OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

Carnet 2008

Carnet 2008

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

APERÇU GLOBAL 2.1

ENTREPRISES D'ASSURANCES 2.2

INTERMÉDIAIRES 2.3

DATASSUR 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ 3.1

ASSURANCE VIE 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

APERÇU GLOBAL 2.1

ENTREPRISES D'ASSURANCES 2.2

INTERMÉDIAIRES 2.3

DATASSUR 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ 3.1

ASSURANCE VIE 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

PRÉFACE

Guichet unique du Service Ombudsman des Assurances : bilan de 2 années d'activité

Après son démarrage et sa montée en puissance, une nouvelle organisation comme le « guichet unique » du Service Ombudsman Assurances atteint généralement sa vitesse de croisière à l'entame de sa troisième année d'activité.

Le moment est donc venu de procéder à une évaluation.
Né de la fusion des 3 services de plaintes existants, le Service Ombudsman a plutôt été relancé dans une nouvelle configuration, fort de toute l'expertise du passé.

L'Ombudsman intervient de manière curative dans les différends individuels, tandis que les autres services (CBFA et SPF Économie) se consacrent désormais entièrement à la surveillance collective et préventive du secteur.

A titre de résolution alternative des litiges (ADR), la fonction d'ombudsman, comme la médiation, est fortement encouragée, à raison, sur les plans national et européen car elle est généralement plus rapide, moins coûteuse, plus informelle et plus conviviale.
À cet égard, il convient également de signaler l'initiative d'Assuralia qui organise à l'appui d'un code de bonne conduite et sous forme d'autorégulation un traitement des plaintes en première ligne entre ses membres.

L'Ombudsman compte par ailleurs un Conseil de Surveillance, véritable clé de voûte de la configuration en « guichet unique », qui est le gardien de son indépendance et de son bon fonctionnement.

Le Conseil de Surveillance a découvert un Service Ombudsman dynamique, a rencontré une Ombudsman enthousiaste, a constaté en particulier une bonne accessibilité et a pris connaissance d'un système interne de surveillance de la qualité auprès de l'Ombudsman.

Autre élément rassurant : le constat de la hausse continue des travaux du Service de l'Ombudsman est le symptôme d'une assertivité de plus en plus grande de l'assuré et de la notoriété accrue du service de plaintes.

PRÉFACE

Il apparaît également que le Service de l'Ombudsman a accompli sa mission sans faille au cours de la période récente de crise économique et financière très mouvementée qui, il est vrai, a moins affecté le secteur des assurances.

Le Conseil de Surveillance reste attentif et proactif, mais discret et sans intervenir dans la gestion du Service de l'Ombudsman. Sa composition équilibrée faite de représentants des divers groupes d'intérêts (consommateurs, intermédiaires d'assurances et assureurs) et des administrations concernées (CBFA et SPF Économie) permet au Conseil de Surveillance de disposer d'une bonne perception du terrain.

A la différence de l'appel répété en faveur d'un renforcement de la régulation, la crise financière récente montre en effet qu'il ne s'agit pas de réguler davantage, mais bien d'améliorer la surveillance du respect de la régulation existante.

Kris BERNAUW
Président du Conseil de Surveillance
du Service Ombudsman des Assurances

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

APERÇU GLOBAL 2.1

ENTREPRISES D'ASSURANCES 2.2

INTERMÉDIAIRES 2.3

DATASSUR 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ 3.1

ASSURANCE VIE 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

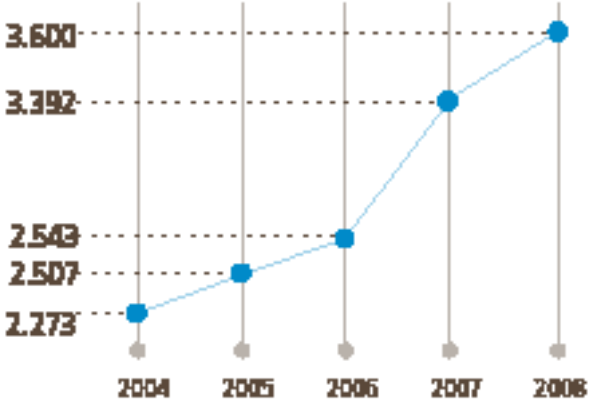
LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

LES PLAINTES EN CHIFFRES

2.1 APERÇU GLOBAL

A. Combien de plaintes ?



En 2008, l'Ombudsman a enregistré **3.600 plaintes**, ce qui représente une augmentation de 208 doléances soit de 6% par rapport à 2007.

L'année 2008 restera marquée dans les mémoires par **la crise financière** qui a bouleversé le monde entier. Fin septembre, des annonces en cascade ont assombri le ciel financier belge. Cette situation a entrainé l'intervention de l'Etat dans le holding Fortis, ensuite Dexia, et puis Ethias, KBC… Ces institutions financières, en manque de liquidités, ont ébranlé la confiance du grand public. Elles sont entrées dans une spirale entraînant une baisse fulgurante de leur valeur boursière.
Cette crise, qui touchait essentiellement les institutions bancaires, n'a cependant pas été sans incidence dans le secteur des assurances.

Les raisons sont principalement de deux ordres.

D'abord, certaines entreprises d'assurances font partie d'un holding financier dont l'activité est la bancassurance et sont donc proches d'une institution bancaire. La même dénomination commerciale crée facilement une confusion dans l'esprit du consommateur.
Ensuite, les entreprises d'assurances proposent des produits d'assurances Vie proches de produits de placement distribués par les institutions bancaires.

En effet, il existe des contrats d'assurances Vie dont les rendements sont liés aux performances boursières (branche 23) et donc aléatoires. Pour certains de ces produits, des entreprises d'assurances garantissaient la protection du capital initial investi par le canal d'une couverture accordée par une banque américaine. Or, cet organisme bancaire étranger (Lehman Brothers) a été contraint de demander un concordat judiciaire. Ces fonds n'étaient dès lors plus cotés en bourse, et ont été bloqués. Coincés, les assurés s'inquiétaient, ils comparaient. Reverraient-ils un jour leur argent ? Et si la société tombait en faillite, quelle serait leur protection ?
Existe-t-il aussi un Fonds de Garantie en cas de déconfiture d'une entreprise d'assurances à l'image de ce qui existe pour les banques en Belgique?[1]

De la même manière, les consommateurs interrogeaient l'Ombudsman sur l'avenir des assurances groupe et des épargnes-pension (pension 2ième et 3ième piliers).

Une foule de questions diverses ont atterri chez l'Ombudsman. Souvent, avant d'introduire une plainte écrite, le consommateur lance un appel téléphonique. Ainsi, l'office de l'Ombudsman a été envahi par des appels téléphoniques où le consommateur, désemparé, cherchait de l'information. Déstabilisé, il demandait des conseils. Inquiet, il voulait être rassuré.
En l'occurrence, l'équipe de l'Ombudsman a informé et tenté de rassurer objectivement le grand public en lui expliquant également les limites de son rôle et de son pouvoir face à une crise d'une telle ampleur.
Mais tous ces appels ne sont pas repris dans les statistiques qui se fondent sur les plaintes *écrites*. En réalité, l'Ombudsman n'a enregistré qu'une vingtaine de réclamations écrites à ce sujet. Il est cependant évident que le contexte économique a influencé le comportement du consommateur et donc la nature des plaintes introduites chez l'Ombudsman.

Outre la crise financière, l'année 2008 a connu une nette avancée dans le monde des assurances. Dans le souci de « mieux protéger le consommateur[2] » et d'ouvrir la porte au dialogue, les entreprises d'assurances ont lancé **de nouvelles règles de conduite pour la gestion des plaintes au sein des entreprises d'assurance**s[3].

Certaines d'entre elles disposaient déjà d'un service d'accueil de plaintes mais, au sein de leur Union professionnelle, Assuralia, la majorité des entreprises d'assurances membres ont décidé de renforcer les mesures relatives au traitement des plaintes en 1ère ligne en adoptant des standards de gestion. Lors d'une conférence de presse tenue au mois de mai[4], ces règles de gestion des plaintes ont été communiquées au grand public.
Après 6 mois, le secteur a analysé la situation en annonçant un coup d'accélérateur. Il traduisait le slogan à la base de cette relance « Mieux vaut un client qui se fait entendre qu'un client qui part sans mot dire »[5]. La nature des

---

1 Voir infra p. 85.
2 P. Wiels, « Six mois après le lancement d'un code de conduite, la gestion de plaintes connaît un coup d'accélérateur », *Assurinfo n°37*, 6 novembre 2008, p. 3.
3 www.assuralia.be; www.ombudsman.as.
4 « Les assureurs renforcent leurs services d'accueil de plaintes – Assuralia lance un nouveau code de conduite », *Communiqué de presse 13/05/2008*, www.assuralia.be.
5 « Six mois après le lancement d'un code de conduite, la gestion de plaintes connaît un coup d'accélérateur », *o.c.*

insatisfactions et des questions sont l'occasion de tirer des enseignements.
Le renforcement de la gestion des réclamations en 1ère ligne a également pour objectif de décharger l'Ombudsman du secteur d'un ensemble de doléances qui peuvent être traitées par l'entreprise elle-même. Il s'agit notamment des retards, des erreurs administratives, de réponses au besoin d'explications et de justifications…

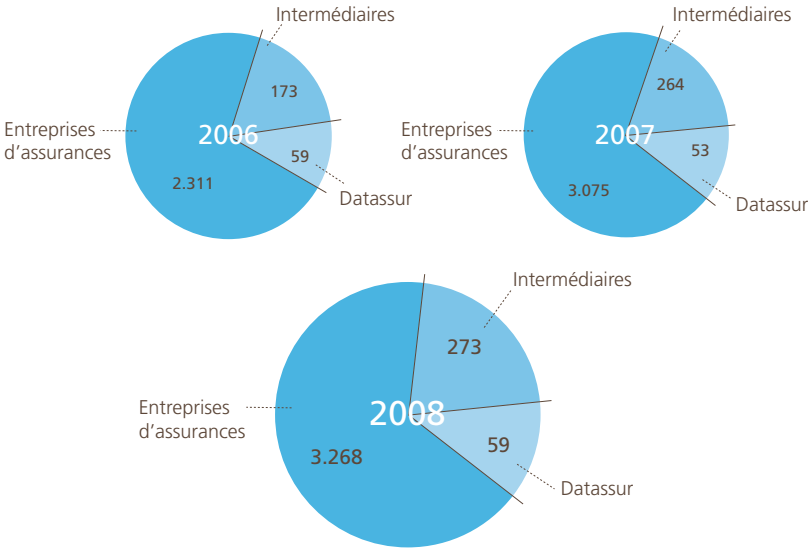
En 2008, il est cependant trop tôt pour évaluer l'impact de ces mesures, encore trop peu connues du grand public, sur le nombre de doléances introduites chez l'Ombudsman des Assurances.

Mais d'où vient alors cette hausse de 6% enregistrée en 2008 ? Comment s'explique-t-elle ?

A la lecture des statistiques, on constate qu'essentiellement deux branches sont frappées par une forte croissance: l'assurance Hospitalisation (+ 22%) et l'assurance Vie (+ 10%).
Elles totalisent une augmentation de 154 plaintes sur le nombre total de hausse de 208 plaintes. C'est le motif pour lequel ces deux branches font l'objet d'une analyse plus approfondie[6].

[6] Voir infra p. 73.

B. Répartition par groupe et évolution du nombre de plaintes par groupe



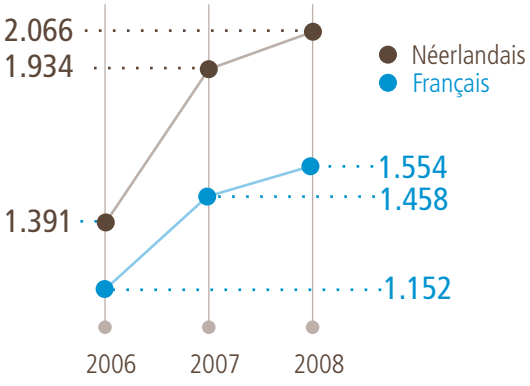
La majorité des réclamations, à savoir plus de 90%, sont adressées à l'encontre des entreprises d'assurances.
Les plaintes à l'encontre des intermédiaires ont faiblement augmenté de ±3%. Elles ne représentent globalement que 7,6% de l'ensemble.
L'Ombudsman a enregistré 6 doléances de plus à l'encontre de Datassur. Le nombre de ces réclamations retrouve ainsi le niveau de 2006.

Le nombre des plaintes relatives à ces deux dernières catégories reste, à l'instar des années précédentes, 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.

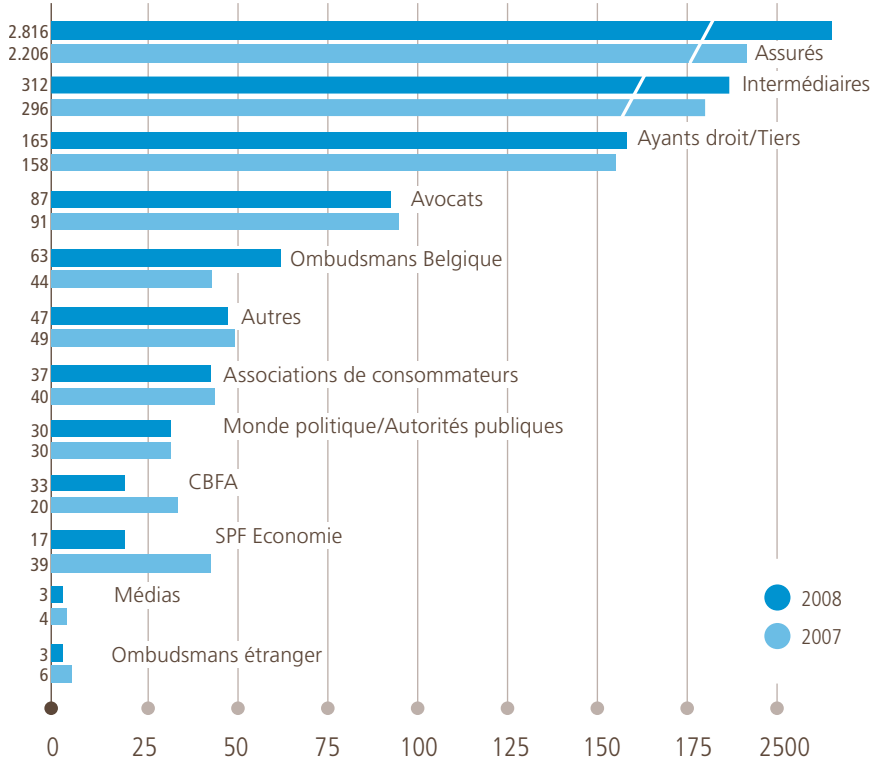
C. Répartition linguistique



Les réclamations introduites par les néerlandophones ont augmenté de 7% et celles des francophones de 5%.

La tendance enregistrée ces dernières années se confirme : 57% des plaintes sont néerlandophones. L'écart entre les deux groupes linguistiques se marque essentiellement dans les branches Vie et Soins de Santé. En 2008, l'Ombudsman a été saisie par de nombreux insatisfaits affiliés à des polices collectives Hospitalisation du rôle linguistique néerlandophone car les contrats avaient fait l'objet de remaniements.

D. Qui introduit une plainte ?

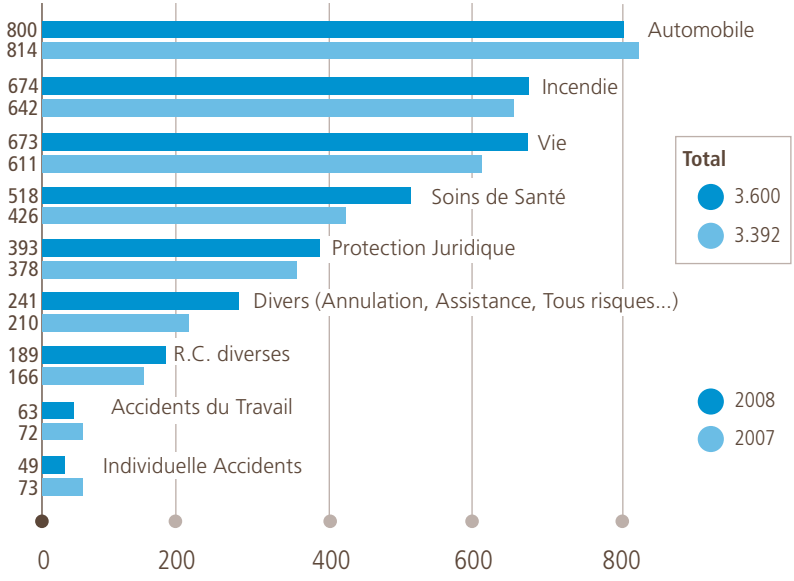


La majorité des plaintes (78%) restent introduites par les assurés et donc par les clients des entreprises d'assurances et des conseillers en assurances.
37 plaintes ont été transmises par le canal de la CBFA ou du SPF Economie soit 50% de moins qu'en 2007.

Dans 66 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 plaignant se trompe de guichet, sa demande est envoyée 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'organe de médiation qu'il recherche[7].

