à la levée du secret professionnel. Elle a affirmé que le secret médical n'était pas absolu et a admis qu'une attestation médicale régulièrement délivrée du vivant du testateur soit produite dans une procédure ultérieure tendant à l'annulation du testament. Ce document a été retenu comme mode de preuve pour une action en justice distincte et ultérieure. La Cour a donc admis une nouvelle exception à la levée du secret professionnelle : elle considère qu'un certificat médical régulièrement délivré du vivant du testateur peut être utilisé comme mode de preuve dans une action en justice ultérieure.

Dans les conclusions qui précèdent l'arrêt, l'avocat général Dubrulle confirme qu'il convient de vérifier si un "intérêt supérieur" prime le secret professionnel, celui-ci étant fonctionnel. L'avocat général a précisé que la levée pourrait être également autorisée en présence d'un intérêt "déterminé" lorsque celui-ci ne porte pas atteinte au secret.

---

[22] G. Schamps, "Le secret médical et l'assureur, Commentaire du nouvel article 95 de la loi du 25 juin 2002 sur le contrat d'assurance terrestre", *Rev. Dr. Santé*, 2003-2004, p.146 ; I. Massin, "La délivrance de certificats médicaux à un tiers au regard du secret professionnel", *Rev. Dr. Santé*, 2003-2004, pp.162 et ss., J-M Binon, *Assurance vie – règle générale et droit du preneur*, Louvain-la-Neuve, Academia, Bruxelles, Bruylant, 1993 ; B. Weyts, "De Informatie plicht van de kandidaat – verzekerde en de afgifte van het medische dossier in het raam van een evens verzekeringsovereenkomst", note sous Gand, 7 novembre 1996, *Rev. Dr. Santé*,1997-1998, p.331

[23] Voyez Cass., 19 janvier 2001 et Cass., 7 mars 2002, *Rev. Dr. Santé*, 2002 – 2003, p.85.

[24] Notons qu'il s'agit d'une hypothèse autre que l'assurance

Les deux arrêts précités concernent donc l'hypothèse d'un certificat médical régulièrement établi du vivant du testateur. Qu'en est-il de la possibilité d'obtenir et d'utiliser sans le consentement du défunt, un certificat post mortem? Dans cette hypothèse, les opinions évoluent également dans le sens de la jurisprudence prononcée par la Cour de cassation énoncée ci-dessus[25].

Avant l'adoption de la loi du 22 août 2002, la doctrine considérait déjà que si les intérêts des ayants-droits et du défunt coïncidaient, la remise du certificat médical protège également les intérêts du défunt, de sorte que son consentement pouvait être présumé puisque celui-ci a conclu une assurance afin d'en faire bénéficier ses héritiers ou le tiers bénéficiaire[26].

La loi du 22 août 2002 améliore en tout état de cause la situation des proches puisqu'elle leur donne un droit de consultation indirect – c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un médecin-conseil – du dossier médical du patient après son décès.

Ce droit de consultation peut se révéler indispensable pour avoir accès à un certificat médical, régulièrement délivré du vivant du testateur, comme mode de preuve dans une action en justice.

Cette demande doit toutefois être suffisamment motivée et spécifiée. Le patient ne peut en outre s'y être opposé de son vivant.

Les travaux préparatoires de la loi indiquent à ce propos que la consultation indirecte peut être admise lorsque les proches soupçonnent une faute médicale et qu'ils désirent introduire une action en responsabilité, ou encore en présence d'un testament ou d'un contrat d'assurance.

Gardons en mémoire que la notion d'intérêts supérieurs, légitime ou déterminé est large et susceptible d'interprétations. Elle pourra être aisément utilisée par tout héritier qui doit motiver sa demande de levée du secret médical. Pareille demande pourra être assortie le cas échéant d'un droit de consultation du dossier médical du défunt, par l'intermédiaire d'un médecin-conseil.

Anne Schollen
Avocat

[25] I. Massin, "Secret médical et insanité d'esprit : jurisprudence de la Cour de cassation", *J.T.*, 2003, p, 292 ; S. Brouwers "Over de gezondheid van geest en de onvermijdelijke medische attesten", note in *A.J.T.*, 2001-2002, p.416

[26] G. Schamps, *op. cit.*, p.147

| F. QUELLES SONT LES PLAINTES INTRODUITES POUR DISCRIMINATION ? |

Depuis l'entrée en vigueur de la loi visant à lutter contre la discrimination, l'Ombudsman traite des plaintes relatives à la discrimination dans le secteur de l'assurance. Le nombre de plaintes dans ce domaine est resté stable en 2006. Cependant, dans le secteur de l'assurance, la discrimination reste un thème d'actualité, comme l'a d'ailleurs rappelé le congrès de la "Vlaamse Juristenvereniging" du 20 octobre 2006 qui se tenait sur le thème de la discrimination et du droit.[27]
A l'analyse des doléances, l'Ombudsman constate certains glissements dans la nature des plaintes introduites sur la base de la loi sur l'anti-discrimination. Globalement, ce type de réclamations peut être réparti en deux groupes : il y a celles fondées sur l'âge et celles fondées sur la maladie ou le handicap.

Les plaintes relevant du premier groupe font essentiellement état de décisions discriminatoires dans le cadre des branches Auto et Hospitalisation. Lorsque les réclamations portent sur des assurances **Automobile**, l'Ombudsman parvient en général à dégager une solution en invoquant l'application, tant pour les jeunes conducteurs que pour les plus âgés, du Gentlemen's Agreement conclu entre la ministre de l'Economie et Assuralia[28]. Sur la base de ce protocole, les jeunes se voient proposer le contrat 29/29, et les conducteurs plus âgés restent assurés pour autant qu'ils réussissent un test d'aptitude auprès d'un organisme agréé.
Dans la branche **Hospitalisation**, les contestations portent essentiellement sur l'arrêt, à partir d'un certain âge (par ex. 65 ou 70 ans), des contrats d'assurance qui prévoient une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation. Les plaignants contestent la fin de tels types de contrat. Cependant, comme ce terme était prévu dans les dispositions du contrat, l'Ombudsman ne peut le contester. Mais un projet de loi sur l'accès à l'assurance en matière de soins de santé[29] prévoit d'interdire de telles pratiques (voir infra recommandations p. 5/139).

[27] 42e Congrès scientifique de la Vlaamse Juristenvereniging: Discriminatie en het recht, 20 octobre 2006.

[28] Gentlemen's Agreement entre la ministre de l'Economie F. Moerman et l'UPEA sur la problématique des conducteurs jeunes et âgés dans l'assurance RC en matière de véhicules automoteurs, 18 décembre 2003, www.assuralia.be.

[29] Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, *Chambre des représentants*, 2005-2006, 2689.

cas 14

PEUT-ON PROLONGER UN CONTRAT D'ASSURANCE DONT LE TERME EST PRÉVU ?

Monsieur X a souscrit un contrat d'assurance prévoyant le paiement d'une indemnité en cas d'accident.
Peu après son 70ième anniversaire, Monsieur X reçoit une lettre de son entreprise d'assurances lui notifiant l'arrêt de la couverture et du contrat.

Souhaitant de plus amples explications, Monsieur X se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman relève que les conditions générales prévoient que le contrat de Monsieur X prend fin à l'échéance qui suit son 70ième anniversaire.

Etant donné que la loi sur le contrat d'assurance terrestre n'interdit pas l'établissement de tels contrats temporaires, la validité de la disposition relative au terme du contrat ne peut être contestée.

En effet, au moment de la souscription du contrat, cette clause était reprise et par conséquent, l'assuré a marqué son accord dessus.

Face à ces constatations, l'Ombudsman n'est pas fondé à négocier le prolongement du contrat de Monsieur X mais ne peut que donner raison à l'entreprise d'assurances.

C'est dans le groupe des réclamations fondées sur la discrimination suite à une maladie ou un handicap que l'essentiel des glissements ont été constatés. Lors de l'entrée en vigueur de la loi, les problèmes portaient sur la poursuite à titre individuel de l'assurance collective hospitalisation. Mais actuellement, de très nombreuses entreprises d'assurances ont anticipé l'application du projet de loi sur l'accès à l'assurance soins de santé. En effet, elles prévoient une possibilité de poursuivre à titre individuel les assurances collectives au terme d'une période minimum d'affiliation.
Par ailleurs, l'Ombudsman constate une évolution dans l'approche de la problématique de la discrimination par les entreprises d'assurances. Sensibilisées par leur rôle sociétal, les entreprises d'assurances consultées par l'Ombudsman tentent de dégager une solution pour répondre au souci du plaignant.

cas 15

L'ASSUREUR PEUT-IL JUSTIFIER UNE DISCRIMINATION ?

En mai 2006, Monsieur X a sollicité un emprunt hypothécaire auprès d'une banque. Son prêt n'est octroyé que s'il souscrit également une assurance solde restant dû. Monsieur X a donc souscrit une telle assurance.

Il a joint à sa demande d'assurance Vie des informations médicales. Sur la base d'un rapport neurologique établi en mars 2005, l'entreprise d'assurances majore fortement la prime du contrat qui lui est proposé. En plus de la prime annuelle de base de €429,65, elle lui réclame une surprime de €590,65.

En novembre 2006, Monsieur X a subi d'autres nouveaux examens neurologiques. Le médecin examinateur a rédigé deux nouveaux rapports desquels il ressort que Monsieur X n'est pas un risque aggravé car il ne souffre d'aucune affection somatique ou neurologique. Monsieur X a communiqué ces rapports médicaux à son entreprise d'assurances qui a cependant refusé d'adapter et de réduire le montant de la surprime demandée.

Mécontent, Monsieur X fait appel à l'Ombudsman.

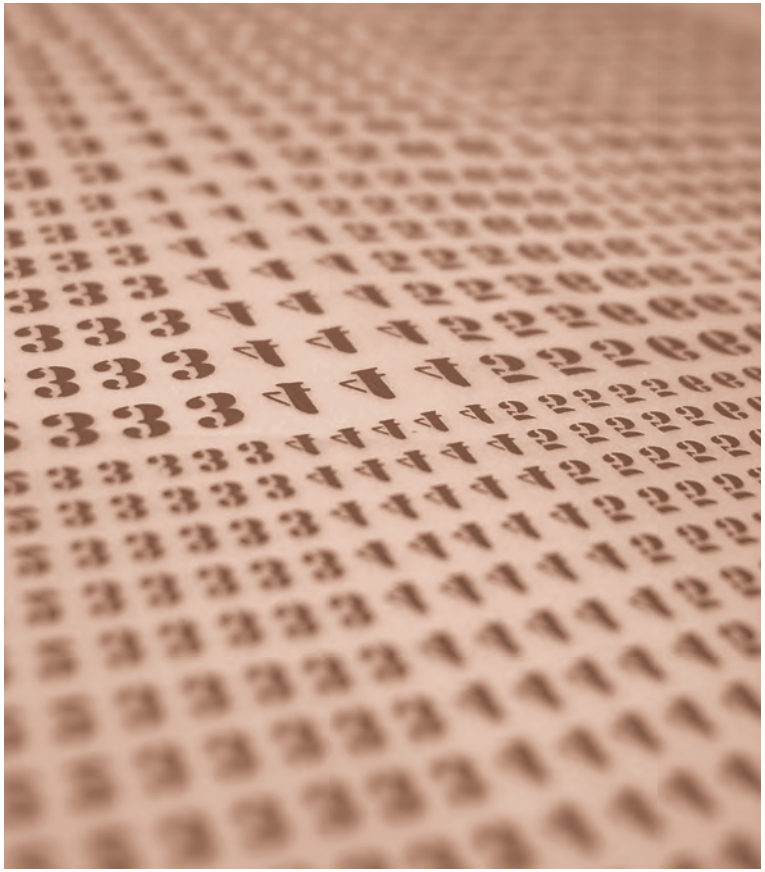
Après examen du dossier, l'Ombudsman a invité l'entreprise d'assurances à réexaminer le dossier sur la base de la loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination.

En vertu de cette législation, l'entreprise d'assurances doit vérifier s'il existe une justification objective et raisonnable qui permet de réclamer une surprime.

Or, sur la base des derniers rapports médicaux qui lui ont été transmis, l'assurance solde restant devrait être acceptée au tarif normal.

L'entreprise d'assurances a, par conséquent, revu sa position et accepté de ne demander à Monsieur X qu'une prime annuelle de €429,65 sans majoration.