[7] www.ombudsman.be.

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



Globalement, la répartition des doléances entre les branches reste quasi identique.

C'est toujours l'Automobile qui a la plus large part mais elle ne représente plus que 22%. En effet, en 2008, l'Ombudsman enregistre, pour la première fois, une baisse du nombre de plaintes dans cette branche.

Par contre, les branches Vie et Soins de Santé ont nettement augmenté pour représenter respectivement presque 19% et 14%.

L'assurance Incendie suit la tendance générale à la hausse et représente 19% de l'ensemble des doléances. A l'instar de 2007, les branches Protection Juridique et RC diverses représentent 11%.

F. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

Depuis plusieurs années déjà, l'Ombudsman enregistre de plus en plus de plaintes qui relèvent des questions liées à la production des contrats. En 2008, cette tendance se confirme et ces doléances représentent plus de 46%. Ces chiffres traduisent l'évolution du nombre de réclamations enregistrées suite aux adaptations des conditions des contrats et des tarifs des polices d'assurance Hospitalisation[8].

En 2008, 54% des doléances portent sur le règlement des sinistres. La majorité des réclamations portent, comme les années précédentes, sur le refus d'intervention de l'assureur (19%) et sur le montant des indemnités (12%). Il est frappant de constater que les plaintes relatives au défaut de justification aient augmenté de 24%.

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 codification 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 de l'entreprise ou de l'intermédiaire d'assurances n'a pas été réformée.

En 2008, 23% des plaintes n'ont pas fait l'objet de négociations. En effet, sur 3.600 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 815 doléances n'ont pas dû être examinées. La majorité de ces écrits concerne des demandes d'information. L'Ombudsman n'est pas seulement saisie pour régler des litiges. Le consommateur s'adresse de plus en plus à elle afin d'obtenir des informations. Il reconnait l'Ombudsman comme une instance neutre qui peut lui fournir des renseignements en toute objectivité. Depuis plusieurs années, l'Ombudsman, à l'instar des autres Ombudsmans, constate une augmentation de ce type de saisine. Ainsi, en 2008, il représente plus de 16% alors qu'en 2003 il représentait seulement 11%.

Mais l'Ombudsman doit répondre à ce type de saisine en respectant le rôle des acteurs du secteur.
En effet, les conseillers en assurances, les services d'accueil et de gestion des plaintes en première ligne au sein des entreprises d'assurances sont, en principe, présents pour apporter une première aide.
L'Ombudsman va essentiellement orienter sa réponse en raison de la nature de la demande. Elle va renvoyer le consommateur vers les instances concernées ou

[8] Voir infra p. 75.

lui transmettre des informations dans un but de prévention. Les renseignements doivent permettre d'éviter la survenance d'un litige.

Dans le prolongement de ces demandes de renseignements, il y a non seulement les appels téléphoniques mais aussi les consultations spontanées du site Internet de l'Ombudsman et plus particulièrement de la rubrique des questions fréquemment posées « FAQ ».

La portée des demandes d'informations est très large. Mais, sur base des statistiques, l'on constate que les sujets à propos desquels l'Ombudsman est le plus fréquemment interpellée concernent l'assurance Automobile et l'assurance Vie.

En Automobile, il s'agit des problèmes de délai dans la gestion des sinistres, des possibilités de résiliation d'un contrat par l'assuré.
En assurance Vie, les questions portent sur les prestations acquises.
Cette année 2008, marquée par la crise financière mondiale, a cependant été particulière. L'Ombudsman a été assaillie par des demandes, principalement téléphoniques, par lesquelles le consommateur cherchait à s'informer, à être rassuré voire conseillé sur les produits touchés par la crise[9].

Les plaintes enregistrées comme demandes d'information portent sur un problème d'assurances. Dans d'autres cas, le consommateur frappe à la porte de l'Ombudsman alors qu'il ne s'agit pas d'un problème d'assurances. Elle tente alors de l'aider, notamment en le dirigeant vers l'instance concernée. Les concertations entre les Ombudsmans réunis au sein de la CPMO[10] ou FIN-NET[11] sont, à cet égard, également importantes. Ces doléances sont enregistrées comme des plaintes hors compétence tout comme celles qui relèvent de la politique commerciale des entreprises d'assurances, des relations entre intermédiaires et assureurs, des litiges entre entreprises d'assurances, des conflits déjà portés devant les tribunaux, ainsi que toutes les plaintes relevant de la compétence du Fonds des Accidents du Travail.

[9] Voir supra p. 9.
[10] Concertation permanente des médiateurs et ombudsmans.
[11] Voir infra p. 120.

Les plaintes sont-elles fondées ou non fondées ?

	[illegible]
[illegible]	581
[illegible]	180
[illegible]	54

Au 15 février 2009, dans 224 dossiers, l'Ombudsman attend une réponse motivée de l'instance interrogée.

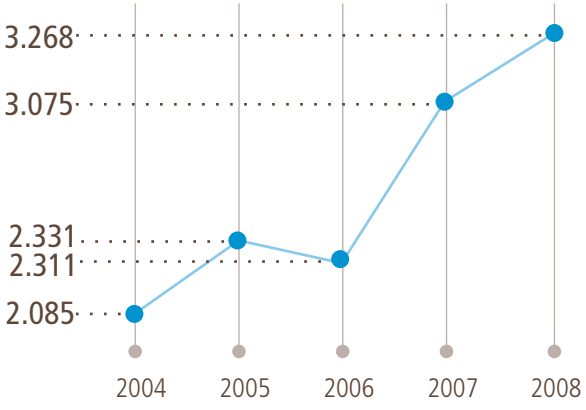
Sur les 2.561 réclamations qui ont fait l'objet d'une enquête, 52% étaient fondées. Cependant, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, l'assuré qui n'a pas obtenu gain de cause, reçoit les explications et les justifications objectives quant au bien-fondé de la position de l'entreprise d'assurances, de l'intermédiaire ou de Datassur. Ainsi, l'Ombudsman pallie un défaut dans la communication et elle reçoit aussi des remerciements car elle enlève, chez le plaignant, le doute, les frustrations, les obscurités…

	2015	[illegible]	[illegible]
[illegible]	51%	54%	52%

LES PLAINTES EN CHIFFRES

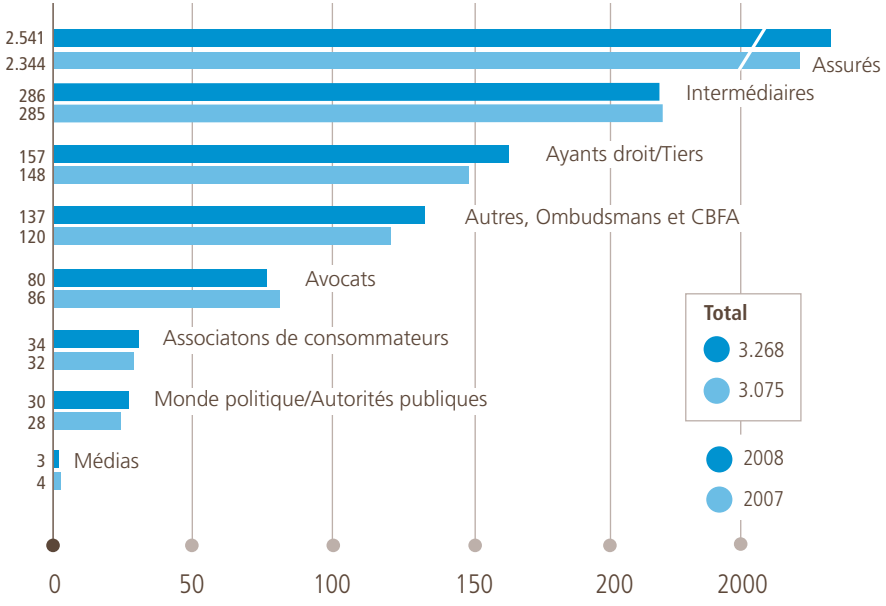
2.2 PLAINTES À L'ENCONTRE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

A. Combien de plaintes ?



En 5 ans, une augmentation de 57% ! Mais, en 2008, les doléances à l'encontre des entreprises d'assurances n'ont connu qu'une croissance de 6% à l'image du pourcentage de hausse globale.

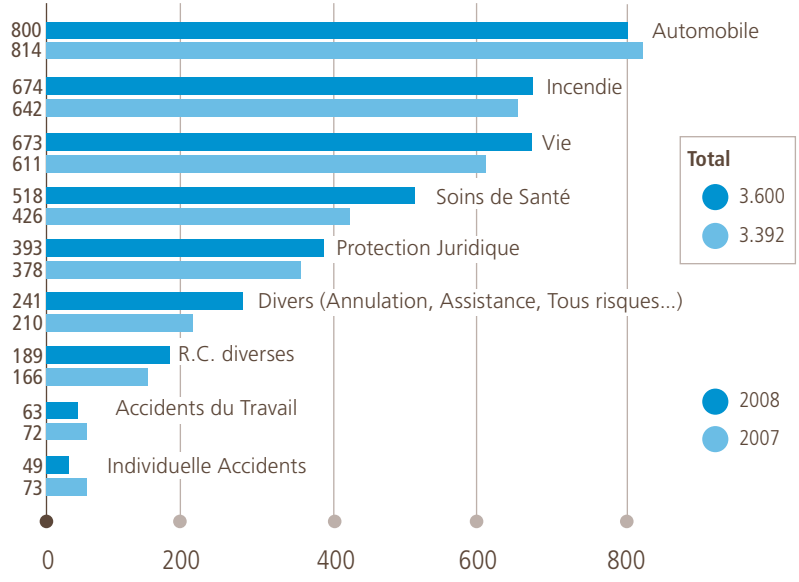
B. Qui introduit une plainte ?



Afin de déterminer la provenance d'une doléance, l'Ombudsman se base sur la lettre de réclamation. Certains assurés ou victimes l'interrogent, informés par les médias, conseillés par un intermédiaire d'assurances, une association de consommateurs, un service d'aide … sans pour autant le mentionner. L'analyse des écrits relève que la majorité des plaintes ont été introduites par les assurés (78%). Lorsque l'on additionne ces plaintes avec celles introduites par les ayants droit, l'Ombudsman constate que ces deux catégories représentent plus de 82% des réclamations dont elle connaît.

Le nombre des doléances présentées à l'Ombudsman par les intermédiaires représente près de 9% et celles introduites par les avocats 2,5%. Le nombre de plaintes introduites par ces deux catégories est quasi identique à celui de 2007.

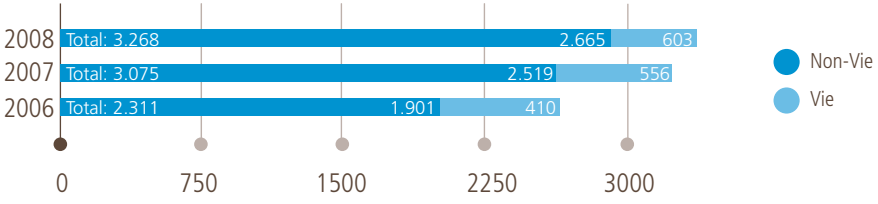
C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?



A l'instar des années antérieures, la majorité des réclamations concerne la branche Automobile qui représente 21%. Cependant, pour la première fois, le nombre des doléances baisse légèrement (-10).

L'Ombudsman constate une croissance plus importante que l'augmentation globale de 6% dans la branche Soins de Santé où la hausse dépasse 22%.

Au fil des années, on enregistre de plus en plus de plaintes pour les assurances Vie. Mais depuis 2 ans, on constate que le pourcentage (19%) qu'elles représentent se stabilise.



L'explication de ces fluctuations se trouve essentiellement dans les raisons pour lesquelles le plaignant est insatisfait : de quoi se plaint-il ? A cet égard, il faut distinguer les motifs des réclamations selon les branches.

D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

Bien qu'en baisse, la majorité des doléances porte sur le règlement des sinistres pour représenter encore 56%. 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.

Globalement, les raisons pour lesquelles le consommateur s'adresse à l'Ombudsman varient d'une branche à l'autre.

- En **assurance RC Automobile**, le consommateur saisit essentiellement l'Ombudsman dans les opérations de production (66%). Un tiers des plaintes porte sur la *résiliation du contrat*. La majorité de ces contestations (63%) concerne des résiliations que l'assuré a introduites et que l'entreprise d'assurances tarde à exécuter. En vertu de la loi[12], la résiliation doit se faire dans certaines formes. A l'analyse des doléances, l'Ombudsman constate que le consommateur a envoyé la lettre de résiliation sans recommandé, ou l'a adressée à l'intermédiaire en assurances, ou n'a pas respecté strictement le délai de trois mois avant l'échéance. Pour alléger les contraintes administratives, des conventions prévoient d'autres modalités de communication[13].
  Sur cette base et grâce à un dialogue constructif, ces réclamations ont souvent pu trouver une réponse positive. En tout état de cause, dans plus de 70% de l'ensemble des plaintes relatives à la résiliation, le problème a été résolu en faveur de l'assuré.
  voir cas 1 p. 25.

[12] Art. 29 et 30 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après L.C.A.T.), M.B., 20 août 1992.
[13] Voir infra p. 61.

CAS 1

LA RÉSILIATION EST-ELLE VALABLE ?

Le 22 avril 2008, monsieur X reçoit une invitation à payer sa prime RC Auto. Le montant de la prime a augmenté.
Aussi, conformément à la loi, l'entreprise d'assurances a mentionné la possibilité de résilier le contrat dans les 3 mois de la réception de la demande de paiement.
Le lendemain, monsieur X adresse un fax à l'entreprise d'assurances pour l'informer de sa volonté de résilier le contrat à la prochaine échéance du 3 mai 2008.

Conformément à la loi, il lui adresse en même temps la confirmation par lettre recommandée.

Un mois plus tard, monsieur X reçoit de l'entreprise d'assurances un rappel de paiement. Etonné, il interroge l'assureur qui lui répond que la résiliation ne peut être acceptée que pour l'échéance du 3 mai 2009 car il a omis de préciser le motif de la résiliation, en l'occurrence l'augmentation tarifaire.

Etonné, monsieur X qui a déjà souscrit une autre police, s'adresse à l'Ombudsman pour être conseillé.

L'Ombudsman reprend les éléments du dossier et les confronte à l'entreprise d'assurances. Cette dernière reconnaît qu'en raison de la modification tarifaire, monsieur X avait la possibilité de résilier directement le contrat.

Elle confirme la résiliation immédiate du contrat à monsieur X, satisfait de pouvoir bénéficier dès 2008 des conditions plus avantageuses du nouveau contrat qu'il a souscrit auprès d'une autre compagnie.

CAS 2

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES D'UNE RÉSILIATION INCORECTE APRÈS UN SINISTRE ?

Suite à un sinistre, l'entreprise d'assurances résilie le contrat RC Auto de monsieur X.
Monsieur X ne trouve plus de couverture et doit s'adresser au Bureau de Tarification qui le couvre moyennant une prime bien plus élevée !

Or, il estime qu'il est en droit dans le sinistre et que, donc, l'entreprise d'assurances ne pouvait résilier son contrat.
Comme l'assureur maintient son point de vue, monsieur X se tourne vers l'Ombudsman.

Interrogée par l'Ombudsman, l'entreprise d'assurances revoit son dossier et reconnaît son erreur. En effet, la résiliation après sinistre d'un contrat RC Auto ne peut être invoquée que lorsque l'assuré est en faute. L'entreprise remet son contrat en vigueur. Cette solution ne convient pas à monsieur X qui, entretemps, a une couverture, par le canal du Bureau de Tarification, auprès d'un autre assureur.

Comprenant la situation de Monsieur X, l'Ombudsman interpelle à nouveau l'entreprise d'assurances. Elle lui demande d'annuler la remise en vigueur et de rembourser à monsieur X la différence de prime.

Après différents échanges, l'entreprise d'assurances suit l'avis de l'Ombudsman à la satisfaction de monsieur X.

CAS 3

L'AUGMENTATION DE LA PRIME EST-ELE FONDÉE ?

Monsieur X déménage et informe son assureur RC Automobile de son changement d'adresse. Il paie sa prime mensuellement et se rend compte qu'elle a augmenté sans qu'il ait reçu la moindre information. Il interroge l'entreprise d'assurances mais malgré différents rappels, il reste sans réponse.

Face à ce silence, il questionne l'Ombudsman qui se tourne vers l'entreprise d'assurances.

L'entreprise d'assurances soulève que monsieur X a déménagé et s'est installé dans un endroit qui présente un risque plus élevé. Sur cette base, le montant de sa prime a été adapté.

L'Ombudsman souhaite vérifier si les règles prévues par la loi en cas d'aggravation du risque ont été respectées[14].

L'assureur reconnaît que, contrairement à ce que la loi prévoit, il n'a pas écrit à monsieur X dans le mois qui a suivi son changement d'adresse pour l'informer de l'augmentation de la prime et de la possibilité qu'il a de résilier le contrat.

L'Ombudsman a pu le convaincre de n'appliquer l'augmentation qu'à la prochaine échéance annuelle.

Monsieur X, parfaitement informé, a ainsi la possibilité de prendre les mesures qu'il souhaite.

[14] Art. 26 L.C.A.T.

CAS 4

QUE SE PASSE -T-IL LORSQU'UNE PRIME MENSUELLE EST IMPAYÉE ?

Monsieur X paie par mensualités la prime de son contrat RC Automobile. L'entreprise d'assurances accepte ce paiement étalé moyennant une domiciliation. Or, au mois de novembre, le solde du compte de monsieur X était insuffisant et l'assureur n'a pas pu percevoir la mensualité. Suite à ce problème, il exige immédiatement le paiement du solde de la prime annuelle.

Monsieur X n'accepte pas cette réclamation et demande à l'Ombudsman d'intercéder.

L'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances. Elle doit constater qu'en effet monsieur X n'a pas respecté les deux conditions à l'octroi d'un paiement mensuel à savoir la domiciliation et le paiement régulier.

Par conséquent, l'entreprise d'assurances est en droit de réclamer le solde de la prime car, selon la loi[15], elle est payable anticipativement. Cependant, en raison des circonstances particulières et exceptionnelles qu'avait rencontrées monsieur X, l'entreprise d'assurances a accepté de reprendre un paiement mensuel à la grande satisfaction de son assuré.

[15] Art. 12 de l'annexe à l'A.R. relatif au contrat type d'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 3 février 1993.

CAS 5

PUIS-JE CONDUIRE MA VOITURE AVEC UNE JAMBE DANS LE PLÂTRE ?

Lors d'un match de volley, monsieur X se casse la jambe droite. Il est propriétaire d'une voiture avec une boîte de vitesse automatique.

Grâce à cette caractéristique, il peut facilement conduire sa voiture avec une jambe handicapée. Prudent, il interroge son conseiller en assurances afin de savoir si son assureur le couvre en cas de sinistre.

Sa demande reste sans réponse. Il décide d'interroger l'Ombudsman.

Sur la base des principes, il faut distinguer les conditions prévues par la loi pour disposer d'un permis de conduire valable de celles requises pour être valablement assuré.

Ainsi, selon la loi, toute personne atteinte d'une blessure qui entraîne une diminution temporaire de ses capacités fonctionnelles doit, dans les quatre jours, rentrer son permis de conduire.
Seul un médecin de l'organisme officiel « Cara » est apte à délivrer une attestation d'aptitude à la conduite.

En matière d'assurances, l'assuré doit prévenir l'entreprise d'assurances de toute aggravation du risque. Le médecin de l'assureur peut estimer la personne apte à conduire et l'assureur peut confirmer sa garantie.

Mais la confirmation par l'assureur de la couverture en assurance Auto ne signifie pas que l'assuré est titulaire d'un permis de conduire valable.
L'Ombudsman se tourne vers l'entreprise d'assurances en lui demandant de répondre au plaignant et de lui faire part de sa décision. Au regard des éléments spécifiques et de la nature de l'aggravation du risque, l'assureur responsabilité civile a confirmé sa garantie.

Cependant l'Ombudsman a, précisé à monsieur X que la garantie Protection Juridique n'interviendrait pas s'il était poursuivi en tant que conducteur d'un véhicule sans être titulaire d'un permis de conduire valable.

CAS 6

UNE OFFRE DE COUVERTURE RÉDIGÉE VIA INTERNET LIE-T-ELLE L'ENTREPRISE D'ASSURANCES ?

Monsieur X doit assurer son véhicule et recherche les meilleures conditions. Ainsi, il demande une tarification sur le site internet d'une entreprise d'assurances.
Il reçoit par e-mail un devis qui reprend les garanties RC et Dégâts Matériels (Omnium).

Sur la base de ce devis, il demande à l'entreprise d'assurances de conclure le contrat. Celle-ci refuse la garantie Dégâts Matériels car la voiture de monsieur X a plus de 8 ans d'âge.

Monsieur X s'insurge car il est en possession d'un devis qui reprend la garantie Omnium et demande l'intervention de l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances sur la base du devis.
Reconnaissant l'absence d'arguments juridiques valables pour justifier son refus, l'entreprise d'assurances accepte de couvrir en Dégâts Matériels. Elle exige, cependant au préalable, qu'un de ses délégués examine le véhicule pour constater son état.

Monsieur X, ravi, accepte cette proposition.

CAS 7

A QUEL MOMENT DÉBUTE UN CONTRAT D'ASSURANCE ?

Monsieur X a conclu un contrat d'assurance globale entreprise qui a pris effet le 1er août 2006. Vu l'enjeu, la prime a fait l'objet de nombreuses négociations qui ont été finalisées le 27 mars 2007. Monsieur X n'est pas totalement satisfait et souhaite résilier son contrat pour la prochaine échéance du 1 août 2007.

A cet effet, il envoie, le 27 avril 2007, une lettre recommandée à l'entreprise d'assurances. L'assureur acte la résiliation au 27 mars 2008 car il estime que la date du début du contrat est celle de la fin des négociations tarifaires soit le 27 mars 2007.

Monsieur X n'accepte pas ce point de vue et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances. Elle lui rappelle le principe légal de l'annalité des contrats[16].
La durée d'un contrat d'assurance ne peut dépasser un an. Or, sur la base de la décision de l'entreprise d'assurances, monsieur X serait tenu pour une période du 1er août 2006 au 27 mars 2008 soit pour 20 mois.

Après de nombreuses discussions, l'entreprise d'assurances a revu sa position et accepté la résiliation pour le 1er août 2007.

[16] Art. 30 L.C.A.T.

CAS 8

LA RECONDUCTION D'UN CONTRAT AUPRÈS DU BUREAU DE TARIFICATION EST-ELLE TACITE ?

Ne trouvant pas d'assurance RC Auto, monsieur X a souscrit auprès du Bureau de Tarification un contrat dont l'échéance est fixée au 22 mai 2008. Il introduit le 7 mai 2008 une demande de prolongation de son contrat.
Le 31 mai 2008, monsieur X a un accident de circulation.
Début juin, le Bureau de Tarification l'informe que l'entreprise d'assurances qui le couvrait jusqu'à présent lui accordera, à partir du 10 juin 2008, sa garantie RC Auto.
Entre le 22 mai 2008 et 10 juin 2008, monsieur X était donc sans couverture. Or, le 31 mai 2008, monsieur X a un accident.

Monsieur X demande au Bureau de Tarification de l'assurer pour la période transitoire afin de combler le vide de couverture mais ce dernier refuse. En effet, monsieur X n'a pas respecté le délai pour le renouvellement de son contrat et par conséquent, il n'est pas tenu de faire la jonction entre les deux polices.

Monsieur X est consterné. Il a demandé le renouvellement bien à temps et certainement avant l'accident puisqu'il l'a introduit le 7 mai. Il s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman analyse le dossier en se référant à la loi[17] qui exclut la tacite reconduction du contrat. Elle prévoit que l'assuré doit demander le renouvellement au Bureau de Tarification au moins 5 semaines avant la date d'échéance du contrat. Si ce délai n'est pas respecté, la demande est considérée comme une nouvelle demande et le Bureau de Tarification a 1 mois pour établir une offre de tarification. Il peut donc y avoir une période de non-assurance entre les 2 contrats.

Monsieur X ne pouvait ignorer ce délai puisque l'entreprise d'assurances lui avait adressé une lettre recommandée de résiliation qui l'informait de la fin du contrat et du délai de 5 semaines.

L'Ombudsman n'a pu que constater que monsieur X avait été négligent et que la position du Bureau de Tarification était juridiquement fondée.

[17] Art. 9bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 8 décembre 1989.

L'entreprise d'assurances a, tout comme l'assuré, la possibilité de résilier le contrat après un sinistre[18]. Mais, pour être valable, la résiliation doit aussi respecter certaines formalités.
voir cas 2 p. 26.

Dans un cinquième des réclamations, le consommateur conteste le *montant* ou le calcul sur la base duquel la *prime* a été fixée.
voir cas 3 p. 27.

Parfois, le consommateur demande un étalement de ses paiements. Il paiera alors semestriellement, trimestriellement ou même mensuellement la prime dont il est redevable. Le non-paiement d'une fraction de primes n'est pas sans conséquences.
voir cas 4 p. 28.

Par ailleurs, lors de la souscription du contrat, le candidat-assuré a obligation de communiquer tous les éléments susceptibles d'influencer le risque[19]. Cette obligation d'information subsiste durant toute la vie du contrat et peut donc entrainer une augmentation de la prime.
voir cas 5 p. 29.

L'Ombudsman a enregistré également des plaintes issues de difficultés rencontrées lors de la *souscription de contrats*. Les questions portaient sur la réalisation du contrat, sur le moment de sa souscription, sur les modalités et les conséquences de la souscription par internet.
voir cas 6 p. 30. et 7 p. 31.

Dans certains cas, aucune des entreprises d'assurances du marché n'accepte de couvrir le risque. S'agissant d'une assurance obligatoire, le Bureau de Tarification Automobile donnera couverture, sous les conditions qu'il fixe, pour une durée d'un an. Si le consommateur veut prolonger la couverture, il doit, à la différence des polices classiquement souscrites auprès d'une entreprise d'assurances, en demander expressément la prolongation.
voir cas 8 p. 32.

Lorsque le plaignant interpelle l'Ombudsman suite à un sinistre, c'est principalement parce qu'il estime que le *délai* dans lequel son dossier est géré est trop *long*. C'est essentiellement le cas en RC Automobile où les doléances introduites pour ce motif représentent 30% des réclamations relatives à la gestion des sinistres de cette branche.

Les retards peuvent avoir des origines diverses : la partie adverse est inconnue, le véhicule responsable de l'accident est un véhicule volé, la convention RDR[20] ne peut s'appliquer, l'expert tarde à rentrer son rapport, un véhicule étranger est impliqué dans l'accident…

---

[18] Art. 31 L.C.A.T.
[19] Art. 5 L.C.A.T.
[20] Convention qui accélère la gestion des sinistres automobiles appelée Règlement Direct/Directe Regeling.

L'analyse des raisons du retard conduit souvent à établir que c'est la nécessité de prendre connaissance du dossier répressif auprès du parquet qui en est à l'origine. Or, les délais pour l'obtenir auprès de certains parquets sont incroyablement longs. La transposition en droit belge de la 5ème directive européenne[21] devait relancer le projet « TRANS PV » dont la réalisation est attendue par le secteur depuis des années[22]. En effet, cette directive établit l'obligation de créer, dans tout Etat membre, un organisme chargé de centraliser les procès-verbaux d'accidents de roulage pour que les victimes et les assureurs y aient plus facilement accès. Assuralia a, de son côté, inscrit le projet « TRANS PV » régulièrement sur la liste des demandes transmises au gouvernement. Celui-ci n'a pas pris de disposition spéciale dans le cadre de la transposition de la 5ème directive car il a estimé que les voies actuelles d'accès aux procès-verbaux répondaient aux exigences imposées par l'Europe. Cependant, plus de dix ans après sa première recommandation sur ce point et malgré différentes relances sur la base des plaintes répétitives, l'Ombudsman constate que la réalisation d'améliorations se fait attendre alors que les autorités publiques pourraient et devraient en être le moteur.
Il est vrai qu'actuellement, en raison de l'évolution des moyens informatiques, une possibilité pourrait être l'examen et le développement d'échanges par la voie électronique. Une première étape porterait sur la transmission des demandes d'accès et de leur suivi. Ensuite, les possibilités de consultation des dossiers seraient examinées. Mais la concrétisation de ces objectifs est tributaire de la réalisation de l'ensemble du projet d'informatisation de la justice en Belgique.

Un autre motif pour lequel l'Ombudsman est régulièrement interrogée concerne le *défaut de justification de l'assureur* (24%). Le nombre de réclamations introduites sur cette base a augmenté de 25% en 2008.

En assurance Auto Dégâts Matériels (Omnium), les discussions portent essentiellement sur le *montant de l'indemnité* (27%).

L'Ombudsman, saisie d'une demande qui porte sur le montant de l'indemnité allouée, va se limiter à vérifier si les prescrits légaux et conventionnels ont été respectés. Elle va donc contrôler l'application correcte des franchises, le décompte d'une quittance établie sur la base d'un contrat Dégâts Matériels ainsi que l'application des dispositions fiscales. Mais elle n'entamera pas d'enquête auprès des entreprises d'assurances et ne conseillera pas les assurés ou les victimes sur les indemnités relatives aux dommages pour lesquels les tribunaux octroient des montants variables (chômage et financement du véhicule, dommage suite à une incapacité temporaire ou totale, dommage moral ou esthétique…). Elle les renvoie vers les conseillers en assurances (intermédiaires), les assureurs Protection Juridique et les avocats dont le rôle essentiel est d'assister et de conseiller la victime dans ses prétentions. Cependant, afin d'éviter des discussions excessives ou de rassurer le plaignant, elle peut donner des indications objectives sur les indemnités généralement reconnues.
voir cas 9 p. 35.

---

[21] Dir. 2005/14/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005 modifiant les directives 72/166/CEE, 84/5/CEE, 88/357/CEE et 90/232/CEE du Conseil et la directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs, *J.O.C.E.*, n° L 149 du 11 juin 2005, p. 14.
[22] I. Verbaeys, « Phenix II : résurrection de Trans-PV ? », *Assurinfo n°26*, 23 août 2007, p. 10.

CAS 9

DOIT-ON DÉCLARER L'AGGRAVATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU CONDUCTEUR PRINCIPAL ?

Le 24 novembre 2003, monsieur X, victime d'une crise cardiaque, provoque un accident de la circulation dans lequel il perd la vie.
Il avait souscrit un contrat Dégâts Matériels (Omnium) pour sa voiture. Son épouse, madame X, réclame à l'entreprise d'assurances le remboursement des dégâts.

En raison des circonstances de l'accident, l'entreprise d'assurances réalise une enquête et découvre que monsieur X souffrait du cœur depuis une dizaine d'années.
Or, l'assuré a l'obligation de déclarer toutes les modifications de son état de santé qui sont de nature à diminuer sa capacité de conduire car elles sont susceptibles d'aggraver le risque d'accident[23].

Sur cette base, l'assureur refuse d'indemniser.
Madame X ne peut accepter cette décision et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble des éléments du dossier. Elle constate qu'il est, en effet, établi que monsieur X était souffrant depuis plusieurs années.

Mais elle estime que l'entreprise d'assurances ne peut refuser toute intervention. En effet, la loi prévoit que dans un cas pareil, l'assureur a le droit de diminuer sa prestation de manière proportionnelle.
Elle demande donc à l'assureur de revoir sa position sur cette base.

Convaincue par l'argumentation de l'Ombudsman, l'entreprise d'assurances a indemnisé madame X à concurrence de 55% du dommage.

[23] Art. 26 L.C.A.T.

CAS 10

L'ASSUREUR INTERVIENT-IL LORS D'UN VOL COMMIS PAR DE FAUX POLICIERS ?

Monsieur et madame X ont laissé entrer des policiers qui procédaient à une enquête. En réalité, il s'agissait de faux policiers qui ont profité de leur confiance. En effet, sur la base de leur apparence, monsieur et madame X les ont autorisés à inspecter les chambres. Ils ont profité de cette visite pour dérober des bijoux et des valeurs pour une somme de plus de 80.000 euros.

Dépouillés, monsieur et madame X se sont tournés vers l'entreprise d'assurances qui les couvrait contre le vol.

Sur la base des circonstances, l'entreprise d'assurances considère qu'il s'agit d'un larcin c'est-à-dire un vol par une personne autorisée à se trouver dans le bâtiment.
Or, dans ce cas, le contrat prévoit que son intervention se limite à 1.500 euros.

Monsieur et madame X ne peuvent accepter ce point de vue et s'adressent à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances en reprenant comme argument que le vol a été perpétré par des personnes non autorisées. Il ne s'agit donc pas d'un larcin. L'entreprise d'assurances soumet les arguments de l'Ombudsman à son avocat qui les accepte mais estime qu'il ne s'agit pas d'un vol mais d'une escroquerie. Or l'escroquerie n'est pas reprise dans les garanties du contrat.

Le code pénal définit tant le vol (art. 461CP) que l'escroquerie (art. 496CP).
Selon les définitions de ce code, le vol concerne la soustraction frauduleuse d'objets tandis que l'escroquerie suppose que la victime ait la volonté de remettre ou délivrer les objets qui ont été ensuite dérobés.

Or, monsieur et madame X n'ont jamais voulu remettre, aux policiers, les objets dérobés. Il s'agit donc bien d'un vol au sens du code pénal.

Sur cette base, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprises d'assurances d'indemniser les plaignants.

- En **branche Incendie**, les réclamations relatives aux opérations de production portent principalement sur le *cumul d'assurances* et sur les *résiliations* demandées *par l'assuré*.
  Parmi les discussions relatives à la résiliation, il y a celles qui touchent des polices globales. Certaines entreprises d'assurances ont mis sur le marché des produits offrant des garanties relevant de différentes branches d'assurances telles qu'Incendie, RC Vie Privée et Protection Juridique pour offrir une couverture globale aux consommateurs. Les primes afférentes à cette police globale sont ventilées par branche. Des conflits surgissent sur la possibilité de résilier l'ensemble du contrat lorsque la prime d'un volet de la police augmente.