Le dossier qui a fait l'objet d'une plainte est examiné de manière plus individualisée. Cette analyse permet d'aboutir la plupart du temps à une solution, moyennant l'exclusion d'une affection déterminée et/ou l'application d'une surprime.
La plus grande difficulté réside dans la méthode de fixation du montant de la surprime sur laquelle de nombreuses imprécisions subsistent. Dans ces dossiers, les assureurs s'appuient souvent sur les statistiques des réassureurs pour légitimer leur prise de position. En l'absence de jurisprudence, il y a lieu d'examiner, pour chaque cas individuel, le caractère objectif et raisonnable des motifs avancés par l'entreprise d'assurances pour justifier la surprime.



cas 16

QUEL MONTANT DE SURPRIME EST FONDÉ ?

En 2002, Madame X, souffrante de la maladie d'Hodgkin, a subi une chimio-radiothérapie. Quatre ans plus tard, en 2006, elle conclut un prêt hypothécaire et souhaite souscrire, comme garantie, une assurance solde restant dû (SRD). L'assureur lui offre une SRD avec une surprime durant quatre ans (jusqu'en 2010). En réalité, au lieu de payer une prime unique de €2.300, il lui réclame un montant de €8.570. Etonnée et déçue par cette énorme surprime, Madame X contacte l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances en lui demandant, si dans le cadre de la loi anti-discrimination, elle pouvait justifier le caractère objectif raisonnable du montant si important de la surprime. L'assureur se retranche derrière les directives du réassureur et transmet une série d'études médicales pour justifier son point de vue. A l'examen de différentes pièces du dossier, l'Ombudsman constate que l'assureur n'était pas au courant de l'ensemble des éléments du dossier médical de Madame X. En effet, le stade de l'évolution de la maladie au moment du diagnostic ne lui avait pas été communiqué. Sur cette base, le contrat de Madame X était tarifié dans la catégorie la plus élevée.
L'Ombudsman a dès lors invité Madame X à transmettre ces documents médicaux afin que l'assureur puisse proposer une nouvelle prime plus correcte.
Ainsi, le dialogue a été rétabli entre l'assureur et l'assuré.

LES STATISTIQUES ET AU-DELÀ : LA PREUVE DE LA VALIDITÉ JURIDIQUE DE LA SEGMENTATION

Dans un grand nombre de contrats d'assurances, la décision d'assurer ou non un risque, ou encore le montant de la prime, dépendent de facteurs tels que l'âge, le sexe ou l'état de santé du candidat assuré. Selon la législation anti-discrimination actuellement en vigueur en Belgique, les distinctions fondées sur ce type de facteurs sont licites : on ne considère pas qu'il y a discrimination si elles reposent sur "une justification objective et raisonnable".[30] Dans le cadre d'un litige concret, l'assureur ou la mutualité auront notamment à démontrer que la distinction opérée sur la base d'un facteur donné est pertinente, en ce sens que le facteur considéré aggrave le risque.[31] En d'autres termes, il s'agira de prouver que la fréquence ou l'importance du risque de sinistre est plus grande chez les (candidats) assurés "vecteurs" du facteur en question, et que le montant de la prime réclamée est en proportion du coût présumable du risque.

Pour démontrer la pertinence de la distinction qu'ils effectuent, l'assureur ou la mutualité peuvent se baser sur leurs propres statistiques ou celles de leur réassureur. Pourtant, si le principe juridique de non-discrimination n'empêche pas l'application correcte des techniques d'assurance ni l'usage d'éléments de calcul actuariel basés sur les statistiques, le recours à cette dernière ne doit toutefois pas être considéré comme le seul moyen de preuve lorsqu'il s'agit de réfuter l'existence d'une distinction discriminatoire. De plus, il ressort du principe juridique de non-discrimination que le recours aux statistiques doit répondre à certaines conditions. Les statistiques se basent par définition sur des moyennes observées dans une population. L'interdiction de discrimination, en revanche, repose sur une approche individualisante de la notion d'égalité : elle vise un traitement égal entre individus sur la base des caractéristiques propres à ces individus en tant que tels, et non sur celle de présupposés généraux ou de stéréotypes ; au regard du principe de non-discrimination, l'individu n'est pas considéré comme une moyenne. Cette optique égalitaire et individualisante s'écarte de la tradition de l'assurance, qui recherche une égalité entre groupes selon une approche qui évite de favoriser ou de défavoriser systématiquement ces derniers et dans laquelle les individus sont considérés comme des éléments appartenant à des groupes donnés.

La jurisprudence en matière de discrimination dans notre pays et à l'étranger[32] nous apprend que, dans les cas concrets de litige, on pourra examiner dans quelle mesure il était factuellement possible de compléter les informations tirées des statistiques utilisées par une composition plus précise des groupes à risque ou par une appréciation plus individualisée du risque. Lors de l'appréciation du caractère discriminatoire d'une différence de traitement, outre la pertinence, on jugera en effet si la distinction opérée ne va pas au-delà de ce qui était nécessaire pour atteindre le but poursuivi.

Lorsqu'il s'agit d'apprécier la disponibilité d'un mode de segmentation plus précis et de nature à garantir que le (candidat) assuré soit placé dans le groupe qui correspond le mieux à son risque, on peut présumer que l'examen ne se limitera pas à une analyse des groupes de risque existants. On pourra se demander s'il n'était pas possible de délimiter

[30] Les propositions de réforme de la législation anti-discrimination prévoient elles aussi une justification de cet ordre lorsque la différence de traitement "[est] objectivement justifié[e] par un but légitime et que les moyens pour l'atteinte de ce but [sont] appropriés et nécessaires". Bien que la lettre de cette formulation diffère légèrement du critère actuel, on peut admettre qu'elle n'implique pas de changement quant au fond. Voir aussi F. BOGAERT, "42ste Congres van de Vlaamse Juristenvereniging te Gent (UGent) op 20 oktober 2006 – Verslag van Sectie 1: Discriminatie in Verzekering", *R. W.*, 2006-2007, n° 19, 783-784.

[31] Sur ce critère de pertinence en tant que "pertinence relative", voyez. J. VELAERS, "De antidiscriminatiewet tussen rechtszekerheid en rechtvaardigheid", *Ombudsman van de Verzekeringen Jaarverslag 2005*, 3/37.

[32] Supreme Court of Canada, Zurich Insurance Co. v. Ontario (Human Rights Commission) (1992), 16 *Canadian Human Rights Reporter*, D/255 ; British Columbia Human Rights Tribunal, J. v. London Life Insurance Co. (1999), 36 *Canadian Human Rights Reporter*, D/43 ; Comm. Bruxelles 7 mars 2005, *R. D. C.*, 2005, n° 6, 574 (en appel).

les groupes de risque d'une autre façon, ou de réunir des informations différentes et plus précises sur le (candidat) assuré. Ce faisant, la responsabilité d'une détermination aussi précise que possible du risque de l'assuré n'incombe pas seulement à celui qui est chargé de classer l'assuré dans un groupe de risque donné, mais aussi à celui qui recueille ou évalue les informations concernant le (candidat) assuré en question. On peut estimer que des intervenants tels que les médecins-conseil de l'assureur ou de la mutualité ont un rôle à jouer à cet égard. Sous réserve de l'application des dispositions légales en matière de collecte d'informations médicales et de respect de la vie privée, la loi anti-discrimination crée le besoin d'un examen plus ciblé des données individuelles et de leur appréciation en fonction de l'état actuel de la science et de la technique (médicales).

Lors de l'appréciation du caractère précis et non obsolète de l'information statistique disponible, on pourra prendre en considération les moyens concrets à la disposition de l'assureur. Un assureur qui pourra démontrer avoir tout mis en œuvre pour classer un risque de la manière la plus précise possible et dégager certaines ressources pour ce faire, sera probablement mieux en mesure de justifier un système de segmentation donné. En revanche, les arguments portant sur la taille du portefeuille d'assurances ou les possibilités financières effectives de l'assureur ne seront sans doute pas toujours acceptés, par crainte d'instituer des normes différentes selon les entreprises en matière de droits humains.[33] L'argument d'une non-disponibilité d'informations statistiques basées sur d'autres éléments que l'âge, le sexe ou l'état de santé par exemple, revient en fait à dire qu'on ignore s'il existe d'autres bases pour l'évaluation du risque ou qu'il est impossible d'en prouver l'existence. Par ailleurs, il semble difficile d'exiger du demandeur la preuve que le défendeur aurait effectivement pu recueillir ou faire usage de telles informations, eu égard au fait que l'information pertinente se trouve principalement chez ce dernier et que le coût de sa collecte pourra rarement être supporté par un individu seul.[34]

La loi anti-discrimination belge incite les assureurs et les mutualités à tirer enseignement des décisions affirmant l'existence d'une discrimination dans des cas concrets pour adapter les contrats (futurs) de leur portefeuille. Ainsi, un ordre de cessation d'un traitement différencié implique l'interdiction de poursuivre à l'avenir la pratique discriminatoire incriminée dans des situations et des contrats similaires. Une décision d'annulation d'une clause contractuelle dans une police constituera pour l'assureur ou la mutualité un motif pour modifier les dispositions similaires dans ses contrats, et fournira à l'assuré un argument pour en contester l'application, devant les tribunaux ou auprès de l'Ombudsman. Soucieux de son image – un point prioritaire pour le secteur des assurances depuis de longues années –, on peut s'attendre à ce que l'assureur adopte ici une attitude proactive. Pour le soutenir dans cette démarche, il pourra recourir au besoin au pouvoir légal de contrôle de la CBFA en matière de conditions générales et particulières, un pouvoir plus large que le simple prescrit de la loi de contrôle. De plus, la nouvelle réglementation sur le traitement des plaintes permet à la CBFA de s'informer à ce propos auprès du Service Ombudsman.[35]

Caroline Van Schoubroeck (chargée de cours, K.U.Leuven)
et **Yves Thiery** (assistant, K.U.Leuven)

[33] T. LEMMENS et Y. THIERY, "Insurance and Human Rights: what can Europe learn from Canadian anti-discrimination law?", in C. VAN SCHOUBROECK et H. COUSY (dir.), *Discriminatie in Verzekering – Discrimination et Assurance*, série Droit européen des assurances, Anvers, Maklu – Bruxelles, Bruylant, 2007, n° 77-78.

[34] C. BAYART, *Discriminatie tegenover differentiatie; Arbeidsverhoudingen en de discriminatiewet, Arbeidsrecht na de Europese Ras- en Kaderrichtlijn*, Gand, Larcier, 2004, 152.

[35] Article 15ter de l'A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 11 avril 1991

La loi anti-discrimination a déjà évolué. Ainsi un article 2bis[36] relatif à la discrimination sur la base de l'âge[37] a été inséré.

On notera par ailleurs que trois projets de loi, visant à adapter et coordonner la législation relative à l'anti-discrimination, font actuellement l'objet de débats au Parlement. Il y a :

- un projet de loi tendant à lutter contre certaines formes de discrimination[38];
- un projet de loi modifiant la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme et la xénophobie[39];
- un projet de loi tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes.[40]

Ce dernier est le résultat de la transposition de la directive européenne visant à prohiber toute distinction en fonction du sexe. La directive prévoit néanmoins une clause de non-application, qui permet aux Etats membres d'autoriser "des différences proportionnelles en matière de primes et de prestations pour les assurés lorsque le sexe est un facteur déterminant dans l'évaluation des risques, sur la base de données actuarielles et statistiques pertinentes et précises". Reste à savoir comment cette option sera reprise par le législateur belge.

[36] Articles 350 et suivants de la loi du 20 juillet 2006 portant des dispositions diverses, *M.B.*, 28 juillet 2006.

[37] Pour plus d'informations, voir *Assurinfo* du 10 août 2006, n° 25, p. 15.

[38] Projet de loi du 26 octobre 2006 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *Chambre des représentants 2006-2007*, 2722.

[39] Projet de loi du 26 octobre 2006 modifiant la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme et la xénophobie, *Chambre des représentants 2006-2007*, 2720.

[40] Projet de loi du 26 octobre 2006 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, *Chambre des représentants 2006-2007*, 2721.

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

Sur 2.311 plaintes, 1.486 plaintes ont fait l'objet d'une **enquête** clôturée au 31 janvier 2007 et 51% étaient fondées.

Fondées	752
Non-fondées	734
Total	**1.486**

Par ailleurs 327 réclamations sont encore en négociation.
D'autre part, 498 plaintes n'ont pas fait l'objet d'enquête.

Demandes d'informations	274
Hors compétence	85
Entreprises hors charte	91
CBFA (OCA)	27
Autres Ombudsmans	21
Total	**498**

L'analyse plus pointue des résultats sous divers angles révèle que :

En Assurance **Incendie**, 57% des réclamations sont fondées. Ce résultat global est influencé par les plaintes introduites à l'encontre des entreprises d'assurances qui refusaient la résiliation (voir supra p. 3/49). En effet, les réclamations étaient justifiées.

En branche **Auto**, 56% des plaintes sont fondées. A l'analyse des motifs pour lesquels le consommateur se plaint dans cette branche, l'Ombudsman constate que les réclamations qui portent sur la résiliation qu'il a introduite sont pour 71% fondées et celles sur le montant des indemnités dans les contrats en Dégâts matériels sont pour 65% fondées. Enfin celles pour un défaut de justification ou un délai de règlement dans le cadre d'un sinistre sont pour 58% fondées.

En Assurance **Hospitalisation**, 52% des plaintes sont fondées. Cependant, la majorité des plaintes (75%) relative au tarif sont non-fondées. En effet, les entreprises d'assurances respectent, en général, le cadre réglementaire et juridique actuellement en vigueur.

Les plaintes en assurance **Vie** individuelle ne sont fondées que pour 49%. Ce sont principalement les doléances sur l'absence d'informations qui sont fondées (77%). Par contre les plaintes sur les opérations de rachat et sur les participations bénéficiaires sont pour 57% des cas non-fondées.

En branche **Protection Juridique**, 48% des plaintes sont fondées. A l'examen des différents types de garanties, l'Ombudsman constate que 61% des plaintes sont fondées en Protection Juridique automobile mais seulement 37% pour les autres types d'assurances Protection Juridique.
Dans les garanties étendues (hors automobile), l'Ombudsman est souvent saisie suite au refus d'intervention de l'assureur. Incontestablement, le consommateur qui souscrit une police offrant des garanties étendues ne comprend pas la portée exacte des couvertures.

3.3 Plaintes à l'encontre des intermédiaires

| A. UNE NOUVELLE DISPOSITION LÉGISLATIVE |

La loi du 22 février 2006[41] qui transpose en droit belge, la directive européenne du 9 décembre 2002, apporte deux modifications fondamentales à la loi du 27 mars 1995 sur les intermédiaires d'assurances dite loi Cauwenberghs. En effet, elle introduit d'une part l'obligation de fournir, en cas de conclusion, de modification ou de renouvellement d'un contrat, un certain nombre d'informations à l'assuré et d'autre part le devoir pour les intermédiaires d'assurances d'adhérer à un système extrajudiciaire de traitement des plaintes.

1. Les informations à fournir par l'intermédiaire d'assurances à l'assuré

Les années précédentes, l'Ombudsman s'est heurté, dans l'examen de plusieurs plaintes, à l'impossibilité pour le plaignant de rapporter la preuve des informations qui lui auraient été données erronément par l'intermédiaire d'assurances au moment de la conclusion du contrat. Comme les versions des parties étaient contradictoires, de telles plaintes, en l'absence d'autres éléments objectifs, ne pouvaient se conclure que par un renvoi "dos-à-dos".

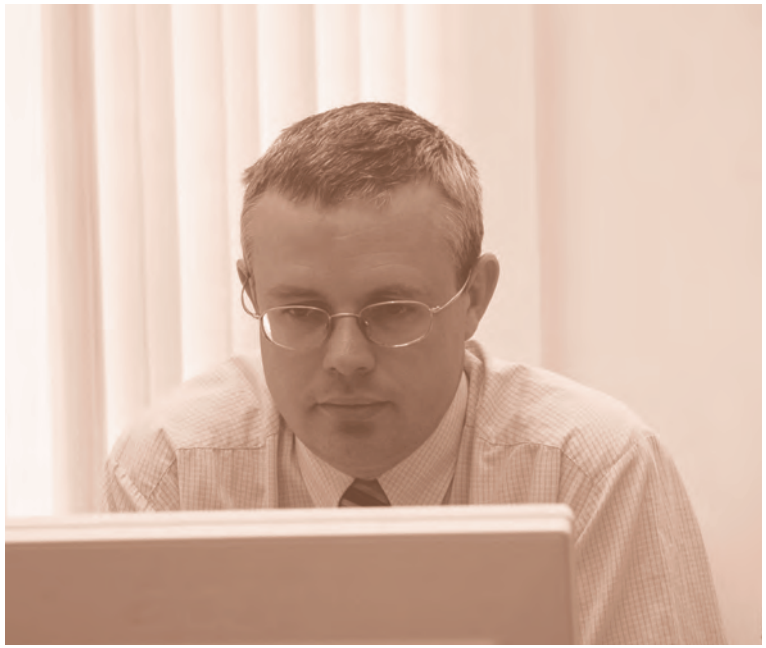
A cet égard, la loi de 2006 innove en mettant à charge de l'intermédiaire d'assurances une obligation de fournir à l'assuré, au moment de la conclusion du contrat, toute une série d'informations. L'intermédiaire doit ainsi veiller à ce que l'assuré conclue une couverture d'assurance qui tienne compte tant de ses besoins que de ses exigences. Comme le déclarait Réginald Van Ingelgem, ancien président de Féprabel, *"en imposant le devoir d'information, le législateur vise essentiellement, pour ne pas dire uniquement, à ce qu'on vende au consommateur ce qu'il a demandé. Il s'agit d'objectiver sa demande sur un support durable dont la mise en place est à réaliser de manière suffisamment légère tout en respectant le prescrit légal"*.[42] Dans cette optique, les fédérations

---

[41] Loi du 22 février 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 15 mars 2006 (ci-après loi du 22 février 2006)

[42] *Le monde de l'assurance*, n° 2007.1 du 15 janvier au 31 janvier 2007, p. 27

professionnelles en collaboration avec Assuralia et la CBFA ont établi des fiches de renseignements type, sorte de check-list, qui sont mises à la disposition de l'ensemble des intermédiaires d'assurances enregistrés. L'usage de ces fiches de renseignements n'est pas obligatoire mais il est conseillé. Il facilitera d'ailleurs la tâche de l'Ombudsman qui disposera d'éléments écrits lui permettant d'établir la volonté des parties. D'ailleurs, la CBFA indique que si un intermédiaire d'assurances n'utilise pas la fiche et que son client lui reproche de ne pas l'avoir informé, ce sera à l'intermédiaire de prouver qu'il a donné toute l'information nécessaire. Mais cette disposition légale n'apporte pas de réponse à toutes les difficultés. En effet, elle ne concerne pas la gestion des sinistres où les plaintes peuvent porter sur les informations erronées ou incomplètes reçues par l'assuré (appréciation incorrecte des responsabilités, accord pour consulter un avocat pendant la procédure amiable ...) lorsque celles-ci n'ont pas fait l'objet d'un écrit.



2. *L'adhésion à un système extrajudiciaire de traitement des plaintes*

Parmi les conditions pour pouvoir être inscrit au registre des intermédiaires d'assurances et conserver son inscription, la nouvelle loi met à charge de tout intermédiaire d'assurances l'obligation d'adhérer désormais à un système extrajudiciaire de traitement des plaintes, soit directement, soit en tant que membre d'une association professionnelle ayant adhéré à un tel système[43]. Elle précise qu'il est tenu de communiquer à son client les coordonnées de l'organisme auprès duquel il peut porter plainte[44].

Cette innovation légale élargit le champ d'action de l'Ombudsman des assurances. En effet, précédemment, elle n'était formellement compétente que pour les courtiers membres d'une fédération professionnelle ayant souscrit la Charte de l'Ombudsman. A présent, tout courtier va pouvoir désigner l'Ombudsman des assurances comme système extrajudiciaire de traitement des plaintes et devra participer aux éléments de l'enquête en cas de réclamation. Elle devrait également augmenter la notoriété de l'Ombudsman des assurances, seule instance jusqu'à présent à être agréée par le ministre de l'économie comme instance de traitement extrajudiciaire des plaintes.

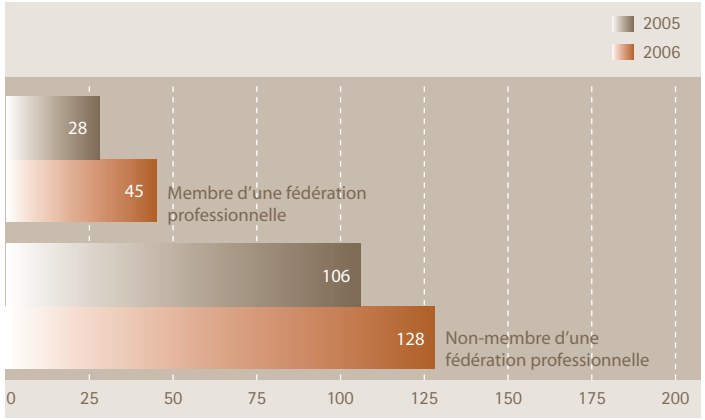
[43] Article 10.6bis de la loi du 22 février 2006

[44] Article 12bis §1er.5° de la loi du 22 février 2006

| B. NOMBRE DE PLAINTES |

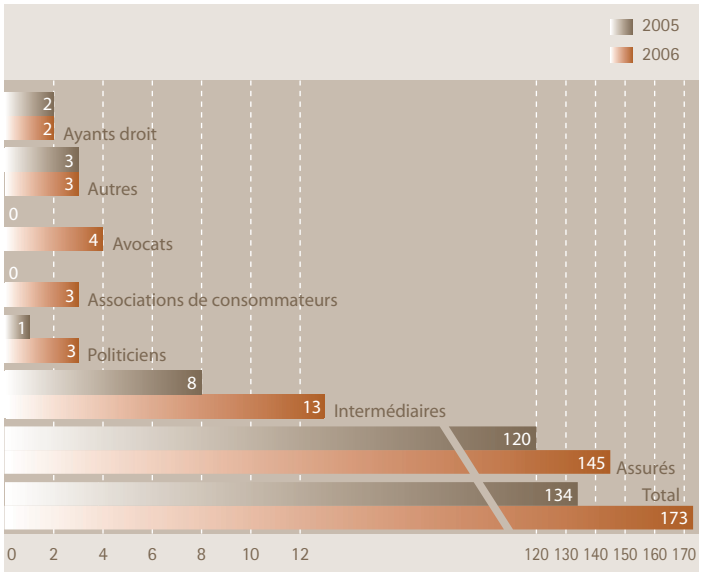
2003	2004	2005	**2006**
161	149	134	**173**

Alors que depuis 2003, le nombre de plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances était en baisse constante, il augmente pour l'année 2006 (+29%) et se place même à un niveau supérieur à 2003 (161). Bien que ces réclamations soient à l'origine de l'augmentation du nombre global de plaintes, son nombre reste cependant faible par rapport à celles introduites à l'encontre des entreprises d'assurances. En effet, elles ne représentent que 9% du nombre total de plaintes. L'augmentation du nombre des plaintes est quasi identique qu'il s'agisse d'intermédiaires d'assurances membres ou non d'une fédération professionnelle.



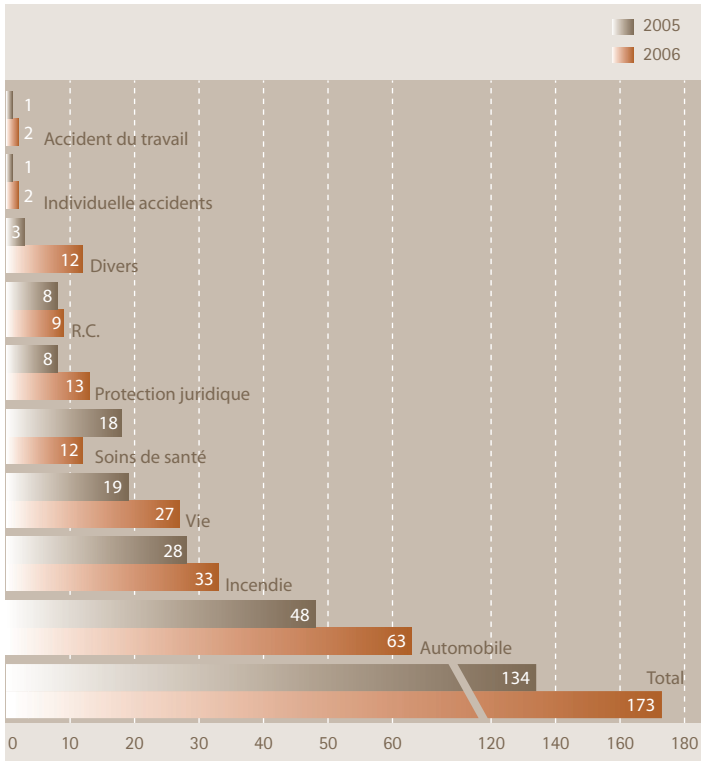
Une des explications de l'augmentation peut être la meilleure diffusion par les intermédiaires d'assurances membres d'une fédération professionnelle de l'information relative à l'existence des services d'un Ombudsman des assurances auprès de leurs clients. Ils ont d'ailleurs adhéré à cette instance depuis quelques années, en anticipant les exigences de la nouvelle loi sur l'intermédiation en assurances.

| C. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |



Comme chaque année, la majorité des plaintes est introduite par les assurés c'est-à-dire les clients directs des intermédiaires d'assurances. Cependant, l'Ombudsman note une légère diminution par rapport à 2005 (84% au lieu de 90%). Le nombre de plaintes introduites par les intermédiaires d'assurances eux-mêmes contre un autre conseiller d'assurances est lui en faible augmentation. Par contre, une nouvelle catégorie fait son apparition : il s'agit des plaintes introduites par les avocats. Elle ne constitue pas encore une source importante de plaintes mais elle témoigne de leur meilleure perception du rôle de l'intermédiaire d'assurances. Ils voient, dans le chef de l'intermédiaire d'assurances, un véritable devoir de conseil.