  Dans le règlement des sinistres, le *refus d'intervention* représente 27% des motifs des réclamations introduites. Le refus d'intervention touche surtout les garanties Dégâts des Eaux et Vol.
  Dans le cadre de la garantie en Dégâts des Eaux, l'assureur refuse d'intervenir lorsque l'origine du dommage n'est pas déterminée. 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 qui a provoqué les dégâts et par conséquent qu'il s'agit d'un cas qui tombe sous le couvert du contrat. Lorsque l'origine est déterminée, elle peut dans certains cas, ne pas faire partie des risques couverts.
  L'assuré a souvent beaucoup de mal 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 lorsque 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 généralement 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.

  L'assureur peut également refuser d'intervenir lorsque la naissance du sinistre est antérieure à la prise d'effet du contrat. Dans certains cas, alors même que l'immeuble a été couvert sans interruption, les deux assureurs refusent d'intervenir.
  C'est le cas du nouvel acquéreur d'un bien immobilier qui constate un dégât des eaux. Il demande l'intervention de son assureur qui constate que l'origine du dommage est antérieure à la date d'acquisition du bien. L'assureur de l'ancien propriétaire refuse, quant à lui, son intervention invoquant la clause libératoire du contrat de vente.

  Dans le cadre de la garantie Vol, des discussions concernent l'étendue de la garantie et plus exactement l'interprétation des cas de vol couverts.
  voir cas 10 p. 36.

Les contestations sur le *montant des indemnités* représentent 28%. Parmi celles-ci, le consommateur refuse l'application de la règle proportionnelle par l'assureur qui estime qu'il y a sous-assurance. Dans d'autres cas, il conteste la déduction d'un pourcentage de vétusté, la dépréciation du bien ou il n'accepte pas le refus d'intervention de l'assureur pour les bâtiments annexes ou les aménagements tels que maison de jardin, mur de terrasse, enseigne…

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 l'association des copropriétaires souscrit le contrat d'assurances qui couvre l'immeuble. Le preneur d'assurance est l'association des copropriétaires 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 parce qu'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. Le syndic est parfois aussi le conseiller en assurances. Comme déjà évoqué antérieurement[24], l'Ombudsman s'interroge sur la compatibilité et la déontologie du cumul des fonctions de syndic et d'intermédiaire en assurances.

Les plaintes relatives au *délai de règlement* ne représentent que 12%. Le faible nombre de ce type de doléances en branche Incendie s'explique notamment par les dispositions de la loi qui prévoient le délai de paiement des indemnités[25]. Mais, quand il y a des retards de règlement, c'est souvent dû à l'attente du dossier répressif que l'assureur souhaite consulter par exemple lors d'un incendie soupçonné d'être d'origine criminelle. Dans d'autres cas, des difficultés sont rencontrées lorsque l'incendie trouve son origine dans la faute d'un tiers et que différents assureurs interviennent. Pratiquement, il n'est pas facile de les réunir tous à une date qui les agrée et encore moins d'obtenir leur consensus sur l'origine et le montant des dommages.
voir cas 11 p. 39.

[24] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 35 et p. 58.
[25] Art. 67 L.C.A.T. Voir également les FAQ Incendie sur le site www.ombudsman.as.

CAS 11

UNE DISCUSSION ENTRE ASSUREURS PEUT-ELLE PÉNALISER LA VICTIME ?

La maison de madame X est endommagée par un dégât des eaux. Il s'agit d'une infiltration par les murs dont la cause se trouverait chez le voisin.
Madame X déclare le sinistre à son assureur Incendie. L'entreprise d'assurances mandate un inspecteur qui conclut qu'il ne s'agit pas de dégâts couverts par le contrat. Il faut donc qu'elle se retourne vers le propriétaire et le locataire de l'immeuble voisin. Leurs assureurs désignent des experts qui se rendent sur les lieux pour fixer contradictoirement l'origine et l'ampleur des dommages.

Malheureusement, ils ne peuvent se mettre d'accord et les deux entreprises d'assurances refusent leur intervention.

Face au refus de l'ensemble des assureurs, madame X, mécontente, interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman vérifie d'abord si son propre assureur ne doit pas l'indemniser. Elle prend connaissance des conditions générales et doit conclure que la cause du sinistre ne rentre pas parmi les cas couverts par l'assureur Incendie de madame X.

L'Ombudsman va alors se tourner vers les assureurs du propriétaire et du locataire afin d'examiner les dossiers. La discussion sur la cause est essentiellement technique ; elle ne peut dès lors pas se prononcer.

Mais, en tout état de cause, madame X doit être indemnisée.

Or, les entreprises d'assurances du propriétaire et du locataire se sont engagées à ce que les discussions entre elles ne puissent pas préjudicier à la victime[26].

Sur cette base, l'Ombudsman demande à chaque assureur d'intervenir pour 50% des dégâts occasionnés à l'encontre de madame X.

Les assureurs acceptent, à la grande satisfaction de madame X.

[26] Art. 2.3 du code de bonne conduite de l'entreprise d'assurances, www.assuralia.be.

- En **assurance Vie**, l'Ombudsman a reçu 603 plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances. Elle a enregistré une hausse de 8%.

Si les branches d'assurance Vie ont été touchées par la crise financière mondiale, le nombre des plaintes écrites introduites chez l'Ombudsman dans cette catégorie n'a guère été influencé. La part de 19% qu'enregistrent les doléances en assurance Vie est restée quasiment inchangée par rapport à l'ensemble des réclamations enregistrées.

Mais, en 2008, l'Ombudsman constate un certain nombre de glissements. Ainsi, le nombre de plaintes portant sur des assurances Vie liées à des fonds de placements (branche 23) a doublé par rapport à l'année précédente. Néanmoins, malgré l'enregistrement de leur première baisse, les réclamations relatives aux assurances Vie à rendement garanti (branche 21) constituent toujours le groupe le plus important.

	2007	2008
Vie individuelle (Branche 21)	405	378
- Classique / Universal Life	-	295
- Solde Restant Dû	-	65
- Assurances funérailles	-	18
Assurance groupe	72	93
Branche 23	39	89
Garanties complémentaires	22	23
Emprunt hypothécaire	18	19
Branche 26	-	1
Total	**556**	**603**

L'Ombudsman est interrogée par les plaignants pour lesquels les principaux motifs d'insatisfaction portent sur la valeur de rachat, le montant de la réserve acquise et le défaut d'information.

Tout comme par le passé, une large part des plaintes en assurance Vie ont trait aux *opérations de rachat*. Ces doléances représentent 17%.
Dans les assurances de la branche 23, les plaintes portent sur la différence de valeur entre la date de la demande et l'exécution effective du rachat. Le consommateur perd souvent de vue les modalités du contrat qui peuvent prévoir quelques jours ou une semaine de délai en se référant notamment à la cotation suivante du fonds.

Dans les assurances groupe, les assurés ignorent souvent la règlementation[27] qui, en principe, interdit tout rachat avant le 60ème anniversaire de l'affilié. Par contre, il y a une baisse des insatisfactions liées aux opérations de rachat dans les assurances de la branche 21. Le consommateur serait-il mieux informé de la structure générale des coûts et des frais qui peuvent y être liés ?

Les plaintes relatives au *montant de la réserve acquise* ont augmenté en 2008 et principalement en branche 23. Dans cette branche, une réclamation sur 3 portait sur le montant de la réserve acquise. La majorité de celles adressées à l'encontre des entreprises d'assurances belges ont un lien avec la crise financière et les problèmes engendrés par la situation de Lehman Brothers aux Etats-Unis[28].
Durant l'année écoulée, l'Ombudsman a connu plus de demandes d'intervention à l'encontre d'entreprises étrangères proposant des polices de la branche 23 à des consommateurs belges sans respecter toujours les dispositions de la législation belge.

Le code de bonne conduite relatif à la publicité et à l'information sur les assurances Vie individuelles est entré en vigueur en 2007[29]. Les acteurs du secteur ont adopté ce code en y intégrant les remarques formulées par l'Ombudsman et Test-Achat[30]. En 2008, l'Ombudsman a été interpellée pour la première fois sur l'application de ce code de conduite.
Ainsi, elle a reçu des réclamations portant sur un déficit de communication, un conseil peu éclairé, voire mauvais, qui mettent généralement en cause également l'intermédiaire. Certaines plaintes concernaient une information donnée par un conseiller en assurances qui promettait un taux d'intérêt plus élevé que le maximum légal de 3,75%. A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman a constaté que l'intérêt était garanti pour une période inférieure à 8 ans, et donc en conformité avec ce que la loi autorise.
Dans les faits, cette information était adressée à des conseillers professionnels mais certains l'avaient transmise telle quelle à des consommateurs.
L'entreprise d'assurances saisie du problème a d'ailleurs pris les mesures nécessaires pour qu'à l'avenir, le délai de la garantie soit clairement mentionné, y compris dans la publicité destinée aux intermédiaires.

Les nombreux appels téléphoniques reçus durant la crise financière avaient également pour objet la publicité ainsi que le défaut ou la mauvaise information.

En branche 23, le consommateur estimait ne pas avoir été suffisamment mis en garde sur le risque potentiel qu'il encourait. Il s'agit notamment des doléances pour des produits à capital garanti par Lehman Brothers.

La gestion des assurances Vie englobe une catégorie spécifique d'assurances Vie liée aux prêts hypothécaires. En effet, la plupart des organismes prêteurs

---

[27] Art. 27 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, *M.B.*, 15 mai 2003.
[28] Voir infra p. 85.
[29] www.assuralia.be.
[30] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances* p. 88-91; S. Bogaert, « Code de bonne conduite relatif à la publicité et à l'information : nouvelles précisions », *Assurinfo n° 2*, 15 janvier 2009, p. 7.

CAS 12

L'ASSURANCE SOLDE RESTANT DÛ EST-ELLE CONCLUE VALABLEMENT ?

Monsieur X achète une nouvelle maison. Il finance son achat par un prêt et par le produit de la vente de son appartement. Afin de garantir le prêt, il doit souscrire une assurance Solde Restant Dû. A cet effet, il interroge une entreprise d'assurances qui lui transmet une offre. Le notaire est mis en possession des différents fonds afin de réaliser l'achat. De sa propre initiative, il transmet une partie des fonds au vendeur et 11.693,85 euros à l'entreprise d'assurances pour le paiement de la prime unique de l'assurance Solde Restant Dû.

Quatre mois plus tard, monsieur X déclare qu'il ne voulait pas souscrire ce contrat. L'entreprise d'assurances rembourse la valeur de rachat du contrat et monsieur X perd 3.632,59 euros. Mécontent, il s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances qui l'informe que ce n'est que quelques jours seulement avant la passation de l'acte qu'elle a reçu la demande d'assurance de monsieur X.

Sur la base de cette demande, elle a transmis tous les documents nécessaires au notaire, qui lui a versé le montant de la prime. L'assureur dispose également d'une déclaration du notaire selon laquelle monsieur X est parfaitement au courant du décompte.

Comme l'Ombudsman vérifie aussi si les dispositions légales requises ont été respectées, elle demande à l'entreprise d'assurances de lui procurer le contrat signé par l'assuré qui reprend la couverture et le montant de la prime.

L'entreprise d'assurances n'en dispose pas. Or, la loi prévoit que la preuve d'un contrat d'assurance doit se faire par un écrit signé. La déclaration unilatérale du notaire est insuffisante. De plus, en analysant le texte du contrat, l'Ombudsman relève que le contrat ne prend effet qu'après la signature et le paiement de la prime. Comme la prime n'a été versée qu'à l'initiative du notaire, le paiement n'est pas opposable à monsieur X.

Sur la base de ces vérifications, l'Ombudsman a constaté que le contrat n'a pas valablement été souscrit et a demandé de procéder à son annulation. L'entreprise d'assurances a accepté et remboursé le montant de la prime diminué des frais d'examen médical, tel que la loi l'autorise.

CAS 13

L'ASSUREUR PEUT-IL INTRODUIRE DES EXCLUSIONS LORS DU CHANGEMENT D'UNE ASSURANCE HOSPITALISATION ?

Il y a 10 ans, monsieur X a souscrit une assurance Hospitalisation. Actuellement, il y a sur le marché des polices offrant des garanties plus étendues.
Attiré par ces extensions, monsieur X demande à l'assureur de remplacer son contrat par une police offrant des avantages plus larges. Pour répondre à cette demande, l'entreprise d'assurances désigne son médecin conseil. Après avoir examiné monsieur X, elle propose d'introduire, dans son nouveau contrat, deux exclusions liées à des affections nées durant la période de couverture de l'ancien contrat.

Monsieur X n'accepte pas la prise de position de l'assureur et interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances qui, dans un premier temps, confirme sa position. Elle estime que monsieur X a librement décidé de changer de contrat et que donc, elle peut réaliser ce transfert en y mettant des conditions.

L'Ombudsman ne pouvait accepter ce point de vue et a entamé des négociations avec l'entreprise d'assurances.
En effet, si monsieur X était resté assuré par l'ancien contrat, l'assureur aurait dû intervenir. Cependant son intervention aurait été moins étendue.

Ainsi, l'Ombudsman a pu convaincre l'assureur de maintenir la couverture pour les affections existantes mais en cas d'hospitalisation qui y sont liées, Monsieur X sera indemnisé selon les conditions générales de l'ancien contrat.

Monsieur X a adhéré entièrement à cette solution.

exigent, à titre de garantie sur le prêt, qu'une assurance Solde Restant Dû soit conclue au plus tard au moment de la passation de l'acte notarié.
Or, dans certains cas, les dates de conclusion des contrats ne coïncident pas. C'est le cas notamment lorsque l'assureur n'a pas encore clôturé son enquête sur l'acceptation du dossier car il attend des informations médicales supplémentaires. Dans d'autres cas, la réalisation du prêt est simplement postposée.

Mais comment gérer ces écarts de délai ?
Le conseiller en assurances doit éclairer les candidats-emprunteurs sur le meilleur choix quant à la date de la prise d'effet du contrat d'assurance.
Certains consommateurs estimant avoir été mal guidés, ont saisi l'Ombudsman et contesté la validité de l'assurance Solde Restant Dû.
voir cas 12 p. 43.

- En **assurance Soins de Santé**, l'année 2008 est marquée par une progression de 23% pour atteindre 499 plaintes dont 447 en assurance Hospitalisation et 52 en Revenu Garanti. Cette branche représente 15% des doléances.

  En production, l'Ombudsman a été principalement saisie par des consommateurs inquiets des hausses récurrentes de la *prime* de leur contrat. Ils étaient mécontents de l'augmentation du montant de la prime qui pouvait aller jusqu'à plus de 300% mais ils s'inquiétaient également parce que depuis plusieurs années, ces hausses se répétaient. Pour certains, ces hausses étaient tout simplement impayables.
  D'autres s'étonnaient de voir leur contrat résilié et s'interrogeaient sur la validité de cette *résiliation*.
  Durant l'année 2008, différentes entreprises d'assurances ont procédé à des adaptations des conditions des contrats mais surtout des primes dans le cadre de l'application de la loi dite Verwilghen et du principe anti-discrimination homme et femme.
  Vous trouverez plus d'explications dans la rubrique « En assurance Hospitalisation »[31].
  voir cas 13 p. 44.

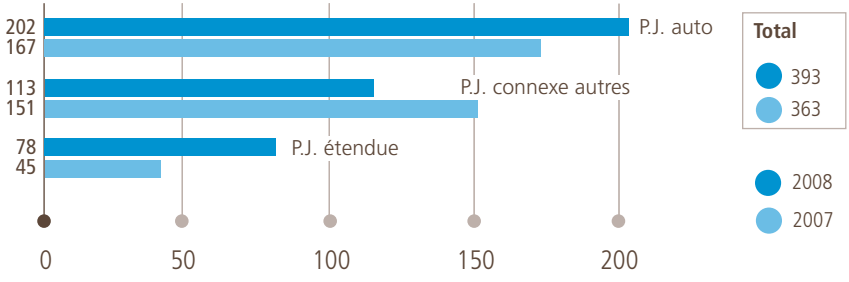
[31] Voir infra p. 75.

Les plaintes relatives aux sinistres ne représentent que 39%. Lorsqu'un assuré interroge l'Ombudsman pour un sinistre lié à une hospitalisation, les principaux motifs qu'il invoque sont le refus d'intervention et le montant de la prestation qui représentent respectivement 48% et 25% de ces doléances.

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.

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 frais de reconstruction après une opération médicalement nécessaire, des traitements d'ostéopathie, d'acupuncture… Les assureurs ne remboursent en principe que moyennant 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 ne peut pas l'accepter car il n'a aucune maîtrise sur les actes médicaux et la manière dont il a été soigné.
En outre, malgré l'intervention de la mutuelle, le contrat peut prévoir des conditions supplémentaires.

- En 2008, l'Ombudsman a reçu 393 doléances en **assurance Protection Juridique** soit une hausse de 8% par rapport à 2007. Cette augmentation vient essentiellement de la Protection Juridique automobile et de la Protection Juridique étendue qui enregistrent respectivement un bond de 21% et de 73%. Par contre, les discussions relatives à la Protection Juridique annexe à un contrat de Responsabilité Civile baissent de 25%.



En assurance Protection Juridique auto, les réclamations qui ont pour objet la *gestion passive* représentent plus de 50%. L'assuré se plaint car il n'accepte pas les délais de traitement de son dossier, il ne se sent pas épaulé par son assureur. Fréquemment, l'Ombudsman relève que la lenteur de la gestion du dossier trouve sa source dans le retard de la communication du dossier répressif[32] ou dans les difficultés liées à un sinistre à l'étranger avec un conducteur étranger. Dans ce cas, le sinistre doit être réglé sur la base des dispositions légales du pays où l'accident est survenu tant sur le plan des responsabilités que de l'indemnisation du dommage. Or, elles sont généralement moins favorables aux victimes que celles établies en Belgique.

Par contre, dans le cadre des garanties Protection Juridique connexe à une assurance Responsabilité Civile non auto ou celles qui prévoient des couvertures étendues, la majorité des doléances concerne le *refus d'intervention*. A la base, le conflit peut déjà provenir tout simplement de l'identification des conditions générales qui sont d'application.
voir cas 14 p. 49.

[32] Voir supra p. 34.

Mais plus souvent, la discussion concerne l'interprétation des conditions générales et en particulier la portée des exclusions, le plafond d'intervention ou encore la notion de sinistre.
Pour ce dernier motif, la question est de déterminer le moment de la survenance du sinistre. Cette discussion a fait l'objet d'une recommandation en 2007[33] qui a permis d'ouvrir le dialogue avec les entreprises d'assurances.
voir cas 15 p. 50.

Par ailleurs, 8% des réclamations dans la branche Protection Juridique sont relatives à *la saisine de l'avocat et au changement d'avocat*. En principe, l'assuré a le droit de changer d'avocat pour des raisons indépendantes de sa volonté telles que le décès, le changement de fonction, l'arrêt des activités… Mais parfois il souhaite désigner un autre conseil pour des raisons différentes qui sont rejetées par l'assureur. Ce dernier ne prendra alors pas les honoraires du second avocat en charge. Face à ces discussions récurrentes, Assuralia et l'Ordre des barreaux francophones et germanophone ont conclu un protocole d'accord qui consacre le principe du libre choix de l'avocat avec la possibilité de changer en cours de procédure à certaines conditions[34].
voir cas 16 p. 51.

L'Ombudsman a également rencontré différents dossiers dans lesquels l'assureur Protection Juridique refuse de prendre l'avis d'un avocat sur la base de la clause d'objectivité car il a déjà mandaté un contre-expert. L'Ombudsman a dû rappeler que la contre-expertise n'empêche pas l'application de la clause d'objectivité mais l'avis de l'avocat doit bien entendu être motivé sur la base d'éléments objectifs.

- En **assurance Annulation**, l'Ombudsman a reçu 68 plaintes. Le motif d'insatisfaction porte principalement sur le *refus d'intervention* de l'assureur.
Il représente 60% des raisons pour lesquelles l'Ombudsman est saisie.
A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman constate que, souvent, les entreprises d'assurances décident rapidement que le motif invoqué par l'assuré n'est pas couvert. Elles estiment que le motif médical était préexistant ou en tout cas que l'assuré aurait pu annuler ses vacances plus tôt.
voir cas 17 p. 52.

[33] « Protection juridique: une définition transparente du sinistre », *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 129.
[34] Art. 3 du règlement du 20 janvier 2003 ratifiant le protocole d'accord entre les assureurs protection juridique affiliés à l'U.P.E.A. et l'Ordre des barreaux francophones et germanophone de Belgique, www.avocat.be. De son coté, le protocole ratifié par l'Ordre des barreaux flamands ne prévoit que le principe du libre choix de l'avocat sans autre précision, www.advocaat.be.

CAS 14

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'APPLICATION ?

Monsieur X, victime d'un sinistre, fait appel à son assureur Protection Juridique afin qu'il l'assiste dans les démarches pour la récupération de son dommage.

L'entreprise d'assurances refuse son intervention en se basant sur une exclusion prévue par les conditions spéciales.
Monsieur X affirme n'avoir jamais eu connaissance de ces conditions spéciales et n'accepte dès lors pas la position de l'assureur.

Mécontent, il s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman se tourne vers l'entreprise d'assurances et lui rappelle le principe en vertu duquel l'assureur doit prouver que les conditions générales et spéciales qu'il applique sont connues et acceptées par l'assuré.
A l'analyse des pièces du dossier, l'Ombudsman constate que l'assureur utilise 3 documents : les conditions particulières, les conditions spéciales et les conditions générales. Les conditions particulières signées prévoient explicitement que les conditions générales sont annexées. Par contre, les conditions spéciales sont mentionnées dans les conditions particulières sans autre précision.

Sur la base de ces arguments développés par l'Ombudsman, l'assureur reconnaît qu'il ne peut pas prouver que monsieur X a pris connaissance des conditions spéciales et les a acceptées.
Afin de trouver une solution dans cette contestation, l'entreprise d'assurances et monsieur X conviennent d'annuler le contrat de commun accord avec remboursement des primes versées.

CAS 15

QUAND Y A-T-IL SINISTRE ?

Monsieur X est propriétaire d'une maison. La commune a mis sur pied un projet de lotissement dans lequel la maison de monsieur X est concernée. En effet, sur la base du projet, sa maison sera grevée par une servitude de passage qui couvrira la moitié de son jardin.

Monsieur X prévient son assureur Protection Juridique et lui demande de prendre en charge l'état de frais et honoraires de son avocat.

L'assureur Protection Juridique refuse d'intervenir car le projet n'a été ni accepté ni publié et n'a donc pas de caractère définitif. Il considère, dès lors, qu'il n'est pas certain que les intérêts de monsieur X seront lésés et qu'il n'y a pas encore de sinistre.

Monsieur X ne peut accepter la position de son assureur Protection Juridique et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances. Entretemps, le conseil communal et la députation permanente ont approuvé le projet. Bien que pour devenir définitive, la décision doive encore être publiée au Moniteur Belge, l'Ombudsman considère que les intérêts de monsieur X sont bel et bien lésés.

Sur la base de ces arguments, l'assureur Protection Juridique a accepté de revoir sa position et de prendre en charge, dès ce stade, les frais et honoraires de l'avocat de monsieur X.

CAS 16

L'ASSUREUR PREND-IL EN CHARGE LES HONORAIRES D'UN DEUXIÈME AVOCAT ?

Madame X, victime d'une erreur médicale, a chargé un avocat de la défense de ses intérêts. Les frais et honoraires sont pris en charge par son assureur Protection Juridique. Malheureusement, madame X, mécontente, décide de changer d'avocat.

Son assureur Protection Juridique refuse de prendre en charge les frais et honoraires de son nouvel avocat car elle ne l'a pas avisé, préalablement, des raisons de ce changement.

Madame X et son second conseil n'acceptent pas la décision de l'assureur Protection Juridique et se tournent vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et prend connaissance de ses conditions générales. Elles mentionnent que l'assuré doit démontrer, au préalable, qu'il existe des motifs fondés pour lesquels il change de conseil.

Mais le principe du libre choix de l'avocat implique qu'il ait le droit, en cours de procédure, de changer d'avocat sans qu'il ne doive supporter les frais sauf en cas d'abus.
Le principe a d'ailleurs été consacré par un protocole conclu entre les assureurs Protection Juridique et les barreaux.
La Commission mixte (assureurs/avocats) de Protection Juridique saisie de cas semblables s'est d'ailleurs prononcée en faveur de l'assuré.

Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman a pu convaincre l'assureur Protection Juridique de prendre en charge l'état de frais et honoraires du second avocat de madame X.

CAS 17

A QUEL MOMENT L'ASSURÉE ÉTAIT AU COURANT DE SA MALADIE ?

En date du 14 mai 2007, madame X réserve un voyage pour le 27 août 2007. Elle souscrit, lors de la réservation de son voyage, une assurance Annulation. En date du 13 juillet 2007, madame X annule son voyage car on lui diagnostique un cancer du sein. L'oncologue de madame X indique dans le formulaire médical destiné à l'entreprise d'assurances que les premiers symptômes de la maladie se sont déclarés le 9 mai 2007.

Sur la base de cette information, l'entreprise d'assurances refuse d'intervenir dans les frais d'annulation. Il est en effet prévu dans le contrat d'assurance que « sont exclues les maladies déjà connues lors de la réservation du voyage ou qui faisaient déjà l'objet d'une plainte ».

Madame X ne peut accepter la position de l'entreprise d'assurances et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance, avec l'accord de madame X, de son dossier médical. Tout d'abord, il ressort d'une attestation de son oncologue, déjà transmise à l'entreprise d'assurances, que le cancer dont souffre madame X a été diagnostiqué fin juin 2007. Ensuite, même si les premiers symptômes sont bien survenus le 9 mai 2007, il n'existait pas, à ce moment, de certitude sur la maladie. De plus, madame X n'a été opérée que le 6 juillet 2007. Vu la gravité de la maladie dont souffre madame X, il est clair que le diagnostic n'a été posé que peu avant l'intervention. Les médecins n'auraient pas attendu 2 mois avant de la soigner.

Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprise d'assurances de la bonne foi de madame X. Elle a revu sa position et pris en charge les frais d'annulation du voyage.

E. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

Sur 3.268 plaintes, 2.530 doléances ont fait l'objet d'une enquête. Celles qui sont clôturées sont fondées à 52%. 22% des réclamations (737) n'ont pas fait

	2006	2007	2008
Fondées	51%	54%	[illegible]
Non fondées	49%	46%	46%

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

En branche **RC Automobile** obligatoire, 58% des plaintes sont fondées. Dans un marché compétitif, le consommateur, fort sollicité par la concurrence, change facilement d'entreprise d'assurances. Les assureurs, quant à eux, souhaitent fidéliser leurs clients. L'Ombudsman enregistre de plus en plus de contestations sur les résiliations introduites par les assurés. Ces contestations sont, pour 62%, fondées.
Les plaintes portant sur le défaut d'information et de justification dans la gestion des sinistres sont fondées pour 63%. L'Ombudsman ne se prononce pas sur les responsabilités d'un accident de la circulation mais elle va vérifier si l'assureur a répondu à tous les arguments invoqués par l'assuré.

En **branche Incendie**, 60% des plaintes qui portent sur le montant de l'indemnité sont fondées lorsqu'elles touchent la garantie de base. Par contre, parmi les réclamations qui portent sur la garantie Dégâts des Eaux, celles qui concernent le refus d'intervention ne sont fondées que pour 42%.

Les plaintes introduites en **assurance Hospitalisation** *collective* portent, pour plus de 50%, sur l'adaptation du montant de la prime. Sur le plan juridique, la procédure suivie était correcte dans la plupart des cas. Cependant, dans 34% des dossiers, le plaignant a reçu une proposition alternative.

En **assurance Vie**, globalement 50% des plaintes sont fondées. En branche Vie à capital garanti, les constatations relatives au refus de paiement du capital ne sont fondées que pour 30%. De même, celles qui portent sur le montant du capital versé ne sont fondées que pour 43%. En assurance groupe, les demandes portent souvent sur un défaut d'information. Dans ces cas, 78% sont fondées.
Les réclamations introduites dans les garanties complémentaires ACRI/ACRA sont fondées pour 66%.

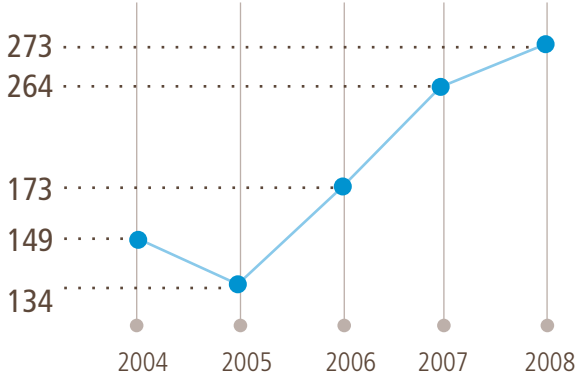
En **assurance Annulation**, 64% des réclamations suite au refus d'intervention de l'assureur sont fondées.

LES PLAINTES EN CHIFFRES

2.3 PLAINTES À L'ENCONTRE DES INTERMÉDIAIRES

A. Combien de plaintes ?

En 2008, l'Ombudsman a reçu **273 plaintes** soit 7,5% de l'ensemble des réclamations introduites auprès de son office. Il s'agit de plaintes éparses et diverses introduites à l'encontre de certains intermédiaires en assurances parmi les 23.000 inscrits et officiellement reconnus par la CBFA.
La majorité des plaintes sont introduites par les assurés eux-mêmes.
Le contact personnalisé de proximité et la relation de confiance qui existent entre l'intermédiaire et son client explique ce faible nombre des doléances. Le conseiller en assurances percevra plus vite le mécontentement, la frustration de son client et pourra, par un contact individualisé, désamorcer le litige.



L'augmentation des demandes à l'encontre des intermédiaires est de 3% par rapport à l'an dernier alors que la croissance globale est de 6%.
L'année 2007 avait connu une augmentation exceptionnelle de plus de 50% qui résultait principalement de la création du guichet unique où la gestion de l'ensemble des plaintes à l'encontre des acteurs du secteur des assurances s'était vue confiée à l'Ombudsman des Assurances alors que dans le passé, il existait deux autres instances compétentes : la CBFA et le SPF Economie.

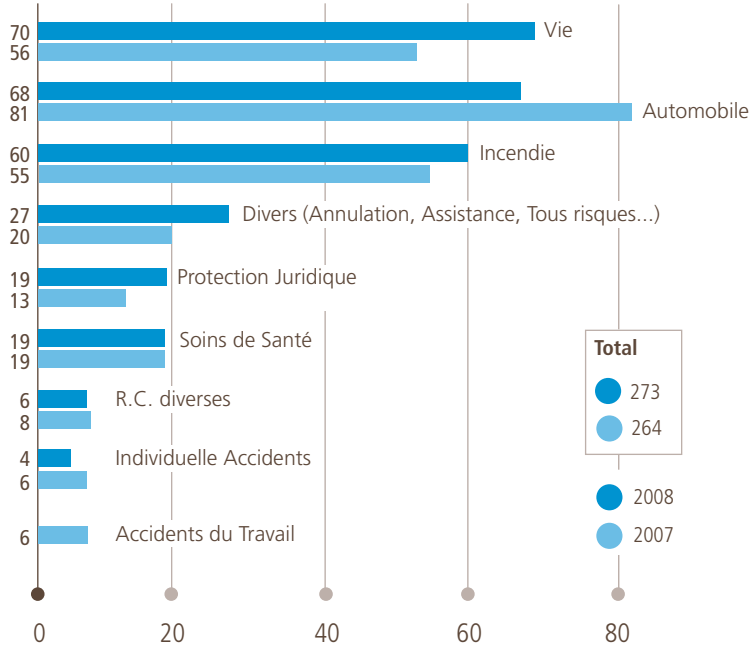
Il faut également souligner une plus grande notoriété de l'Ombudsman dont les coordonnées sont systématiquement reprises sur les fiches d'information obligatoirement utilisées depuis 2006[35] par les intermédiaires lors de la conclusion ou de l'adaptation des contrats.

Le rapport entre les plaintes contre les intermédiaires d'assurances membres d'une fédération professionnelle (FEPRABEL, FVF, UPCA, Brocom) et ceux qui ne le sont pas, reste sensiblement identique à 2007.

	2007	**2008**
Non-membre d'une fédération professionelle	200	**202**
Membre d'une fédération professionelle	64	**71**
Total	**264**	**273**

[35] 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 en réassurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 15 mars 2006.

B. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?



Les doléances relatives aux assurances Vie augmentent de 25% pour représenter près de 26%. Elles excèdent les plaintes en assurance Automobile qui, elles, enregistrent une baisse de 16%.

A l'instar des années précédentes, les réclamations introduites pour la branche Incendie représentent 22%.

C. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?

La majorité des plaintes (65%) portent sur les activités production des opérations d'assurances. Il n'est cependant pas rare que ce soit à l'occasion d'un sinistre que l'assuré soulève un problème qui, en réalité, trouve son origine au moment de la conclusion du contrat.

De nombreux reproches touchent au **devoir de conseil** de l'intermédiaire (courtier ou agent) en assurances. La loi met à charge des intermédiaires d'assurances une obligation de fournir à l'assuré, au moment de la conclusion du contrat, toute une série d'informations[36].
Afin de les aider, les Unions professionnelles ont rédigé des fiches de renseignements types qu'elles ont mis à leur disposition. Ces fiches sont considérées par la CBFA comme une bonne pratique qui satisfait aux obligations légales liées au devoir d'information des intermédiaires. Ces fiches les appuieront également lorsqu'ils devront prouver qu'ils ont transmis l'information correcte et qu'ils ont répondu aux besoins du consommateur[37].

Mais la loi précise également que l'intermédiaire doit déterminer et préciser les raisons qui motivent tout conseil fourni au client quant à un produit d'assurance déterminé[38]. Les avis divergent sur la portée du devoir de conseil. L'intermédiaire doit-il répondre simplement à la demande d'un produit particulier par le candidat-assuré ou doit-il aller plus loin et lui conseiller un produit complémentaire qui pourrait le couvrir plus largement[39]?
voir cas 18 p. 59.