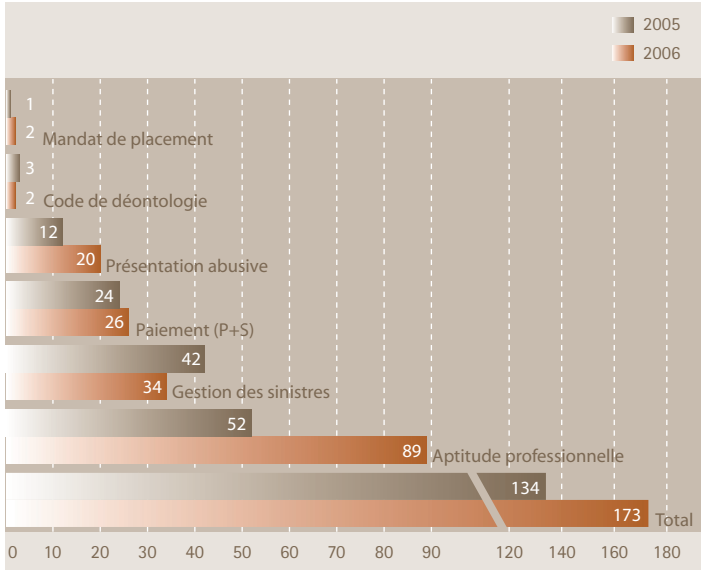
| D. DE QUEL TYPE D'ASSURANCE SE PLAINT LE CONSOMMATEUR ? |



Pour les branches Automobile, Protection Juridique, Incendie, Vie et Responsabilité Civile, la situation est presque identique à celle de l'année 2005. Les seules différences notables se retrouvent en Soins de Santé avec une baisse significative du pourcentage des réclamations (-48%) et un triplement des plaintes dans la branche Divers. Dans la branche Soins de Santé en 2005, l'Ombudsman avait reçu plusieurs plaintes suite à l'augmentation du tarif appliqué par un intermédiaire qui assumait la gestion d'un portefeuille d'assurances Hospitalisation. Dans la catégorie Divers il s'agit essentiellement de la garantie Tous Risques couvrant les GSM (6). Durant l'année est apparu un nouveau type de contrat couvrant notamment le vol de GSM. Pour ces produits, les intermédiaires d'assurances prennent la gestion des sinistres en charge. Lorsqu'un litige survient dans le cadre de ces règlements, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman qui va interroger l'intermédiaire gestionnaire.
Il s'agit essentiellement de plaintes suite à un refus d'intervention parce que les circonstances du vol ne coïncident pas avec les cas couverts par les garanties. Il faut notamment que le vol ait été commis avec violence.

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

A l'instar des années précédentes, plus de 2/3 des plaintes (69%) concernent les activités liées à la production du contrat (souscription ou modification). Ce constat témoigne que l'intermédiaire d'assurances joue un rôle essentiel de conseil dans le choix du produit et des garanties. Il doit, par ses recommandations, aviser et par ses compétences, chercher à répondre au mieux aux attentes du consommateur.



L'analyse des motifs des plaintes laisse apparaître une augmentation des plaintes relatives à **l'aptitude professionnelle** des intermédiaires d'assurances ainsi qu'à la **présentation abusive** des contrats. Ces catégories regroupent essentiellement les litiges qui résultent du manque d'information ou de la mauvaise information reçue lors de la conclusion du contrat. Cette augmentation est significative. La nouvelle loi est en vigueur depuis le 15 mars 2006, les conséquences de nouvelles mesures n'auront pas immédiatement d'incidence sur la nature des réclamations. En effet, elles ne concernent que les nouveaux contrats ou les nouvelles modifications qui y sont apportées. C'est, en effet, souvent plusieurs années après la souscription d'un contrat, lorsque survient un sinistre, que l'assuré se rend compte que l'intermédiaire d'assurances ne lui avait pas conseillé le contrat qui répondait à ses besoins ou ne l'avait pas informé correctement sur l'étendue des garanties. Les années futures nous indiqueront si l'application des nouvelles dispositions légales est efficace. En effet, elles devraient entraîner une diminution des contestations relatives aux informations fournies au moment de la conclusion du contrat. En tout état de cause, le support écrit devra permettre d'établir la volonté des parties.

Plusieurs plaintes portent également sur des erreurs de l'intermédiaire d'assurances dans la résiliation du contrat, soit qu'il ne l'a pas résilié alors qu'il l'avait promis, soit qu'il l'a résilié par fax mais sans indiquer l'identité de l'entreprise d'assurances au nom de laquelle il résiliait (comme le prévoit pourtant la convention renon par fax établie par Assuralia) soit qu'il résilie par fax un contrat d'assurance accident du travail alors que la convention renon par fax n'est applicable qu'aux contrats d'assurances automobile, accidents droit commun et incendie.

cas 17

PEUT-ON RÉSILIER PAR FAX TOUS LES CONTRATS D'ASSURANCES ?

Monsieur X souhaite changer d'entreprise d'assurances. Il demande à son courtier de résilier son contrat couvrant les accidents du travail, pour l'échéance annuelle du premier janvier 2007.

Le 28 septembre 2006, le courtier envoie, par fax, une lettre de résiliation à l'assureur de Monsieur X.
L'assureur refuse de l'enregistrer car la lettre de renonciation n'a pas été envoyée par recommandé.

Le 27 novembre 2006, monsieur X adresse alors une lettre recommandée confirmant sa demande de résiliation. Mais, comme ce courrier n'a pas été transmis à l'entreprise d'assurances au moins trois mois avant la date d'échéance annuelle, elle acte la résiliation pour le 1er janvier 2008, soit un an plus tard.

Mécontent, Monsieur X se tourne vers l'Ombudsman.

L'article 29 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre exige que la résiliation d'un contrat d'assurance se fasse par lettre recommandée.

Cependant, il existe au sein d'Assuralia une convention "renon par fax" qui prévoit l'acceptation d'une résiliation par fax. Son mécanisme a été étendu aux intermédiaires d'assurances sous certaines conditions.

Cette convention s'applique aux branches Auto, Accidents Droit Commun et Incendie mais pas aux contrats d'assurance Accidents du travail.

Face à ces constatations, l'Ombudsman confirme que la position de l'entreprise d'assurances est fondée. Par contre, elle soulève que le courtier a commis une erreur en adressant une lettre de résiliation d'une police Accidents du travail par fax et non par courrier recommandé.

Certaines plaintes portent également sur les frais que certains intermédiaires d'assurances réclament en plus de leur commission.

cas 18

L'INTERMÉDIAIRE PEUT-IL RÉCLAMER DES HONORAIRES À SON CLIENT ?

Monsieur X est assuré auprès d'une entreprise d'assurances Y en "accidents du travail". Il souhaite vérifier s'il ne peut trouver une offre plus avantageuse sur le marché. Pour ce faire, il demande à son assureur sa statistique "sinistres". L'assureur la lui communique par son courtier.

Ses démarches ont abouti. Il a trouvé une entreprise d'assurances Z offrant la même couverture pour un tarif moins élevé. Monsieur X résilie son contrat et souscrit une nouvelle police.

Quelques temps plus tard, il reçoit une note d'honoraires établie par son ancien courtier relative à une étude de marché qu'il aurait réalisée. Monsieur X n'avait pourtant pas demandé à son ancien courtier de faire une telle étude.

Il conteste les honoraires réclamés et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman a interrogé le courtier. Dans un premier temps, il a maintenu sa position, soutenant qu'il avait exposé des frais et honoraires afin d'effectuer l'étude de marché demandée par Monsieur X.

En principe, un courtier est rémunéré par une commission qui est perçue sur la prime versée par l'assuré après conclusion de la police d'assurances. S'il veut pouvoir réclamer des honoraires et frais complémentaires pour une étude de marché réalisée, le courtier doit prouver qu'il a conclu une convention spécifique avec son client.

Questionné par l'Ombudsman, le courtier reconnaît qu'il ne peut démontrer l'existence d'un tel accord et renonce à réclamer le paiement de sa note d'honoraires.

En branche Vie, les plaintes portent en général sur les promesses de rendement, de taux garanti ou du montant du capital promis à l'échéance du contrat.
Dans la gestion de ce type de réclamation, l'Ombudsman se trouve également confronté à deux versions différentes des faits. Les nouvelles exigences de formalisme l'aideront dans sa mission (voir supra p. 3/101).

Les plaintes relatives à la **gestion de sinistre** sont en diminution. Cette baisse peut trouver partiellement son explication dans le comportement de l'assuré. En effet, lorsqu'il est insatisfait du règlement d'un sinistre il s'adresse plus volontiers à l'entreprise d'assurances, à son assureur Protection Juridique, voire à l'Ombudsman des assurances ... sans en informer son intermédiaire en assurances.

cas 19

UN COURTIER MALENCONTREUSEMENT TROP PRUDENT ...

Monsieur X au volant de son véhicule percute la motocyclette de Monsieur Y. Afin d'éviter une majoration de son bonus-malus, Monsieur X propose à Monsieur Y de ne pas avertir leur entreprise d'assurances mais de lui régler le montant de son dommage en espèces.

Monsieur Y interroge son courtier qui l'engage à accepter. Cependant, à titre conservatoire, son courtier demande qu'un constat d'accident soit établi mais il est convenu que le paiement annoncé par Monsieur X entrainera la mise sans suite de cette déclaration.

Le lendemain, Monsieur X indemnise Monsieur Y de son dommage.

Quelques jours plus tard, il reçoit une lettre de son entreprise d'assurances responsabilité civile l'informant qu'elle avait ouvert un dossier et indemnisé la partie adverse.

Monsieur X signale alors à son assureur qu'il avait déjà indemnisé Monsieur Y et que le courtier de ce dernier s'était engagé à ne pas déclarer le sinistre.

Fort de cette information, l'entreprise d'assurances de Monsieur X obtient le remboursement de l'indemnité payée deux fois. Mais elle n'accepte de supprimer l'augmentation du bonus-malus que si Monsieur X règle des frais administratifs de e125,00.

Monsieur X conteste devoir payer ces frais qui n'ont été occasionnés que parce que le courtier de Monsieur Y n'a pas respecté ses engagements.

L'Ombudsman interroge le courtier. Il reconnait qu'il était parfaitement au courant que Monsieur X souhaitait indemniser directement son client. Mais, par prudence et afin de veiller aux intérêts de son client, il a préféré faire malgré tout immédiatement et sans réserve une déclaration de sinistre à l'entreprise d'assurances de Monsieur Y.

Sur la base de ces circonstances, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprise d'assurances de Monsieur X de renoncer à réclamer les frais administratifs.

Malheureusement, quelques cas sont encore à déplorer où l'intermédiaire d'assurances retient l'indemnité reçue par la compagnie d'assurances. Lorsque l'Ombudsman n'obtient pas directement la régularisation et une justification suffisante du retard, elle s'adresse à l'entreprise d'assurances qui accepte de verser l'indemnité à l'assuré en se réservant un droit de recours[45]. De plus, elle informe l'organisme de contrôle, la CBFA, de ces pratiques malhonnêtes.