Le devoir d'information de l'intermédiaire d'assurances s'exerce non seulement dans le cadre de la souscription du contrat mais également en cas de modification majeure du contrat.

Lors d'une modification du contrat existant, il y a déjà souvent au départ des difficultés sur la portée voire sur l'existence des demandes de modifications que l'assuré a introduites. Lorsque la preuve de ces demandes ne peut être rapportée, il est difficile et même impossible de vérifier si l'intermédiaire a respecté son devoir d'information.

Pour pouvoir exercer leur activité de conseillers en assurances, les intermédiaires doivent souscrire une assurance qui couvre leur responsabilité professionnelle. Les fautes peuvent être de différentes natures : une négligence, une faute administrative, un conseil erroné …
voir cas 19 p. 60.

---

[36] Art.12*bis*, §1 de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 14 juin 1995.
[37] Voir *Carnet 2006 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 101.
[38] Art. 12*bis*, §3 de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *o.c.*
[39] Paul Bruyère, « Un assuré bien informé en vaut deux », *L'Echo*, 3 janvier 2008, p. 9.

CAS 18

QUELLE EST LA PORTÉE DU DEVOIR DE CONSEIL D'UN INTERMÉDIAIRE EN ASSURANCES ?

Madame X achète un nouveau véhicule et demande à son conseiller en assurances de l'assurer. Il fait le nécessaire pour couvrir le véhicule mais uniquement pour la garantie Responsabilité Civile obligatoire. Quelques mois plus tard, madame X a un accident de circulation et elle est en tort.
Elle doit supporter les frais de réparation des dommages à son véhicule.

Face à cette situation, elle s'étonne que l'intermédiaire ne lui ait pas conseillé de souscrire une assurance Omnium (Dégâts Matériels) alors que sa voiture était neuve.

Mécontente, elle se tourne vers l'Ombudsman.

Afin de disposer de l'ensemble des éléments, l'Ombudsman interroge l'intermédiaire. Ce dernier reconnaît qu'il n'a pas parcouru et rempli la fiche d'informations qui aurait permis de conseiller madame X en tenant compte de ses besoins et de ses exigences. Ce document aurait d'ailleurs permis de prouver les conclusions de leur entretien. Sur la base de cette carence, il propose une solution amiable. L'Ombudsman a tenu compte de deux éléments pour formuler une transaction.

En premier lieu, si madame X avait souscrit une assurance Omnium, elle aurait dû payer une prime d'assurance plus élevée. Ensuite, au moment du sinistre, une franchise aurait également été déduite du montant de l'indemnité.
Le conseiller, dès lors, a proposé de payer la moitié du montant des réparations.
Madame X, satisfaite de cette proposition, a accepté.

CAS 19

QUELLE EST LA RESPONSABILITÉ DE L'INTERMÉDIAIRE EN CAS DE CONSEIL ERRONÉ ?

Afin de garantir leur prêt hypothécaire, monsieur et madame X souscrivent chacun, par l'intermédiaire d'un courtier, une assurance Solde Restant Dû. Quelques années plus tard, ils achètent un appartement et concluent un deuxième prêt hypothécaire. Afin de garantir ce nouveau prêt, ils demandent à leur courtier si les assurances Solde Restant Dû souscrites pour le premier prêt hypothécaire peuvent également être mises en garantie pour ce nouveau prêt.
En effet, monsieur X est gravement malade et il ne peut souscrire une nouvelle assurance Vie. Leur courtier leur confirme par écrit que cette couverture est suffisante et ajoute qu'il fait le nécessaire.

Malheureusement, cinq ans plus tard, monsieur X décède des suites de sa maladie. L'entreprise d'assurances rembourse le solde du premier prêt hypothécaire, mais refuse d'intervenir pour le second prêt hypothécaire car les capitaux sont épuisés.

Sur la base du courrier qu'ils avaient reçu de leur conseiller en assurances, madame X ne peut accepter cette situation. Aussi, elle décide de s'adresser à l'Ombudsman.

L'Ombudsman analyse le dossier et constate, sur la base des conditions générales de l'assurance Solde Restant Dû, que le contrat ne permettait pas de garantir un second prêt hypothécaire. En effet, le capital final prévu était quasi entièrement dû au premier organisme prêteur.

Elle prend contact avec l'assureur RC professionnelle du courtier. L'assureur reconnaît la faute mais estime que monsieur et madame X auraient dû également contrôler les capitaux garantis par leurs contrats d'assurances. Comme le courtier en tant que professionnel doit être au courant de cette matière, l'assureur propose de prendre en charge 80% du dommage. Informée de cette décision, madame X est entièrement satisfaite.

En branche Vie, le consommateur se plaint essentiellement de la mauvaise information qu'il a reçue, au moment de la souscription, sur la nature exacte du contrat et les risques qu'il implique. Les questions habituelles portent sur la garantie du capital et du rendement. Alors même que l'intermédiaire remet la fiche technique relative au produit établie par la compagnie, il doit veiller à ce que la nature du produit corresponde au besoin de son client. Dans le contexte boursier morose de 2008, l'Ombudsman a d'autre part enregistré plusieurs doléances sur le **délai des opérations de rachat** que l'assuré avait introduites pour son ou ses assurances Vie de la branche 23. Le consommateur déçu du montant de capital qui lui est versé reproche à l'intermédiaire d'avoir tardé à faire suivre sa demande auprès de la compagnie. En réalité, comme le cours du fonds de placement a baissé en bourse, la liquidation s'est faite à un indice inférieur.

Par ailleurs, le **contact de proximité** que le conseiller en assurances entretient avec son client, peut entraîner parfois une confusion dans l'esprit de l'assuré. En effet, le consommateur a tendance à considérer le conseiller en assurances comme son seul interlocuteur. Ainsi, il va lui adresser des demandes qu'il devrait en principe directement introduire auprès de l'entreprise d'assurances. Afin d'assister au mieux les assurés, les intermédiaires d'assurances ont ainsi conclu des accords avec les entreprises d'assurances pour faciliter et alléger ces obligations administratives. C'est notamment le cas des résiliations qui peuvent, sous certaines conditions, se réaliser par fax et par e-mail. Afin de pouvoir établir la demande, un contact verbal ne suffit cependant pas. Il faut au minimum un document écrit et signé par l'assuré.

Lorsque la faute d'un intermédiaire est établie, bien que l'**assureur RC professionnelle** soit en principe tenu d'intervenir et de récupérer la franchise, en pratique, le dossier peut se régler sans son intervention. En effet, lorsque les montants en jeu sont limités, l'intermédiaire propose lui-même des solutions amiables dont il supportera la charge soit pour faire bref procès, soit parce que le montant en litige est inférieur à celui de la franchise de sa police d'assurances.

Par contre, lorsque les montants en discussion sont importants, le conseiller en assurances fait, sans reconnaissance préjudiciable, une déclaration à son assureur. L'Ombudsman, saisie d'une plainte, interroge l'intermédiaire. Elle s'adresse, le cas échéant, à son assureur RC professionnelle afin de connaître la suite qu'il réserve au dossier. Comme le plaignant bénéficie d'une action directe, l'Ombudsman lui recommande d'interroger directement l'assureur RC professionnelle. Grâce à son intervention, le plaignant rentre en contact avec l'assureur à l'encontre duquel il dispose d'un recours.
En effet, la plupart des consommateurs ignorent l'existence de ce droit et même s'ils le connaissent, ils éprouvent des difficultés à identifier l'assureur RC professionnelle de l'intermédiaire.

Le cas particulier de l'assurance Annulation
L'Ombudsman enregistre une augmentation des réclamations dans cette branche. A l'analyse des doléances, elle constate que l'assuré a mal perçu la portée des conditions du contrat qu'il a conclu. La question est de savoir s'il a été bien conseillé ou même tout simplement bien informé. Or, ces contrats sont souvent vendus par des agences de voyages qui ne sont pas soumises au devoir de conseil prévu par la loi sur l'intermédiation.
La loi présente sur ce point une *lacune*. Le législateur a sans doute estimé que l'assurance Annulation ne constituait qu'un simple accessoire à la vente d'un contrat de voyage, ne nécessitant qu'une réponse par « oui » ou par « non » du client. Or, de plus en plus de Tour Operators proposent, avec leurs catalogues, plusieurs formules d'assurance Annulation aux garanties plus ou moins étoffées dont les différences doivent pouvoir être expliquées. Parfois même, le vendeur devrait pouvoir conseiller le produit le plus approprié en raison de l'état de santé préexistant de certains clients. Il devrait par conséquent les diriger vers une entreprise d'assurances proposant des formules avec des couvertures plus étendues.

Lorsqu'un consommateur se plaint de la gestion des sinistres, il reproche principalement le **manque de suivi ou d'informations** sur l'évolution de la gestion du dossier. Il critique aussi le premier avis émis sur les responsabilités au moment de la réception de la déclaration et qui, par la suite, est contesté. Comme les années précédentes, plusieurs plaintes concernent des intermédiaires qui gèrent entièrement les sinistres pour le compte des entreprises d'assurances. Les motifs invoqués sont ceux qui sont généralement adressés aux entreprises d'assurances elles-mêmes.

Dans quelques cas, l'Ombudsman a dû intervenir parce que l'intermédiaire n'avait pas transféré l'**indemnité** qu'il avait perçue de l'entreprise d'assurances. Lorsque la situation est bloquée et que l'assuré n'a pas donné de mandat pour la percevoir, l'Ombudsman demande à l'entreprise d'assurances de verser directement l'indemnité au bénéficiaire sans attendre le résultat des démarches pour la récupérer auprès du conseiller en assurances, comme prévu légalement [40].

[40] Art. 13 L.C.A.T.

D. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

	2006	2007	2008
Fondée	53%	53%	56%
Non fondée	47%	47%	44%

En 2008, le nombre de plaintes fondées a connu une légère hausse à 56% (mais seulement 53% des plaintes à l'encontre d'un intermédiaire d'assurances membre d'une fédération professionnelle), alors qu'en 2007, elles étaient fondées à 53%.

C'est en **branche Auto** qu'il y a le plus de plaintes fondées (67%). En **branche Vie**, les réclamations fondées représentent 60%, essentiellement pour les motifs relatifs à l'aptitude professionnelle et au code de déontologie. Par contre, en **branche Incendie**, 45% des plaintes sont fondées.

Lorsque le consommateur invoque l'absence de respect du code de déontologie, majoritairement en branche Vie (dans un cas sur deux), 70% des plaintes sont fondées. De même, lorsque la plainte porte sur un problème de payement, que ce soit de la prime ou d'une indemnité en cas de sinistre, 66% des plaintes sont fondées.

A l'instar de 2007, les plaintes en sinistre restent, pour leur plus grande part, non fondées (55%).

Enfin, au 11 février 2009, 28 dossiers étaient encore ouverts.

LES PLAINTES EN CHIFFRES

2.4 PLAINTES À L'ENCONTRE DE DATASSUR

Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Il enregistre les données que les entreprises d'assurances lui communiquent à la suite de la résiliation d'un contrat sur la base de critères objectifs comme le non-paiement de la prime, la sinistralité ou la fraude établie.

L'Ombudsman intervient comme instance d'appel en cas de plaintes concernant les données reprises dans le fichier « Risques spéciaux » ou fichier RSR, géré par Datassur.

A. Combien de plaintes ?

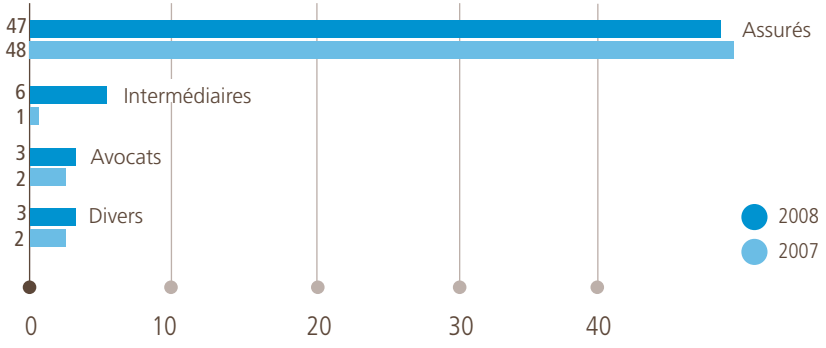
	2006	2007	**2008**
Enregistrements dans le fichier RSR	47.650	49.650	**50.975**
Demandes de rectifications dans le fichier RSR	324	280	**340**
Demandes introduites auprès de l'Ombudsman	59	53	**59**

En 2008, l'Ombudsman a reçu 59 demandes d'intervention relatives à des enregistrements dans le fichier RSR de Datassur. Bien qu'il y ait une légère augmentation par rapport à 2007, d'année en année, le nombre de plaintes demeure relativement stable. Parmi les 59 demandes, le nombre de réclamations qui ont fait l'objet d'une enquête par l'Ombudsman en tant qu'instance d'appel est également similaire. Ainsi, en 2008, l'Ombudsman est intervenue dans 24 dossiers contre Datassur. En 2007, le nombre de dossiers s'élevait à 21[41].

Globalement, le nombre de doléances introduites auprès de l'Ombudsman reste cependant limité par rapport au nombre total des enregistrements (50.975 en 2008) et des demandes de rectification (340 en 2008) dans le fichier RSR de Datassur. Malgré la hausse du nombre d'enregistrements et des demandes de rectification auprès de Datassur, le nombre de dossiers introduits auprès de l'Ombudsman n'a pas augmenté dans la même mesure.

[41] Voir infra p. 70.

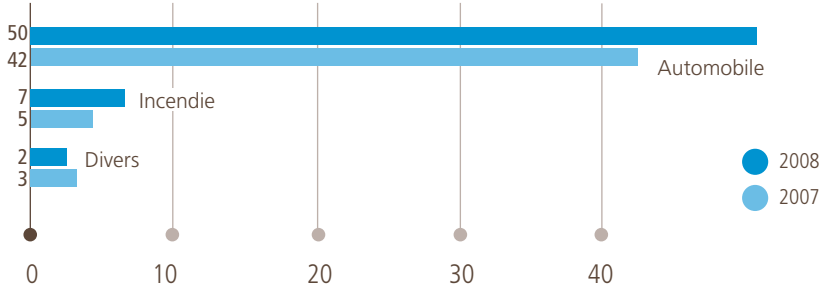
B. Qui introduit une plainte ?



Comme il subit directement les conséquences de l'enregistrement, c'est l'assuré lui-même qui, dans 80% des cas, prend l'initiative d'introduire une plainte.

Par ailleurs, les intermédiaires ont, au nom de leurs clients, introduit d'avantage de doléances en 2008 qu'en 2007 (6 au lieu de 1).

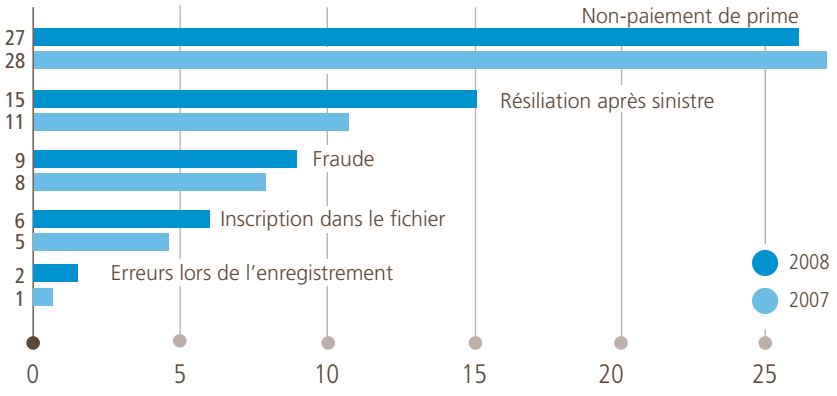
C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ?



Comme l'Ombudsman l'a constaté par le passé, la majeure partie des doléances introduites à l'encontre des inscriptions dans le fichier RSR de Datassur porte sur l'assurance RC Automobile obligatoire.

En 2008, le nombre de réclamations enregistrées en assurance Auto représente 85%, soit une légère augmentation. L'Ombudsman enregistre la même tendance en Incendie.

D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ?



Comme en 2007, le consommateur a essentiellement pris contact avec l'Ombudsman pour contester un enregistrement dans le fichier RSR de Datassur pour le **non-paiement de la prime**. Le nombre de plaintes est resté quasi identique par rapport à l'année précédente: 28 en 2007 et 27 en 2008, soit 46% du nombre total de plaintes à l'encontre du fichier RSR de Datassur. L'Ombudsman a procédé à l'examen plus approfondi de 13 de ces réclamations[42]. En effet, une telle inscription peut être annulée lorsque l'assuré fait preuve « d'une bonne foi manifeste »[43]. Mais qu'entendre par « bonne foi » ? Cette notion donne lieu à différentes interprétations. Ainsi, comment appliquer ce principe lorsque l'assuré se trouve en situation de médiation de dettes ?

Par ailleurs, l'Ombudsman a été saisie de plaintes où l'assureur réclamait des primes alors que le contrat n'avait pas été valablement conclu. Il s'agissait souvent de cas où l'assureur avait fait une offre sans que le plaignant y ait donné suite. Néanmoins, l'assureur le poursuivait en paiement de la prime.
En cas de non-paiement de cette prime, l'assureur demandait l'enregistrement dans le fichier RSR de Datassur. Lors de l'examen de tels dossiers, l'Ombudsman vérifie si les formalités relatives à la conclusion du contrat ont été respectées. A défaut, elle demande l'annulation de l'inscription de la personne concernée.
voir cas 20 p. 71.

[42] Voir infra p. 70.
[43] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 64.

L'enregistrement pour **résiliation après sinistre** a connu une légère augmentation en 2008 passant de 11 plaintes en 2007 à 15 en 2008 soit 25%. 6 plaintes seulement ont fait l'objet d'un examen plus approfondi[44].
Dans un certain nombre de doléances, l'Ombudsman a constaté que l'assureur avait procédé à l'inscription pour résiliation après sinistre, alors qu'il n'avait pas utilisé son droit de résilier après sinistre. La résiliation s'est en réalité faite à l'échéance. Or, depuis 2003, Datassur a émis de nouvelles directives qui n'autorisent pas d'enregistrement de telles résiliations[45]. L'Ombudsman a dès lors demandé l'annulation de l'inscription.

En 2008, l'Ombudsman a reçu 9 plaintes suite à l'enregistrement pour **fraude**. Comme les années précédentes, l'Ombudsman constate que le consommateur accepte difficilement que son enregistrement soit conservé pendant une période de 10 ans.

Enfin, en 2008, l'Ombudsman a également été saisie par des consommateurs qui réclamaient une indemnité après avoir obtenu la suppression de leur enregistrement dans le fichier RSR de Datassur. En réalité, lorsque l'inscription auprès de Datassur est annulée, la mission de l'Ombudsman s'achève. Par contre, un tribunal peut fixer une indemnité compensatoire dont les montants peuvent varier[46].
Dans de tels dossiers, l'Ombudsman a néanmoins souligné au plaignant qu'il avait la charge de la preuve et qu'elle était contraignante. En effet, l'assuré doit démontrer que l'assureur et/ou Datassur a commis une faute, qu'il a subi un dommage et que le dommage résulte de la faute commise. Récemment encore, le tribunal s'est prononcé sur une telle demande d'indemnisation[47]. Il a estimé qu'aucune faute n'avait été démontrée: « *Le fichage dans le fichier RSR géré par le GIE Datassur s'inscrit dans une pratique normale et reconnue et n'est donc pas abusif. Il permet aux futurs assureurs du preneur de contrôler la véracité des informations que ce dernier est légalement tenu de fournir.* » Dans sa décision, le tribunal a confirmé également que le dommage subi par l'enregistrement n'était pas démontré étant donné que « *le consommateur a trouvé sans difficulté une autre assurance* ».
En réalité, la preuve du dommage est difficile à rapporter. L'indemnisation devrait compenser une prime plus élevée que l'assuré a dû payer car le risque a été souscrit sous la mention du fichage.
Face à ces difficultés, une proposition de loi a été déposée au parlement[48]. Elle prévoit (art.14) le paiement d'une indemnité forfaitaire de 5.000 euros par le gestionnaire du fichier en cas de fichage à tort sauf le cas « *d'erreur manifeste ne portant pas préjudice aux droits de l'intéressé*. » Mais cette proposition sera-t-elle transposée en texte de loi et comment, en l'occurrence, le sera-t-elle ?

[44] Voir infra p. 70.
[45] Voir *Rapport Annuel 2003 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 44.
[46] Voir supra p. 34.
[47] Trib. Bruxelles, 25 avril 2008, *Bull. Ass – De Verz.* 2008, n° 364, p. 243, obs. C.-A. van Oldeneel.
[48] Proposition de loi relative à l'encadrement des listes négatives, *Doc. Parl.*, Ch.repr., sess. Ord. 2007-2008, n° 52 0754.

E. Quelle est la solution apportée à la plainte?

	[illegible]	[illegible]
[illegible]	32	35
[illegible]	9	14
[illegible]	12	10

L'Ombudsman intervient uniquement à titre d'instance de recours dans le cadre des plaintes introduites contre le fichier RSR de Datassur. Un assuré mécontent doit s'adresser en premier lieu au gestionnaire du fichier proprement dit. S'il n'obtient pas gain de cause et s'il estime son inscription au fichier erronée, injuste, il peut s'adresser à l'Ombudsman.
Bien que la procédure soit reprise dans la lettre d'information de Datassur ainsi que sur les sites internet de Datassur et de l'Ombudsman, dans 60% des cas pour lesquels l'Ombudsman a été saisie, le plaignant n'a pas respecté cette procédure. Il s'agit essentiellement de plaintes à la suite d'un enregistrement pour non-paiement de la prime (14 doléances), d'une résiliation après sinistre (9 doléances) ou d'une fraude (5 doléances). Dans de tels cas, l'Ombudsman n'analyse pas le dossier, mais elle rappelle la procédure d'usage au plaignant en lui recommandant de s'adresser directement à Datassur.

Par ailleurs, 24 plaintes ont fait l'objet d'une enquête et 58% d'entre elles ont entrainé l'annulation de l'enregistrement.
Parmi ces doléances, 13 concernent l'enregistrement pour non-paiement de la prime et 8 d'entre elles sont fondées. L'assureur a accepté d'annuler la fiche car la prime a été payée. Dans d'autres cas, l'assureur n'a pas pu démontrer qu'il avait reçu un exemplaire signé du contrat ou qu'il avait envoyé la mise en demeure pour le paiement de la prime en respectant toutes les formalités requises.
En outre, 4 des 6 plaintes relatives à l'enregistrement suite à une résiliation après sinistre sont fondées. En l'occurrence, il s'agit essentiellement de dossiers dans lesquels l'assureur avait procédé à l'inscription pour résiliation après sinistre, alors que la résiliation s'est en réalité faite à l'échéance[49].
Enfin, pour les plaintes concernant l'enregistrement pour fraude, il n'y a qu'une plainte fondée.

[49] Voir supra p. 69.

CAS 20

L'ENREGISTREMENT BASÉ SUR UN ENVOI À UNE ADRESSE ERRONÉE EST-IL FONDÉ ?

Monsieur X déménage en France. Il donne en location sa maison située en Belgique et en informe son assureur en lui demandant d'adapter son contrat. Il lui communique, par la même occasion, sa nouvelle adresse en France.

L'entreprise d'assurances enregistre la modification du risque mais envoie l'avis d'échéance à son ancienne adresse en Belgique. Comme elle n'obtient pas le paiement de la prime, elle résilie le contrat et inscrit monsieur X pour résiliation suite au non-paiement de la prime dans le fichier RSR auprès de Datassur.

Monsieur X veut souscrire une assurance Incendie auprès d'un autre assureur qui, lui, refuse car il est fiché chez Datassur.

Entretemps, monsieur X prend contact avec Datassur qui maintient son enregistrement. Mécontent, il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend directement contact avec l'entreprise d'assurances et lui transmet la preuve d'envoi du fax par lequel monsieur X lui a bien transmis son changement d'adresse.

Elle estime que comme l'avis d'échéance a été envoyé à l'ancienne adresse de monsieur X, la résiliation de son contrat pour non-paiement de prime n'est pas valable.
En effet, monsieur X n'a jamais reçu cette demande de paiement.

Sur la base de ces arguments, l'entreprise d'assurances a accepté de supprimer la fiche RSR établie au nom de monsieur X chez Datassur.

Durée du contrat d'assurance

§ 1er. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138*bis*-1, § 1er, 1°, 3° et 4° sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138*bis*-1, § 1er, 2°, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

Art. 138*bis*-4

Modifications tarifaires [illegible] à la demande exclusive du

§ 1er. Sauf accord réciproque des parties, [illegible] cas visés aux §§ 2, 3 et 4, preneur d'assurance, ainsi que dans [illegible] l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture [illegible] que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant [illegible] cord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1er, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt du preneur d'assurance.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation [illegible] date de l'échéance annuelle de la prime [illegible] peuvent être adaptées à la à la consommation. Dans la mesure où [illegible] base de l'indice des prix financière et des Assurances, visée à l'article [illegible] commission bancaire, relative à la surveillance du secteur financier et [illegible] loi du 2 août 2002 ci-après dénommée « la CBFA » y consent en fonction [illegible] d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise [illegible] des financiers, peuvent également être adaptées sur la base de paramètres [illegible] tatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence [illegible] l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution de [illegible] paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. [illegible] l'estime nécessaire, le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou des conditions de couverture peuvent être adaptés en cas de modification du coût réel des prestations garanties ayant une influence [illegible] le coût ou l'étendue des prestations garanties [illegible] circonstances, y compris les modifications légales [illegible] ayant également une influence significative sur le coût [illegible] prestations garanties.

L'adaptation contractuelle ou tarifaire envisagée [illegible] proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation [illegible] prestations garanties et/ou aux circonstances [illegible] tions légales ou réglementaires. Cette modification [illegible] porter que sur les éléments du contrat [illegible] significative de ces événements s'exerce.

Duur van de verzekeringsover[illegible]

§ 1. Onverminderd de toepassing van de art[illegible] 17 en 24 en behoudens in geval van bedr[illegible] kel 138*bis*-1, § 1, 1°, 3° en 4°, bedoelde ziekteve[illegible] sten voor het leven aangegaan. De in artikel 1[illegible] ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden te[illegible] van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer [illegible] is waarop de verzekerde zijn beroepswerk[illegible] definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van arti[illegible] overeenkomsten worden aangegaan voor e[illegible] uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnem[illegible] belang bij heeft.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn nie[illegible] ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bij[illegible] aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levens[illegible]

Art. 138*bis*-4

Wijziging van [illegible]

§ 1. Behoudens [illegible] zijds akkoord van de p[illegible] verzoek van de [illegible] eringnemer alsmede [illegible] vermelde gevallen, [illegible] de verzekeraar, nadat [illegible] overeenkomst gesl[illegible] de technische grond[illegible] de dekkingsvoorwa[illegible] niet meer wijzigen.

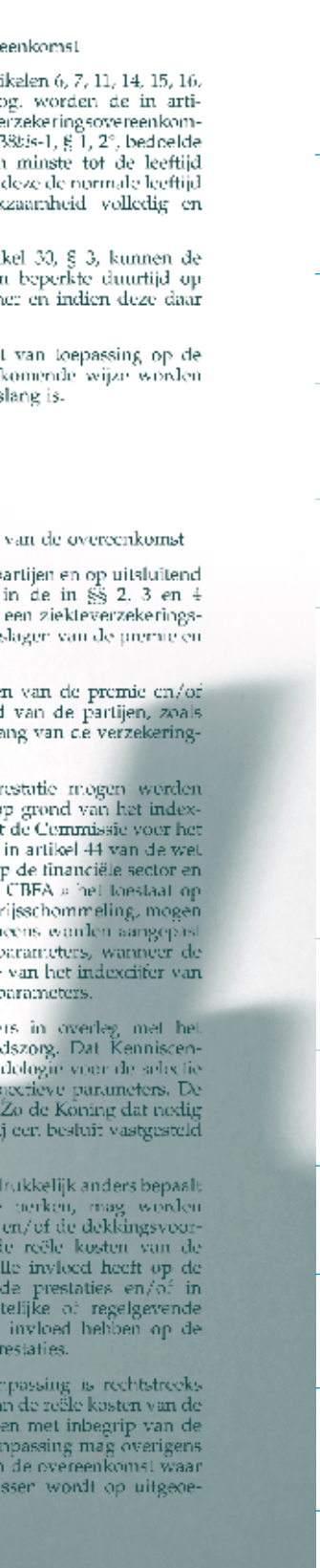
De wijziging van [illegible] echnische grondslag[illegible] dekkingsvoorwaard[illegible] wederzijds akkoor[illegible] bepaald bij het eer[illegible] kan enkel in het bel[illegible] nemer.

§ 2. De pr[illegible] vrijstelling en de p[illegible] aangepast op [illegible] ipticprijzen. In de mate da[illegible] cijfer van de [illegible] n Assurantiewezen, bedoeld [illegible] 2002 betreffende het toezicht o[illegible] Bank-, Fi[illegible] diensten, hierna [illegible] noemen « de [illegible] van [illegible] de vaststelling van een duurzame p[illegible] [illegible] de vrijstelling, en de prestatie evr[illegible] op grond van representatieve en objectieve p[illegible] CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie [illegible] de consumptieprijzen en de evolutie van die p[illegible]

De CBFA bepaalt de objectieve paramete[illegible] [illegible]ederaal Kenniscentrum voor de Gezondhei[illegible] [illegible] onderzoekt de geldigheid van de metho[illegible] [illegible] de berekening van de waarden van de ob[illegible] [illegible]FA berekent die waarden op gezette tijden. [illegible] [illegible] lij de objectieve parameters vast, bi[illegible] [illegible] n de Ministerraad.

[illegible] de verzekeringsovereenkomst uitd[illegible] [illegible] de bij het tweede lid bepaalde [illegible] tot een aanpassing van de premie [illegible] een duurzame wijziging van [illegible] prestaties die een betekenisvo[illegible] omvang van de gewaarborg[illegible] [illegible] n, met inbegrip van de wet[illegible] [illegible] eveneens een betekenisvolle [illegible] [illegible]ang van de gewaarborgde [illegible]

[illegible] contractuele of tarifaire aa[illegible] [illegible]nvang van de verhoging va[illegible] [illegible]aties en/of omstandighed[illegible] [illegible]nde wijzigingen. Die aa[illegible] [illegible] en op de elementen va[illegible] [illegible]d van die gebeurten[illegible]



PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

Aperçu global 2.1

Entreprises d'assurances 2.2

Intermédiaires 2.3

Datassur 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

Assurance Soins de Santé 3.1

Assurance Vie 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE

3.1 EN ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

En 2008, l'Ombudsman a enregistré, en assurance Hospitalisation, une hausse de 23% du nombre de doléances à l'encontre des entreprises d'assurances alors que globalement la hausse est de 6%. Plus d'informations sont reprises dans « Les plaintes en chiffres »[50].

A. Les adaptations et les hausses tarifaires

En 2007 et 2008, la branche des assurances Hospitalisation a été confrontée à de profondes modifications. Les entreprises d'assurances ont dû adapter leur portefeuille pour que les contrats d'assurance Hospitalisation respectent non seulement les dispositions de la nouvelle loi dite Verwilghen[51], mais aussi le principe d'anti-discrimination homme-femme de la directive européenne transposée en droit belge[52]. A ces dispositions, s'ajoutaient les soucis d'équilibre financier face à l'augmentation du coût des soins de santé, ainsi qu'une intervention réduite de la sécurité sociale.
Si la loi Verwilghen est directement applicable pour les nouvelles polices, les différents contrats Hospitalisation qui existaient au sein des portefeuilles d'assurances ne doivent répondre aux prescrits de la loi, *en principe*, qu'au plus tard le 1er juillet 2009[53]. « En principe », car il existe des obscurités sur la date de mise en vigueur des différents articles de la loi. Fin 2008, plusieurs (avant-) projets de loi tentaient de préciser les dates d'entrée en vigueur mais aucun n'a été définitivement adopté.

La loi Verwilghen consacre le **principe de la couverture à vie** du risque d'hospitalisation[54]. Ce principe s'applique aux assurances individuelles. Parmi les contrats d'assurance Maladie individuels, il existe des polices dont la durée n'est pas liée à la vie mais fixée par les conditions générales du contrat et limitée dans le temps. Certains de ces contrats couvrant les frais réels d'hospitalisation[55], lient la durée à l'âge de l'assuré et dans ce cas le terme est souvent fixé à la septantième année.
Par ailleurs, il existe une catégorie de polices bien plus importante qui prévoit que la durée d'un contrat est d'un an en précisant qu'il y a, chaque année, une tacite reconduction.

A côté des contrats d'assurance Maladie individuels, il y a les contrats d'assurances Maladie collectifs, pour lesquels la loi introduit l'obligation de prévoir la possibilité d'une prolongation à titre individuel. Cependant, elle n'envisage que les assurances collectives conclues par un employeur.

[50] Voir supra p. 45.
[51] Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 10 août 2007 (Ci-après loi sur le contrat d'assurance maladie). Loi dite Verwilghen.
[52] Loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, pour ce qui est de l'appartenance sexuelle en matière d'assurance, *M.B.*, 31 décembre 2007.
[53] Art. 3 de la loi sur le contrat d'assurance maladie.
[54] Art. 138*bis*-3 L.C.A.T.
[55] A différencier des contrats d'assurance individuels octroyant un forfait par jour d'hospitalisation.

Or, sur le marché, il existe d'autres contrats collectifs qui sont souscrits au nom d'un groupement, et auxquels les membres peuvent adhérer librement (police d'assurance affinity group).
Sur ce point, il y a une lacune dans la loi Verwilghen[56]. Cependant un projet de loi, qui vise à apporter certaines modifications à la loi Verwilghen, formule sur ce point une solution pragmatique[57].