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

Alors que le nombre de plainte à l'encontre des intermédiaires d'assurances a augmenté, le nombre de dossiers n'ayant pas fait l'objet d'un examen est strictement le même qu'en 2005 (24).

Parmi les plaintes examinées, 53% sont fondées et 47% ne le sont pas. Mais 39 dossiers sont encore ouverts à la date de clôture du mois de janvier 2007.

En 2006, contrairement à 2005 où 2 plaintes sur 3 en production étaient fondées, seule une plainte sur deux est fondée en production. En sinistre, le pourcentage des plaintes fondées est resté identique (54%).

Lorsqu'on analyse le résultat sous l'angle des branches, on constate qu'en branche Auto, 69% des plaintes sont fondées et 60% en branche Protection Juridique. En branche Vie, la proportion s'inverse puisque 70% des réclamations sont non-fondées. En branche Tous Risques, 80% des plaintes ne sont pas fondées (voir supra p.107).

[45] Article 13 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre tel que modifié par la loi du 22 février 2006

3.4. Plaintes à l'encontre de Datassur

Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Il enregistre à ce titre les données reçues des entreprises d'assurances suite à la résiliation des contrats sur la base de critères objectives tels que non-paiement de la prime, la sinistralité et la fraude prouvée (fichier des risques spéciaux de Datassur).

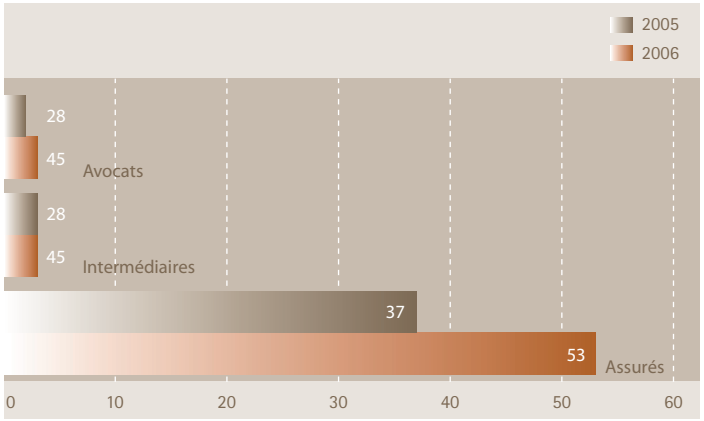
| A. NOMBRE DE PLAINTES |

	2005	2006
Enregistrements fichier RSR Datassur	50.000	**47.650**
Demandes de rectification fichier RSR Datassur	452	**324**
Demandes introduites auprès de l'Ombudsman	42	**59**

En 2006, l'Ombudsman a enregistré 59 demandes d'intervention concernant le fichier des risques spéciaux de Datassur. Il s'agit d'une augmentation plus marquée que celle des années précédentes; en effet en 2005, les dossiers étaient au nombre de 42.

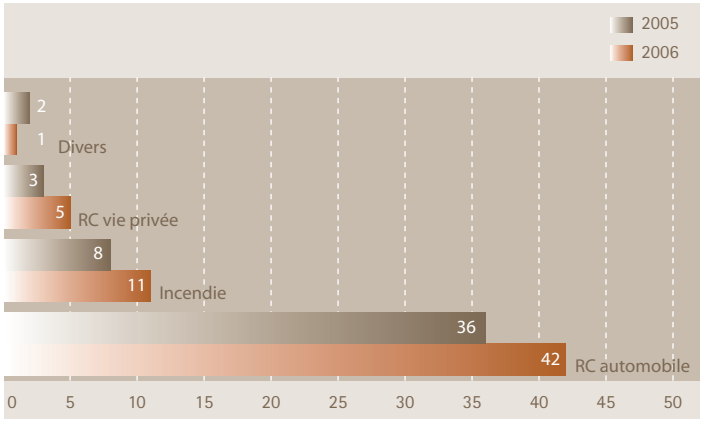
Le nombre de cas reste toutefois limité au regard du nombre d'enregistrements (47.650 en 2006) et de demandes de rectification (324 en 2006). Contrairement aux plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, le nombre d'enregistrements et de demandes de rectification a, quant à lui, diminué.

| B. QUI INTRODUIT UNE PLAINTE ? |



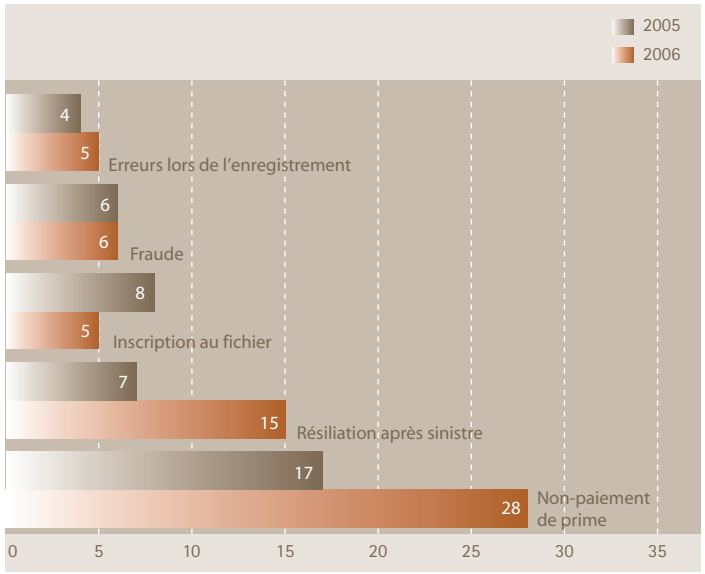
90% des plaintes relatives au fichier des risques spéciaux géré par Datassur proviennent de l'assuré lui-même. En effet, le fichage lui est directement préjudiciable. Dans un certain nombre de cas, l'intermédiaire d'assurances ou le conseil de l'assuré introduit une plainte en son nom.

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



La majorité des cas visant le fichier des risques spéciaux de Datassur portent sur l'assurance RC Automobile obligatoire. L'Ombudsman relève toutefois une baisse dans cette branche. En 2005 ces doléances représentaient 80%, en 2006 elles ne représentent plus que 70%. Les réclamations liées à l'assurance Incendie enregistrent quant à elles une augmentation. En effet, leur pourcentage de représentation était de 20 en 2004, 7 en 2005 mais à nouveau 19 en 2006. Enfin, l'Ombudsman a dû ouvrir un certain nombre de dossiers au sujet de l'assurance RC Vie Privée (familiale).

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



Les consommateurs saisissent principalement l'Ombudsman lorsqu'ils sont enregistrés dans le fichier des risques spéciaux de Datassur pour cause de **non-paiement de la prime**. Le nombre de doléances à ce sujet est passé de 17 à 28 (soit une augmentation de 65%).

Dans un certain nombre de cas, l'Ombudsman a constaté que l'entreprise d'assurances avait renseigné l'assuré pour cause de non-paiement de prime, alors qu'elle était incapable de produire la preuve de l'existence du contrat. En effet, si elle ne dispose pas d'une proposition ou demande d'assurances signée par le preneur d'assurances, elle ne peut rapporter la preuve du consentement de son assuré. Par conséquent, le fait de ne pas payer la prime pour un contrat inexistant ne peut être reproché au consommateur et son enregistrement n'est dès lors pas justifié.

cas 20

SOUS QUELLES CONDITIONS PEUT-ON ÊTRE ENREGISTRÉ AUPRÈS DU FICHIER DES RISQUES SPÉCIAUX DE DATASSUR ?

Madame X introduit auprès de son courtier une proposition d'assurance. Six mois plus tard, elle n'a toujours pas reçu de contrat. Par contre, son courtier lui adresse des cartes vertes de diverses entreprises d'assurances.

Plus tard, Madame X reçoit une mise en demeure l'invitant à payer une prime d'assurance et lui notifiant la résiliation du contrat pour non-paiement de la prime.

De plus, elle a fait l'objet d'une inscription au fichier des risques spéciaux de Datassur. Elle interroge ce dernier qui, en concertation avec l'assureur, refuse de radier son nom. Ne pouvant accepter ce refus, elle saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble des éléments du dossier et constate que Madame X n'a pas signé de contrat d'assurance.

Or, en l'absence d'un contrat signé, la résiliation du contrat est impossible puisqu'il est inexistant. Le fichage auprès du fichier des risques spéciaux de Datassur n'est donc pas valable.

Sur cette base, l'Ombudsman a demandé et obtenu de rayer Madame X du fichier des risques spéciaux de Datassur.

cas 21

LA FICHE ÉTABLIE PAR DATASSUR PEUT-ELLE TOUJOURS MENTIONNER UN MONTANT "IMPAYÉ" PAR L'ASSURÉ ?

Madame X a commis une fraude à l'assurance. Son entreprise d'assurances l'a par conséquent fichée auprès de Datassur.

Madame X s'oppose à ce fichage, soutenant qu'un accord transactionnel prévoyant le remboursement des sommes dues a été conclu avec son entreprise d'assurances et que cet accord a été respecté, Madame X ayant effectué le paiement annoncé.

Comme elle ne comprend pas les raisons de son inscription auprès du fichier des risques spéciaux de Datassur ni la mention de montant "impayé" reprise sur la fiche, Madame X interroge Datassur qui lui confirme son point de vue. Insatisfaite, elle s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman analyse la demande et constate que le fichage de Madame X auprès du fichier des risques spéciaux de Datassur est obligatoire en cas de fraude même si l'assuré rembourse les indemnités payées.

L'inscription dans les fichiers de Datassur ne peut donc être enlevée.

Mais que signifie alors la mention du montant "impayé" sur la fiche puisqu'il a été remboursé ? En réalité, il s'agit du montant en jeu.

En l'espèce, l'Ombudsman a convaincu le fichier des risques spéciaux de Datassur que le terme était mal choisi. Ce dernier a annulé le terme "impayé" et la fiche de Madame X ne reprend que le terme "montant".

L'Ombudsman a également reçu plusieurs réclamations portant sur le non-paiement d'une prime alors que son montant est peu élevé. Alors que l'enregistrement pour cause de non-paiement de prime dans la branche Auto n'est possible qu'à partir d'un montant impayé de €150, ce seuil n'existe pas dans les autres branches (voir infra recommandations p. 5/154).

Les réclamations suite à un enregistrement pour **résiliation après sinistre** sont passées quant à elles de 7 en 2005, à 15 en 2006. En Assurance RC Auto, les consommateurs sont surpris de faire l'objet d'un enregistrement alors qu'ils n'ont eu qu'un seul accident en tort. Dans ces cas, en réalité le fichier des risques spéciaux de Datassur ne fait qu'appliquer son règlement d'ordre intérieur qui prévoit l'obligation d'enregistrement après toute résiliation de contrat après sinistre, quel que soit le nombre d'accidents.

L'Ombudsman a par ailleurs reçu cinq plaintes relatives à des **erreurs d'enregistrement**. En pareil cas, ce sont les données mentionnées et non le principe de l'enregistrement qui est contesté. Ainsi l'Ombudsman a-t-elle été interpellée à plusieurs reprises parce que la fiche faisait mention d'un montant "impayé", alors que l'assuré n'état plus redevable d'aucun montant. En réalité, l'entreprise d'assurances souhaitait attirer l'attention des acteurs du secteur sur l'importance du dossier. Le fichier des risques spéciaux de Datassur a donc adapté l'inscription et supprimé la mention "payé". La fiche reprend désormais le terme "montant".

cas 22

LA DURÉE D'UN FICHAGE AUPRÈS DE DATASSUR PEUT-ELLE ÊTRE RÉDUITE?

Lors de la conclusion du contrat, Monsieur X n'a pas déclaré les caractéristiques aggravant le risque. Suite à cette omission, il a été inscrit dans le fichier des risques spéciaux de Datassur.

Après cinq ans d'inscription, Monsieur X, homme d'affaires, estime que sa peine est "assez élevée" et sollicite l'annulation de son inscription. Comme il n'obtient pas gain de cause directement chez Datassur, il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman note que (sur la base du règlement d'ordre intérieur) l'enregistrement auprès du fichier des risques spéciaux de Datassur pour un risque alourdi est conservé durant dix ans. Ce fichage ne peut être enlevé avant l'expiration de ce terme que s'il ressort d'une décision judiciaire qu'il n'y avait en réalité aucun risque alourdi.

En l'occurrence, aucun élément ne justifie l'annulation anticipée de l'inscription de Monsieur X.

Face à ces constatations, l'ombudsman n'a pu que donner raison à l'entreprise d'assurances initiatrice du fichage.

L'Ombudsman a enfin ouvert six dossiers relatifs à un enregistrement pour **fraude**. Les réclamations portaient essentiellement sur la durée de conservation des données. En cas de non-paiement de prime et de résiliation après sinistre, l'enregistrement est conservé respectivement pendant trois et cinq ans ; en cas de fraude, par contre, la durée de conservation est de dix ans. Le règlement du fichier des risques spéciaux de Datassur est strict et ne souffre d'aucune exception à cette règle.

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

	2005	**2006**
Demandes d'information	14	**24**
Plaintes fondées	15	**15**
Plaintes non fondées	13	**20**

L'Ombudsman n'intervient en cas de plainte contre le fichier des risques spéciaux de Datassur qu'au titre d'instance d'appel. L'assuré mécontent de figurer dans le fichier doit, en premier lieu, s'adresser directement à Datassur et ce n'est que lorsqu'il continue d'estimer son enregistrement injustifié ou erroné, qu'il peut se tourner vers l'Ombudsman. Bien que cette procédure soit décrite dans le formulaire d'enregistrement sur le site Internet des deux instances, 40% des envois ne respectaient pas cette procédure. En pareil cas, l'Ombudsman ne poursuit pas l'examen du dossier mais rappelle la procédure en vigueur au plaignant en l'invitant à prendre contact avec le fichier des risques spéciaux de Datassur.

Parmi les 35 cas examinés, 43% ont donné lieu à une rectification de l'enregistrement, soit par sa radiation, soit par la rectification des mentions.

Entre-temps, le gouvernement a rédigé un avant-projet de loi relatif à l'encadrement des listes "noires" qui a déjà fait l'objet de divers commentaires.[46] La Commission pour la protection de la vie privée et le Conseil de la consommation se sont en outre exprimés à ce sujet en formulant différentes remarques. Elles seront examinées par les auteurs de l'avant-projet avant d'écrire le texte définitif.

[46] Après-midi d'étude du 24 août 2006 à l'Acadamieraadzaal UGent, à Gand: Bedrijfsdatabases: verwerking van persoonsgegevens en privacy; *Assurinfo*, 12 octobre 2006, n° 32, p. 15-16; *De Juristenkrant*, 8 novembre 2006, n° 137, p. 2-3.

LISTE DES CAS D'INTERVENTION

Branche	Cas	Titre	Page
Auto	3	La prime du contrat est-elle correctement calculée ?	3/44
	8	Peut-on obtenir le remboursement du montant total de la franchise si les responsabilités sont partagées?	3/60
	9	Si l'assureur du responsable déclare le véhicule accidenté en perte totale économique, l'assureur omnium doit-il suivre ?	3/61
	10	L'Ombudsman peut-elle accélérer le règlement d'un sinistre?	3/64
	26	Qui paiera les dégâts lorsque deux véhicules appartenant à une même société entrent en collision?	5/150
Datassur	20	Sous quelles conditions peut-on être enregistré auprès du fichier des risques spéciaux de Datassur?	3/123
	21	La fiche établie par Datassur peut-elle toujours mentionner un montant "impayé" par l'assuré?	3/124
	22	La durée d'un fichage auprès de Datassur peut-elle être réduite?	3/126
Discrimination	14	Peut-on prolonger un contrat d'assurance dont le terme est prévu ?	3/86
	15	L'assureur peut-il justifier une discrimination?	3/88
	16	Quel montant de surprime est fondé?	3/90

Formalités	2	L'assuré dispose-t-il des informations exigées par la loi ?	2/18
	24	L'assuré est-il lié par l'extension de garantie ?	5/146
	25	Le contrat est-il en vigueur ?	5/148
Formalités - Hospitalisation	6	Peut-on renoncer directement à une assurance hospitalisation individuelle lorsqu'on s'affilie à une assurance collective ?	3/52
Formalités - Intermédiaires	17	Peut-on résilier par fax tous les contrats d'assurances ?	3/110
Formalités - Résiliation	4	Quelle est la date de prise d'effet de la résiliation ?	3/48
Hospitalisation	5	Un assuré peut-il revenir sur sa résiliation ?	3/50
	23	Sous quelles conditions est-il possible de poursuivre à titre individuel une assurance hospitalisation collective ?	5/142
Incendie	7	Quelle est la valeur du rapport d'expertise ?	3/58
Incendie - CATNAT	1	L'assureur rembourse-t-il tous les dégâts dus à une catastrophe naturelle ?	2/16
Intermédiaires	18	L'intermédiaire peut-il réclamer des honoraires à son client ?	3/112
	19	Un courtier malencontreusement trop prudent...	3/114
Vie	11	L'assureur est-il tenu de verser la réserve d'une assurance de solde restant dû en cas de rachat ?	3/70
	12	En épargne pension, quel est le montant déductible ?	3/72
	13	L'assureur doit-il payer des intérêts lorsque les capitaux d'une assurance sur la vie sont payés après l'échéance contractuelle ?	3/78

RECOMMANDATIONS

5

| A. SUIVI DES RECOMMANDATIONS |

1. Soins de santé

Le Gouvernement a déposé le 26 septembre 2006 un projet de loi prévoyant l'insertion d'un chapitre relatif aux contrats d'assurance maladie dans la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

Ce projet rencontre partiellement trois recommandations formulées les années précédentes par l'Ombudsman dans la branche Soins de santé. Il répond aux problèmes que rencontrent les assurés confrontés à une hausse de la prime (rapport annuel 2000 p. 30), à la prolongation de la couverture à titre individuel du risque Hospitalisation couvert par une assurance collective (rapport annuel 1998 p. 21), à l'exclusion d'un état antérieur (rapport annuel 1996 p. 15) ou simplement à l'accès à l'assurance.

Ce projet de loi constitue sans aucun doute une avancée mais il contient, eu égard à la nature des plaintes, des lacunes.[47]

- De manière générale, comme le soulève le professeur Dubuisson, président de la commission des assurances[48], dans son rapport à la commission des affaires économiques, il faut garantir la cohérence du texte du projet avec les termes et prescrits de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Ce rapport commente largement les différents aspects du problème, et l'Ombudsman y relève plus particulièrement la question de la couverture de l'état antérieur car, depuis de nombreuses années, elle est régulièrement saisie pour ce motif.

[47] Ces suggestions sont formulées sur base du texte de loi tel qu'il était présenté le 26 septembre 2006

[48] Organe consultatif auprès du ministère de l'Economie

expert 4

LA QUESTION DE LA COUVERTURE DE L'ANTÉRIORITÉ (ART. 138BIS- 5).

Il se déduit de l'article 138bis-5 que le contrat devient incontestable deux ans après l'entrée en vigueur du contrat. Ceci signifie qu'une fois le délai écoulé, l'assureur renonce à invoquer les omissions et inexactitudes faites de bonne foi lors de la déclaration du risque. A contrario, on en déduit que le contrat est contestable dans le même délai si des symptômes existaient avant la conclusion du contrat d'assurance et que la maladie liée à ces symptômes a été diagnostiquée ultérieurement pendant le délai de deux ans. Même si le texte n'en dit rien, l'exposé des motifs laisse entendre clairement que, dans ce cas, l'assureur peut refuser purement et simplement sa garantie.

Il faut remarquer que cette sanction est bien plus lourde que celles qui se déduisent de l'article 7, §2 et 3 de la loi du 25 juin 1992 en cas d'omission ou de fausse déclaration faite de bonne foi. Cet article fait varier la sanction selon que le manquement résulte ou non d'une négligence du preneur. Si aucun reproche ne peut être adressé au preneur, la prestation est due en totalité. Si le preneur est fautif, il peut prétendre à une intervention réduite proportionnellement. Il est de bons auteurs qui pensent que les clauses d'antériorité sont nulles comme contraires à ces dispositions impératives de la loi du 25 juin 1992 (voy. notamment, M. Fontaine, Précis de droit des assurances, 3ème ed., p. 180, n° 260, note 195 et p. 249, n° 362, note 450).

Ajoutons que la notion de "symptômes" (par opposition à un diagnostic précis) est assez vague et sera sujette à d'éternelles discussions.

Bernard Dubuisson
Président de la commission
des assurances

- D'autre part, ce projet de loi prévoit la possibilité pour toute personne affiliée à une assurance collective maladie (assurances groupe) de prolonger cette assurance à titre individuel pour autant que la couverture de l'assurance collective ait eu une durée minimum de deux ans auprès du même employeur. Dans certains cas, avant la prise d'effet de la couverture du contrat collectif pris en référence, le candidat assuré a pu être couvert pour les frais d'hospitalisation par un autre contrat soit à titre individuel soit à titre collectif.
  Pourquoi ignorer cette couverture sans interruption et ne pas lui permettre l'accès à une couverture individuelle après un contrat d'assurance collectif dont la durée de couverture serait inférieure à deux ans ?

cas 23

SOUS QUELLES CONDITIONS EST-IL POSSIBLE DE POURSUIVRE À TITRE INDIVIDUEL UNE ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE ?

Madame X met fin à son assurance hospitalisation individuelle et s'affilie à l'assurance groupe de son nouvel employeur. Quelques mois plus tard, les médecins diagnostiquent chez elle la maladie de Crohn.

Cette affection oblige Madame X à s'absenter fréquemment. Au bout de 23 mois, son employeur la licencie. Elle exprime alors le souhait de poursuivre son assurance hospitalisation à titre individuel. Or, le règlement de l'assurance groupe ne permet la poursuite à titre individuel que pour autant qu'une affiliation ait été de 36 mois au moins. Déçue, Madame X saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman doit effectivement reconnaître que sur le plan juridique, l'assureur ne peut être contraint d'offrir une couverture à titre individuel à Madame X. Toutefois, le projet de loi relatif aux conditions minimum imposées dans le cadre de l'assurance maladie fait état d'un délai de 24 mois seulement. Sur cette base et pour des motifs humains, l'Ombudsman a tenté de convaincre l'assureur d'offrir une couverture individuelle à Madame X puisqu'elle avait été précédemment couverte pendant une période supérieure à 24 mois mais par plusieurs assureurs.

L'entreprise d'assurances souligne que le projet de loi exige que l'intéressée soit assurée par l'intermédiaire du même employeur depuis 24 mois au moins. Par conséquent, ni une assurance hospitalisation individuelle préalable, ni l'assurance groupe d'un autre employeur, ne peuvent être prises en compte.

L'Ombudsman n'a malheureusement pas pu convaincre l'assureur de proposer à Madame X la poursuite de son contrat à titre individuel.

- Le projet de loi mentionne, dans le cadre d'une prolongation à titre individuel, en outre différents délais entre la fin de l'assurance collective et la prise d'effet de l'assurance individuelle. Durant la période séparant ces deux situations, l'assuré ne bénéficie plus de couverture. Il est dans une situation inconfortable, puisque, s'il est hospitalisé, il ne peut faire appel à un assureur pour le remboursement de ses frais.

- Le projet prévoit également que les contrats d'assurance maladie individuels doivent être souscrits par les entreprises d'assurances pour la vie entière. Il existe des polices qui ne prévoient pas le remboursement des frais médicaux occasionnés par l'hospitalisation mais qui garantissent simplement le paiement d'un montant forfaitaire par jour d'hospitalisation.
  Bien que ces contacts soient dénommés "hospitalisation", les avis divergent sur la nature de cette assurance. S'agit-t-il d'une assurance individuelle indemnitaire ou de soins de santé ? Sur base de ce projet, ils tomberont sous la couverture des contrats d'assurance maladie. Mais ce projet ne prévoit aucune disposition transitoire pour ces polices.
  Par conséquent, quel est le sort des contrats qui fixent le terme au moment où l'assuré atteint 70 ans ? La solution devra, en tout état de cause, tenir compte du fait qu'à cet âge le risque d'hospitalisation est plus élevé et l'état de santé plus fragilisé. Les candidats-assurés trouvent rarement un assureur disposé à les couvrir (voir supra discrimination p. 3/84) ou alors moyennant l'exclusion des soucis présents.

- Enfin, le projet de loi stipule qu'en cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties, la prime et les conditions d'assurance maladie peuvent être adaptées pour autant que cette augmentation soit jugée significative par la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA).
  La CBFA, chargée avant tout de veiller à la rentabilité des entreprises d'assurances, ne devrait cependant pas être la seule entité responsable de l'acceptation des modifications.
  La loi devrait énoncer un mécanisme précis et invariable lié à un indice neutre basé sur des critères objectifs et mesurables.
  De plus, ces mesures devraient être accompagnées d'un encadrement plus strict des coûts facturés par les prestataires de soins de santé. On constate des écarts importants sans justification objective. Or, ils influencent la charge des sinistres et donc, par répercussion, le montant de la prime.

Certains membres du gouvernement en sont conscients et ont réintroduit un projet pour encadrer les coûts des soins de santé.[49] D'autres voix s'élèvent également.[50]

Et, par ailleurs, dans ce contexte de liberté tarifaire, comment protéger le consommateur qui a souscrit une police à des conditions attractives offertes à un moment donné par le jeu de la concurrence, mais qui, des années plus tard, se voit imposer des fortes hausses? En effet, l'entreprise d'assurances n'a pu constituer des réserves et doit donc, afin de rétablir l'équilibre des résultats de son portefeuille, augmenter les primes. Cette hausse risque d'être répétitive car, face aux augmentations, les "bons risques" trouveront une meilleure offre sur le marché et le portefeuille ne sera composé que de risques alourdis. Ces augmentations sont, en réalité, des résiliations déguisées.

[49] *De Standaard*, 25 janvier 2007

[50] *Le Soir*, 14 février 2007

2. Formalités

A travers l'analyse des plaintes, l'Ombudsman constate que le motif invoqué pour la saisir est étroitement lié à un problème de formalités.

En effet, quand il s'agit de résiliation, elle va vérifier si les prescrits légaux sont respectés et notamment prendre connaissance de documents pour examiner les dates, les signatures .... (voir supra entreprises d'assurances p. 3/46 et s.)
Lorsque la doléance porte sur le refus d'intervention en cas de sinistres, elle doit déterminer au préalable si le contrat est bien en vigueur et quelles sont les conditions générales qui sont d'application.
Lorsque le consommateur se plaint de la hausse de la prime ou d'un problème de paiement, l'Ombudsman s'inquiète de savoir si l'assuré a bien été mis en possession des informations exigées par la loi et si les formes et délais ont bien été respectés.

cas 24

L'ASSURÉ EST-IL LIÉ PAR L'EXTENSION DE GARANTIE ?

**Lors de l'acquisition de son nouveau véhicule, Monsieur X demande à son conseiller en assurances de communiquer le changement de véhicule à l'entreprise d'assurances.
Peu après, il reçoit une invitation à payer une prime dans laquelle est incluse une assurance multirisques auto. Comme il n'a rien demandé, il refuse de la payer. L'entreprise d'assurances entame des poursuites pour en obtenir le paiement.
Enervé, Monsieur X saisit l'Ombudsman.**

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et lui demande les documents sur la base desquels elle a établi la police.
A la réception du formulaire, l'Ombudsman constate que la demande de la couverture multirisques a été introduite par l'intermédiaire au moment du changement de véhicule mais qu'aucun document ne porte la signature de Monsieur X.
Sur cette base, elle demande de supprimer la couverture multirisques.
L'entreprise d'assurances a marqué son accord et envoyé une invitation à payer reprenant uniquement la prime responsabilité civile.

Les changements apportés à la police d'assurances portent principalement sur deux volets : le montant de la prime et le contenu des garanties du contrat. Dans les deux hypothèses, il faut avoir la certitude de l'accord de la volonté des deux parties sur la modification. Comment en rapporter la preuve ?

La *prime* est quérable. Au moment de l'invitation à payer la prime, l'assureur a la possibilité non seulement d'en modifier le montant mais également de reprendre dans ce même document les informations requises. Il doit communiquer clairement à l'assuré la hausse ainsi que la possibilité qu'il a de résilier le contrat. Si l'assuré paie le nouveau montant de prime, on peut raisonnablement considérer qu'il est informé et que, par cette initiative, il marque son accord sur les adaptations.

Bien plus complexe est l'approche de la *communication* des *changements* apportés aux *garanties*.
Comment être certain que le preneur d'assurances a été bien informé et qu'il a marqué son accord sur ces modifications ? Dans cette hypothèse, le simple paiement de la prime est évidemment insuffisant.
Mais comment arriver à une simplification de la procédure légale tout en garantissant la sécurité juridique? La procédure actuelle engendre une administration lourde et coûteuse. Comment s'en écarter pour répondre à une logique de compression de coûts sans courir le risque de confusion, de doute, d'équivoque ?

La commission des assurances a été saisie des problèmes relatifs aux formalités. Dans le rapport annuel 2005, son président Bernard Dubuisson, faisait le point sur la question.[51]
Mais quelle est l'évolution des travaux ?
Autour de la table, aucun consensus n'a pu être dégagé. Certains ont émis le souhait de voir séparer le problème des formalités liées aux augmentations de prime de celui des changements de garanties. Cette suggestion est encore en discussion. A travers l'analyse de cas concrets dont elle est saisie, l'Ombudsman ne peut que la soutenir.

[51] Rapport annuel 2005 de l'Ombudsman des Assurances p. 5/148

cas 25

LE CONTRAT EST-IL EN VIGUEUR ?

La maison de Madame X est fort endommagée par un incendie. Elle s'adresse à son assureur pour qu'il l'indemnise.

L'entreprise d'assurances refuse son intervention car à la date du sinistre le contrat est annulé. Madame X reconnait avoir payé tardivement sa prime mais affirme qu'elle n'a jamais été informée de l'annulation de sa police incendie.

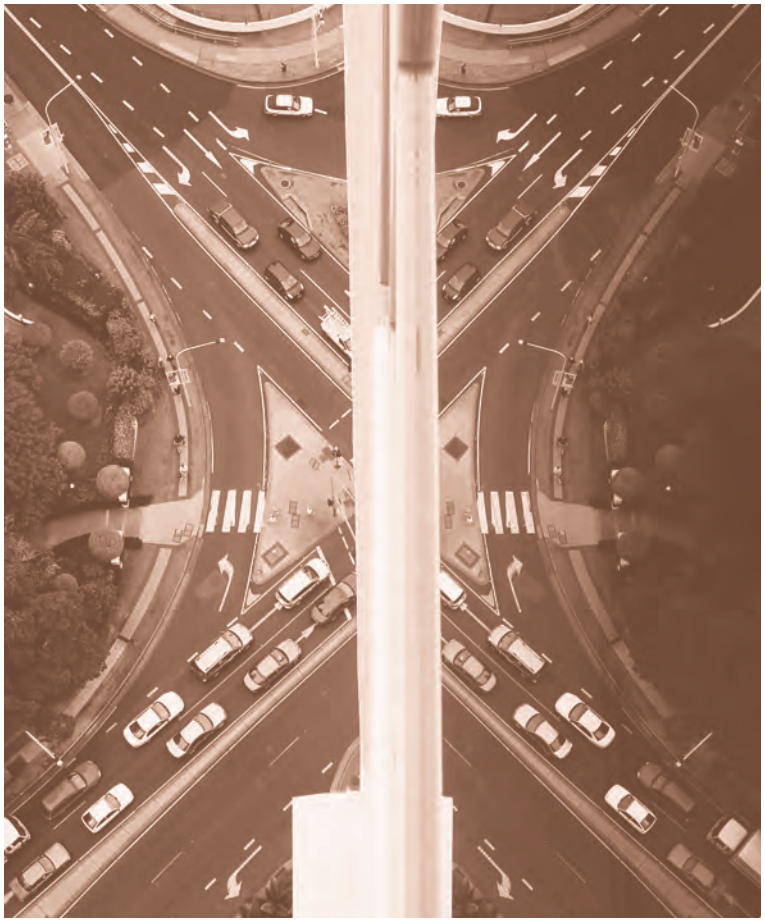
Face au refus de son assureur, elle s'adresse à l'Ombudsman.

A l'analyse des différents éléments du dossier l'Ombudsman constate qu'une lettre recommandée de mise en demeure datée du 23/12/2005 a bien été envoyée à Madame X qui n'a pas été la chercher au bureau de poste. La lettre précisait qu'à défaut de paiement dans les 15 jours, le contrat serait annulé le 22 janvier. Cependant, ce pli est retourné par la poste à la compagnie avec la mention "non réclamé".
La procédure est régulière et en cas de non paiement le contrat est annulé un mois après la date d'envoi du recommandé.
Cependant, à l'examen de l'enveloppe, l'Ombudsman relève que la date d'envoi reprise sur le cachet de la poste est le 27 décembre 2005 soit 4 jours plus tard. Comme le sinistre est survenu le 24 janvier 2006, le délai légal d'un mois n'était pas expiré et le contrat toujours en vigueur.
L'entreprise d'assurances a, sur cette base, revu sa position et pris le sinistre survenu à la maison de Madame X en charge.

| B. RECOMMANDATIONS 2006 |

1. L'indemnisation des dommages aux véhicules d'une même société

L'Ombudsman a été saisie de différentes plaintes introduites par des dirigeants d'entreprises qui se trouvaient confrontés au refus de l'assureur RC automobile obligatoire de payer les dégâts à un véhicule de leur société car ils étaient causés par un autre véhicule de cette même société.



cas 26

QUI PAIERA LES DÉGÂTS LORSQUE DEUX VÉHICULES APPARTENANT À UNE MÊME SOCIÉTÉ ENTRENT EN COLLISION ?

Lors d'une manœuvre, un ouvrier pilotant le véhicule (A) d'une société emboutit le véhicule (B) en stationnement de cette même société. Les dommages aux véhicules sont remboursés dans le cadre du contrat dégâts matériels (omnium). L'employeur réclame le remboursement de la franchise et du chômage pour le véhicule (B) non responsable à l'assureur RC obligatoire du véhicule (A).
L'entreprise d'assurances refuse.
Mécontent, il interroge l'Ombudsman car il estime qu'en vertu de l'article 4 de la loi sur l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automobiles qui stipule que nul ne peut être exclu du bénéfice de l'assurance sauf le conducteur pour le dommage matériel qu'il a subi, l'assureur RC devrait intervenir.

A l'analyse du dossier, l'Ombudsman relève le vide juridique. Deux législations différentes sont d'application : il y a d'une part, la législation relative aux contrats de travail et d'autre part, celle sur le contrat-type d'assurance automobile.
La loi sur les contrats de travail consacre, dans son article 18, le principe de l'immunité du travailleur. En vertu de cette disposition, le travailleur n'est tenu responsable que des dommages causés par son dol, sa faute lourde ou sa faute légère qui présente un caractère habituel.
Comme l'employeur ne peut exercer un recours contre le travailleur, il ne peut donc pas non plus l'exercer contre l'assureur responsabilité civile.
En effet, il ne peut pas faire valoir contre l'assureur des droits qu'il n'a pas contre son ouvrier.
D'autre part, l'employeur est responsable des dommages causés par le travailleur. Dans cette hypothèse, par une fiction juridique, l'employeur est responsable d'un dommage à son propre patrimoine. Or, l'assureur responsabilité civile n'intervient qu'en faveur de tiers. Il ne remboursera donc pas les dommages causés au patrimoine de l'employeur qui en est responsable.

Par ailleurs, il est vrai que l'article 4 de la législation sur la responsabilité civile automobile dans sa dernière version prévoit que "nul ne peut être exclu du bénéfice de l'indemnisation en raison de sa qualité d'assuré, à l'exception de celui qui est exonéré de toute responsabilité en vertu de l'article 18 de la loi relative aux contrats de travail. Peuvent être exclus du bénéfice de l'indemnisation lorsqu'ils n'ont pas subi de lésions corporelles :

- le conducteur du véhicule ;
- ... "

Cet article respecte le principe en vertu duquel dans une assurance de responsabilité civile, le responsable ne peut jamais obtenir réparation des dommages qu'il a causés à son propre patrimoine.
Mais cette disposition n'est pas conforme à l'article 7 du contrat-type automobile qui stipule, quant à lui, que la personne responsable du dommage ne peut bénéficier de l'indemnisation **sauf s'il s'agit d'une responsabilité du fait d'autrui.**

Sur cette base, l'Ombudsman a confirmé que le refus d'intervention de l'assureur était fondé. Ce cas démontre que lorsque le propriétaire du véhicule endommagé n'est pas 'tiers', l'assureur RC Automobile n'interviendra pas.[52]

[52] Pol. Bruxelles 22 septembre 2006, inédit Kluwer, lettre d'info Auto, n°1, janvier 2007

RECOMMANDATION

Les différents textes légaux actuellement en vigueur n'apportent pas clairement de solution à la réparation de dommages aux véhicules appartenant à une même société.
Au sein de la commission des assurances, un groupe de travail analyse le problème. Cependant, sans attendre l'achèvement des travaux, des entreprises d'assurances ont trouvé une réponse à ce problème. En effet, certaines introduisent dans les contrats qui couvrent la flotte de véhicules d'une même entreprise, une clause en vertu de laquelle les véhicules sont considérés comme tiers entre eux (cette clause est appelée "sistership").

Dans le cadre de la couverture des véhicules appartenant à une même société, il faut que le conseiller en assurances ou l'assureur qui couvre la responsabilité civile automobile obligatoire attire l'attention du preneur d'assurances sur les limites de la garantie et lui signale la possibilité d'insérer la clause "sistership".

2. Accident de travail : forfait d'urgence

Différentes plaintes ont été introduites par les victimes ou leur employeur car le forfait d'urgence facturé par l'institution hospitalière n'était pas remboursé par l'assureur accidents du travail.
Les indemnités payées aux victimes d'un accident de travail sont strictement réglées par la loi.
Or, la loi ne prévoit pas la prise en charge de ce forfait par les entreprises d'assurances. Par conséquent, sur le plan juridique, leur refus de remboursement est fondé.
Le Fonds des Accidents du Travail (FAT), en tant qu'organisme de contrôle, confirme d'ailleurs ce point de vue.

Cependant, tous conviennent que ce forfait ne devrait pas être appliqué et, sur le plan humain, certainement pas supporté par la victime.

Afin de débloquer la situation et en accord avec les entreprises d'assurances, l'Ombudsman a pris contact avec le FAT afin qu'il initie un changement législatif. Cet organisme a déjà saisi le ministre de la Santé pour qu'il supprime, expressément dans la loi, l'application de ce forfait à la victime d'un accident du travail.

RECOMMANDATION

L'Ombudsman appuie les démarches en cours et demande aux autorités compétentes de prendre des dispositions pour que le forfait appliqué par les hôpitaux en cas de recours aux services des urgences ne soit jamais appliqué à la victime d'un accident du travail. Par cette mesure, toute victime d'un accident du travail bénéficierait du même traitement.

3. Datassur

90% des enregistrements effectués chez Datassur ont pour origine un non-paiement de la prime. Si 57% des cas relèvent de l'assurance Auto, les branches Incendie et Familiale représentent respectivement pas moins de 29% et 8% des dossiers.

Le règlement de Datassur prévoit pour l'assurance Auto un seuil. En effet, si la prime impayée est inférieure à €150, l'entreprise d'assurances ne peut procéder à l'enregistrement de l'assuré. A l'inverse, aucun seuil n'est d'application dans les autres branches, si bien que des (ex-)assurés sont fichés pour de petits montants, avec les conséquences importantes que cela peut avoir pour eux. L'Ombudsman constate ainsi qu'il y a un déséquilibre entre l'enregistrement et le but à atteindre.

RECOMMANDATION

L'Ombudsman propose en conséquence d'appliquer un seuil minimum par branche. Son montant peut varier d'une branche à l'autre en tenant compte du montant de la prime moyenne.

CONCLUSIONS

Au fil des années, l'Ombudsman relève, de manière répétitive, que le grand défi des acteurs du secteur reste la communication. Malgré leurs efforts, ils n'ont toujours pas répondu aux attentes des consommateurs. Certes, leurs attentes sont de plus en plus grandes et conjuguées à une législation de plus en plus complexe ; la tâche de transmettre l'information compréhensible pour tout un chacun n'est pas aisée.

En 2006, l'analyse des plaintes relatives à l'application de la nouvelle législation sur les catastrophes naturelles démontre une fois de plus les difficultés du "faire savoir" au consommateur. Ainsi, il n'a pas toujours perçu le caractère légal obligatoire de la couverture, ainsi que la faculté de choisir, grâce au jeu de la concurrence sur le marché, l'assureur qui lui offre les extensions de garantie les plus adéquates à sa situation ou la prime la plus compétitive. Par ailleurs, il s'est heurté à certains assureurs qui ont refusé d'enregistrer sa demande de résiliation.

A la veille de son départ d'activité dans le secteur, Michel Baecker, Administrateur délégué d'Assuralia, moteur de l'évolution de la communication dans le secteur, nous livre son constat et ses recommandations.

expert 5

2006 a vu l'aboutissement d'une importante réforme transformant une initiative privée datant de 1987 en un service d'intérêt général : le nouveau "Service Ombudsman Assurances", constitué sous forme d'asbl et dont Assuralia et les fédérations de courtiers sont les fondateurs a été agréé par le ministre de tutelle le 17 novembre. Quel chemin parcouru depuis la création par l'ex UPEA de l' "Ombudsman des compagnies" sur une base volontaire et transformé, en 2001, en "Ombudsman du secteur de l'assurance", englobant les litiges à l'encontre des intermédiaires et de Datassur ! Ce nouveau service d'intérêt général concilie l'impératif de garantir aux consommateurs un traitement objectif et indépendant des plaintes avec le maintien de la souplesse nécessaire au traitement rapide et efficace de celles-ci. L'indépendance est notamment garantie par un Conseil de surveillance regroupant l'ensemble des parties concernées, soit les pouvoirs publics, la CBFA, les consommateurs, les intermédiaires et les entreprises d'assurances.

Outre l'examen des plaintes et propositions de solutions, l'application des codes de conduite des entreprises d'assurances et des intermédiaires et la formulation d'avis et de recommandations – déjà repris dans la charte de l'ombudsman de 2001 –, ce dernier a reçu pour tâche formelle la médiation pour faciliter la résolution à l'amiable des litiges.

En 2006, Assuralia a considérablement étendu la portée de ses codes de conduite sur lesquels s'exerce le contrôle de l'ombudsman et qui en retire une crédibilité renforcée. Assuralia a étendu ses recommandations en matière de règlement des sinistres et de gestion des plaintes dans les relations entre l'assureur et le client afin de tenir compte désormais de la relation avec des tiers qui en tant que "partie adverse" ont droit à une indemnisation. Ces dispositions s'appliquent donc dorénavant pour toutes les victimes.

Afin de répondre plus particulièrement aux questions des familles d'enfants victimes de la route, Assuralia a établi, en outre, un "plan en dix points" qui doit permettre une prise en charge et un accompagnement approprié de ces victimes. Outre leur tâche primaire qui consiste à respecter leurs engagements légaux et contractuels, les entreprises d'assurances ont le devoir social et humain de rendre le déroulement des procédures à l'égard des parents concernés le plus supportable possible. Ce "plan en dix points" fera prochainement l'objet d'une signature officielle entre Assuralia et l'association "Ouders van verongelukte kinderen/parents d'enfants victimes de la route".

L'ombudsman aura également à exercer le contrôle de deux autres nouveaux codes de conduite, par lesquels Assuralia opte délibérément pour une plus grande auto- ou corégulation : le code de conduite relatif à la publicité et à l'information sur les assurances-vie individuelles entré en vigueur au 1er janvier 2007 ainsi que le code des assureurs protection juridique.

J'en reviens à une considération plus globale, déjà émise lors de mon arrivée à l'exUPEA en 1990. Il faut avoir l'obsession du client ... condition sine qua non pour réduire le nombre de plaintes. Que ce soit dans l'industrie ou dans les services, cette obsession du client caractérise les entreprises les plus performantes. Toutes entières occupées à leurs acquisitions, la plupart des entreprises ont fini par négliger leur client ou du moins à ne pas leur avoir accorde l'attention qu'ils méritent. Or, l'entreprise n'existe que par la confiance que lui accordent ses clients. C'est l'établissement d'un "partnership in trust".

Le consommateur ne devrait-il pas être le plus ardent supporteur de l'assureur, "vendeur" de sécurité, de prévention et de prévoyance ? L'assureur doit expliquer les principes de base de son métier de façon compréhensible en sortant de la mentalité des "petites lettres". Les assureurs doivent se faire connaître comme fournisseurs de solutions aux défis de la société d'aujourd'hui et de demain.. L'assureur doit "humaniser" son métier pour susciter l'appréciation du client. Il doit donc avoir l'obsession du client ... ce qui devrait entraîner une chute des plaintes, puisque quelque 50% de celles-ci sont fondées.

Mais le manque d'image et d'humanité du secteur n'est pas une histoire belge. Le manque de talent de "vendre" ses valeurs intrinsèques a une dimension mondiale. Je constate que les forums internationaux d'assureurs prennent collectivement et globalement conscience de cette faiblesse tant vis-à-vis du monde politique qu'à l'égard du consommateur. Je conclus ainsi à un appel à une "révolution" culturelle sans frontières dans les domaines de la communication et de l'image. C'est incontestablement un travail de longue haleine. Après près de vingt ans de modernisation législative et réglementaire qui n'a pas facilité la tâche des assureurs, la déréglementation liée au marché unique de l'assurance au 1er juillet 1994 s'est accompagnée d'une "rerégulation" synonyme de complexification et donc à l'origine d'augmentation de plaintes.

Michel Baecker
Administrateur délégué d'Assuralia
(jusqu'au 28 02 07)

De gauche à droite : Josette Van Elderen, Magali André, Nathalie Peetroons, Hans Claes, Bibiane Onsea, Robert Reuter, Sylvie Scheerlinck, Nicole Cottens

| A. EN BELGIQUE |

CPMO

Concertation permanente des médiateurs et des Ombudsmans.
www.ombudsman.be

| B. EN EUROPE |

Réseau FIN-NET

www.ec.europa.eu/fin-net

Les parties au protocole d'accord relatif au réseau FIN-NET exercent leur activité 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 :

Assurances
Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles
Tél. 02/547.58.71
Fax 02/547.59.75
info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

Banques, Bourses, Crédit
Service de Médiation
Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles
Tél. 02/545.77.70
Fax 02/545.77.79
ombudsman@ombfin.be
www.ombfin.be

L'Ombudsman et son équipe

Josette Van Elderen

Assistants

Magali André	Tél. 02/547.57.80
Hans Claes	Tél. 02/547.58.73
Nicole Cottens	Tél. 02/547.57.70
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

Josette Van Elderen

Magali André

Hans Claes

Nicole Cottens

Nathalie Peetroons

Robert Reuter

Sylvie Scheerlinck

Bibiane Onsea

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

1/3 1. INTRODUCTION

2/9 2. INTERVENTIONS LEGISLATIVES

2/11 A. L'entrée en vigueur de la loi sur les catastrophes naturelles

2/17 B. La loi du 24 août 2005 visant à transposer certaines dispositions de la directive services financiers à distance

2/19 C. L'arrêté royal du 3 octobre 2006 limitant le droit de recours des assureurs en RC Vie Privée

3/21 3. STATISTIQUES ET ANALYSE

3/23 3.1. Aperçu global des plaintes introduites en 2006

3/23 A. Aperçu des plaintes 2002 - 2006

3/26 B. Répartition par groupe et évolution du nombre de plaintes par groupe

3/27 C. Répartition linguistique

3/28 D. Qui introduit une plainte ?

3/29 E. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/30 F. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

3/30 G. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

3/35 3.2. Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

3/35 A. Nombre de plaintes

3/37 B. Qui introduit une plainte ?

3/39 C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/41 D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branches non-Vie ?

3/67 E. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur en branches Vie ?

3/84 F. Quelles sont les plaintes introduites pour discrimination ?

3/97 G. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

3/101 3.3. Plaintes à l'encontre des intermédiaires

3/101 A. Une nouvelle disposition législative

3/104 B. Nombre de plaintes

3/105 C. Qui introduit une plainte ?

3/106 D. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/108 E. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

3/117 F. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

3/119 3.4. Plaintes à l'encontre de Datassur

3/119 A. Nombre de plaintes

3/120 B. Qui introduit une plainte ?

3/121 C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?

3/122 D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur?

3/128 E. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

4/131 4. LISTE DES CAS D'INTERVENTION

5/137 5. RECOMMANDATIONS

5/139 A. Suivi des recommandations

5/139 1. Soins de Santé

5/145 2. Formalités

5/149 B. Recommandations 2006

5/149 1. L'indemnisation des dommages aux véhicules d'une même société

5/153 2. Accidents de travail : forfait d'urgence

5/154 3. Datassur

6/157 6. CONCLUSIONS

7/165 7. RESEAUX DES OMBUDSMANS

7/167 A. En Belgique

7/167 B. En Europe

Nederlandse versie is verkrijgbaar op verzoek

Editeur responsable : Josette Van Elderen
Coordination, concept & photographie :
comma, merkenmarketeers, www.merkenmarketeers.be
Design & impression : Graphic Group Van Damme

D-2007-0377/3

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