En raison du principe de la couverture à vie des contrats, les entreprises d'assurances ont réexaminé leur portefeuille de contrats Hospitalisation et entamé des procédures d'adaptation. Souvent, dans les faits, elles ont procédé à un assainissement de leur portefeuille.
Quelques entreprises d'assurances ont ainsi résilié des polices individuelles existantes pour proposer de nouveaux contrats qui répondaient aux critères de la loi Verwilghen. Elles ont proposé une refonte du contrat et de la prime en y incorporant également les conséquences de l'application du principe d'égalité entre homme et femme[58] et les augmentations du coût des soins de santé. Certains assureurs ont même saisi l'occasion pour introduire des simplifications administratives (comme une seule date d'échéance) ou une nouvelle structure tarifaire ou encore pour rationnaliser la gestion en ne proposant plus qu'un seul produit.

L'Ombudsman, saisie par de nombreux assurés insatisfaits[59], s'est adressée aux entreprises d'assurances concernées.
Le premier examen a porté sur la validité de la résiliation et sur le respect des prescrits légaux tant sur le fond que sur les formes requises. Mais, afin de vérifier la régularité de la résiliation, il fallait d'abord s'interroger, au regard de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, sur la validité de la clause stipulant la durée du contrat[60].
L'article 30 de cette loi consacre le principe de l'annalité des contrats. Elle précise cependant que ce principe ne s'applique pas aux assurances Maladie ni aux assurances sur la vie. Il faut donc déterminer si les contrats Hospitalisation conclus pour une durée d'un an avec une tacite reconduction tous les ans sont valables au sens de la loi.
La loi n'y répond pas clairement et son texte peut donner lieu à interprétation.

Selon les entreprises d'assurances concernées, le législateur a voulu permettre de conclure des contrats d'assurances de personnes d'une durée supérieure à un an. Il n'a cependant pas interdit que les parties s'accordent sur une durée d'un an et donc d'appliquer le principe de l'annalité.

Une autre lecture conclut à ce que les contrats d'assurance de personnes soient souscrits pour une longue durée. Cette interprétation se fonde notamment sur les travaux préparatoires qui explicitent la volonté du législateur. En formulant

---

[56] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 79.
[57] Projet de loi modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *Doc. Parl*, Ch. repr., 52K1662.
[58] Voir infra p. 78.
[59] Voir également W. Robyns, « Des assurances hospitalisation onéreuses ? Volt pose les questions, nous y répondons », *Assurinfo n°5*, 5 février 2009, p. 11.
[60] Art. 30 L.C.A.T. A titre d'exemple, voici une clause reprise dans certaines conditions générales : «Le contrat est conclu pour une durée d'un an à dater de sa prise d'effet. A la fin de chaque période annuelle, il se renouvelle tacitement pour une durée égale.»

l'exception pour les assurances de personnes, il a voulu accorder une protection renforcée au consommateur.
En effet, les risques liés à l'état de santé de l'individu augmentent avec les années. Plus une personne est âgée, plus elle a des chances de devoir subir une opération, d'être affectée par une maladie ….
Par cette disposition, le législateur a voulu éviter qu'une entreprise d'assurances refuse de prolonger la couverture d'assurance car elle estime que le risque lié à l'état de santé s'aggrave.
Ainsi, la loi prévoit que l'assuré peut résilier le contrat. Selon cette interprétation, ce droit n'appartient pas à l'entreprise d'assurances.
On peut également raisonner par analogie et se référer au droit du travail. En droit du travail, la loi prévoit que des contrats d'emploi de courte durée qui se succèdent auprès d'un même employeur sont considérés comme un contrat à durée indéterminée[61]. Sur cette base, les contrats souscrits pour une durée d'un an avec tacite reconduction pourraient être assimilés à des contrats à durée indéterminée.

Convaincue que, par cette disposition, le législateur a voulu accorder une protection accrue aux consommateurs, l'Ombudsman soutient cette interprétation qui est d'ailleurs partagée par d'éminents avocats, professeurs d'université et praticiens du droit de l'assurance[62].
Alors même qu'il s'agit d'un contrat d'adhésion, et qu'en cas de doute, ses dispositions doivent être interprétées en faveur de la partie la plus faible, en l'occurrence l'assuré, les entreprises d'assurances ont maintenu leur position. Elles ont considéré que les contrats étaient valablement souscrits pour une durée d'un an et qu'ils pouvaient donc être résiliés chaque année.
L'Ombudsman n'a pu malheureusement retrouver de jurisprudence tranchant le débat. Les tribunaux n'ont apparemment pas encore été saisis de la question. La nouvelle loi Verwilghen y répond en consacrant le principe de la couverture à vie. Mais, elle n'entre en principe en vigueur qu'au plus tard le 1er juillet 2009. Il y a donc beaucoup de chance que les tribunaux ne soient pas saisis du problème et que la question ne soit jamais tranchée.
Il est cependant dommage que le législateur n'ait pas réglé ce point dans la loi et que, par la suite, il ne soit pas intervenu plus rapidement pour réglementer les modalités d'adaptation des contrats.

A côté du problème de la validité de la résiliation des contrats, l'Ombudsman a été interrogée au sujet d'un grand nombre d'insatisfactions issues des montants majorés des primes, parfois même de manière drastique. Ces hausses reçoivent des explications différentes qui se cumulent parfois : l'application du principe d'anti-discrimination, les obligations créées par la loi Verwilghen et l'augmentation du coût des soins de santé.

[61] Art. 10 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, *M.B.*, 22 août 1978, errat., *M.B.*, 30 août 1978.
[62] C. Devoet, *Les assurances de personnes*, Louvain-la-Neuve, Anthemis, 2006, p. 337 ; M. Fontaine, *Droit des Assurances*, Bruxelles, Larcier, 1996, 2ème édition, p. 278.

Fin décembre 2007, le législateur belge s'est prononcé sur l'application en Belgique du **principe d'anti-discrimination entre les hommes et les femmes** arrêté par la directive européenne[63].
En matière d'assurance, tout Etat membre disposait de la possibilité d'en écarter l'application sur son territoire. Les autorités belges n'ont pas utilisé cette option pour les assurances Hospitalisation. Ainsi, les entreprises d'assurances, dont le tarif était souvent différent pour les hommes et les femmes, ont dû le revoir fondamentalement afin d'y intégrer l'égalité entre les deux sexes.

En pratique, les tarifs ont globalement augmenté pour tous. Ainsi, lorsque les différents membres d'une famille sont couverts, ils s'interrogent sur les motifs pour lesquels les primes tant des hommes que des femmes augmentent.
Les entreprises d'assurances confrontées à ces réclamations répondent en expliquant que l'augmentation du tarif pour les hommes ou pour les femmes n'entraîne pas nécessairement une baisse pour le sexe opposé. En effet, afin de garantir leurs prestations dans le temps, elles devaient approcher leur portefeuille de manière globale et à long terme.
Or, la composition d'un portefeuille n'est pas stable. Elle varie dans le temps et la représentation respective des hommes et des femmes va donc changer. De même, le nombre des assurés par catégorie d'âge évolue.
Comme l'assureur s'engage à garantir des prestations à long terme, certaines entreprises d'assurances ont opté pour une structure tarifaire prudentielle permettant de créer des réserves suffisantes pour le futur.

Les entreprises d'assurances ont aussi dû adapter leurs conditions générales pour répondre aux exigences de la loi anti-discrimination homme-femme.
Elles ont ainsi supprimé le délai d'attente de 9 mois pour la couverture des accouchements. Mais la portée de cette mesure n'a pas toujours été bien comprise.
voir cas 21 p. 79.

[63] Loi du 21 décembre 2007 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, pour ce qui est de l'appartenance sexuelle en matière d'assurance, *o.c.*

CAS 21

TOUS LES ACCOUCHEMENTS SONT-ILS COUVERTS SUR LA BASE DE LA NOUVELLE LOI ANTI-DISCRIMINATION HOMME-FEMME ?

Madame X a souscrit une assurance Hospitalisation auprès d'une entreprise d'assurances. Sur la base de la loi anti-discrimination interdisant de faire des distinctions entre homme et femme, l'entreprise d'assurances a supprimé le délai d'attente de 9 mois qui existait pour la couverture des frais d'accouchement.

Sept mois après avoir souscrit le contrat, madame X donne naissance à son fils. Elle demande le remboursement des frais d'hospitalisation auprès de son assureur. L'entreprise d'assurances constate qu'il y avait un état connu à la souscription du contrat et refuse de les prendre en charge.

Madame X conteste ce point de vue et s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble du dossier auprès de l'entreprise d'assurances.
Le délai d'attente doit effectivement être supprimé sur la base de la loi anti-discrimination. Mais les principes généraux en matière d'assurance restent d'application.

Selon la loi[64], un contrat d'assurance couvre des événements futurs et incertains dont le fait générateur s'est produit après l'entrée en vigueur du contrat. Une femme enceinte au moment de la conclusion du contrat ne peut dès lors pas bénéficier de la garantie Hospitalisation pour les frais liés à l'accouchement.
Sur la base de ces éléments, l'Ombudsman a dû confirmer que la décision de l'entreprise d'assurances était fondée.

[64] Art. 1 et 138*bis*-5 L.C.A.T.

CAS 22

ENDÉANS QUEL DÉLAI PEUT-ON PROLONGER UNE ASSURANCE COLLECTIVE ?

Depuis de nombreuses années, madame X est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance Hospitalisation collective souscrit par l'employeur de son mari. Madame X est atteinte d'une maladie de l'intestin, la maladie de Crohn.
Son mari décède et elle ne reçoit pas d'invitation à payer l'assurance Hospitalisation. Elle s'en inquiète auprès de l'entreprise d'assurances qui lui répond qu'elle devait réagir dans le mois que suivait le décès de son mari pour pouvoir prolonger la couverture du contrat à son nom.

Comme ce délai est écoulé, l'entreprise d'assurances considère qu'il s'agit d'un nouveau contrat. Elle est soumise aux formalités médicales et exclut la maladie de Crohn de la couverture. Madame X conteste la position de l'entreprise d'assurances et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances en se référant à la loi Verwilghen qui prévoit un délai de 105 jours pour demander la prolongation d'un contrat d'hospitalisation à titre individuel.
Or, madame X se trouve encore dans ce délai de 105 jours.

L'entreprise d'assurances rejette l'application de la loi Verwilghen en invoquant la période transitoire de 2 ans (soit jusqu'au 1er juillet 2009) que cette loi prévoit pour sa mise en application.

L'Ombudsman ne peut accepter ce point de vue. Elle rappelle à l'entreprise d'assurances que le ministre Verwilghen a confirmé que la loi doit être appliquée dans son esprit. En effet, la période transitoire a été prévue pour des raisons d'organisation et ne peut être utilisée pour refuser une assurance individuelle à des personnes qui étaient couvertes depuis des années par une assurance collective.

Sur base de cette argumentation, l'entreprise d'assurances a revu sa position et a accepté que madame X puisse souscrire une assurance Hospitalisation sans période de stage ni de formalités médicales.

A côté de l'introduction de cette incidence dans le tarif, certaines entreprises d'assurances y ont également incorporé une adaptation pure et simple du tarif sur la base de la croissance des coûts hospitaliers et des soins de santé en général. Elles n'ont cependant pas précisé cet aspect de l'adaptation du tarif dans leur communication. Ce manque de transparence a entraîné de nombreuses questions.

De plus, la date de mise en application du nouveau tarif n'est pas identique dans tous les cas. Le consommateur est protégé en cas de hausse tarifaire qui ne pourra s'appliquer qu'à la prochaine date d'échéance. Par contre, en cas de baisse, il peut revendiquer l'application du nouveau tarif à partir de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'anti-discrimination car elle est d'ordre public. Mais, en l'occurrence, la date précise d'application de certaines dispositions de la loi fait débat[65].

La loi Verwilghen consacre également le **principe** en vertu duquel la base du calcul de la **prime** relative à l'assurance Hospitalisation individuelle **ne peut être modifiée de manière unilatérale**[66]. Ce principe sera au plus tard d'application au 1er juillet 2009.

Sur la base de la nouvelle loi, la prime des assurances Hospitalisation sera liée à un indice spécifique. Fin février 2009, cet indice n'est toujours pas fixé malgré un projet de loi adopté à l'automne par le Conseil des ministres[67]. Les autres adaptations du tarif seront soumises au contrôle de l'organisme officiel et étatique, la CBFA (Commission bancaire, financière et des assurances) qui doit réagir dans le mois. A défaut de réaction, le nouveau tarif est validé.

En 2008, les différentes modifications tarifaires traduisent l'opportunité saisie par les entreprises d'assurances d'utiliser la liberté dont elles disposent encore jusqu'au 1er juillet 2009 au plus tard pour modifier et adapter leur tarif.
Déjà se pose la question de la validité légale des adaptations tarifaires initiées avant le 1er juillet 2009 qui ne prendront effet qu'après cette date.

Dans l'avenir, les augmentations de prime seront donc encadrées mais seront-elles pour autant écartées voire évitées ? Rien n'est moins sûr lorsque l'on constate le coût croissant des frais d'hospitalisation et des frais médicaux. Fin 2008, la presse s'en faisait largement l'écho[68].

De plus, il faut souligner que le bénéfice financier ne revient pas entièrement aux entreprises d'assurances. En effet, le montant résultant de ces adaptations contient une taxe qui est ristournée à l'Etat.
Les primes sont frappées d'une lourde fiscalité. Leur montant est soumis à une taxe de 9,25% et à des cotisations sociales de 10%. Ainsi pour une prime de 800 euros, environ 130 euros sont transférés à l'Etat, notamment pour le financement de la sécurité sociale mais 9,25% rien que de taxes.
Depuis quelques années, le nombre de contrats d'assurance Hospitalisation tant individuelle que collective ne cesse d'augmenter. Cette croissance témoigne du rôle sociétal que cette assurance joue. Dès lors, la fiscalité qui frappe cette branche ne devrait-elle pas être repensée ?

---

[65] Yves Thierry, «Verzekeren in tijden van gendergelijkheid, een leidraad door rechtsonzeker gebied», *Les nouvelles lois luttant contre la discrimination*, Bruxelles, La Chartre, 2008, p. 773 et s.
[66] Art. 138*bis*-4 L.C.A.T.
[67] Projet de loi modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *o.c.*
[68] L. Cerrada Crespo, « Santé : 5% plus cher ! », *La Dernière Heure*, 26 décembre 2008, p. 6 ; X, « Wat wordt duurder, wat goedkoper ? », *Netto De Tijd*, 20 décembre 2008, p. 9.

B. L'accès à l'assurance

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen le 1er juillet 2007, l'Ombudsman recevait régulièrement des plaintes suite au **refus** des entreprises d'assurances de **couvrir**, en assurance Hospitalisation, une personne en raison de son état de santé. D'autres rencontraient des difficultés suite à des changements familiaux tel que décès, divorce, majorité…
voir cas 22 p. 80.

Le consommateur se sentait discriminé. Dans la plupart de ces cas, l'assureur n'offrait aucune solution alternative aux principes tarifaires comme l'introduction d'exclusions ou la demande d'une surprime.
Il s'agissait souvent d'affections qui entraînent une détérioration générale de l'état de santé si bien que l'assureur estimait ne pas pouvoir proposer de couverture.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen, l'Ombudsman n'a plus reçu de plaintes relatives au refus de couverture d'assurance Hospitalisation. Cependant, elle est encore interpellée par des consommateurs qui n'acceptent pas les conditions d'exclusion formulées par les assureurs dans le cadre de l'article 138*bis*-6 L.C.A.T., inséré par la loi Verwilghen. Pour rappel, cet article veut promouvoir l'accessibilité de l'assurance complémentaire en faveur des candidats-preneurs d'assurance qui souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap préexistant. Moyennant l'exclusion des coûts liés à cette maladie ou ce handicap, l'assureur doit leur proposer une assurance Soins de Santé.
Ces consommateurs critiquent en l'espèce souvent l'obscurité de la rédaction des clauses d'exclusion et s'inquiètent de l'interprétation qui y sera donnée au moment du sinistre.
C'est l'occasion de rappeler que la loi Verwilghen prévoit qu'une commission pourra être saisie et devra se prononcer, lors d'un sinistre, sur la portée des *clauses d'exclusion*. Mais, fin février 2009 cette commission n'a toujours pas été installée[69].

Par ailleurs, des consommateurs contestent le montant de la **surprime** qui leur est proposée. L'Ombudsman a ainsi été saisie de quelques cas de surprime liée à la surcharge pondérale. A l'analyse du dossier, elle constate que certains contrats couvrant des assurés en excès de poids ne prévoient cependant aucune exclusion pour les différentes conséquences qui peuvent y être liées telles le diabète.
Par conséquent, la surprime va permettre de couvrir, pendant la durée du contrat, toutes les maladies. De plus, l'entreprise d'assurances est souvent d'accord de revoir le montant de la surprime si le BMI[70] baisse sous un certain coefficient de manière durable.

[69] Art. 138*bis*-6 L.C.A.T.
[70] Body Mass Index.

Dans quelques cas, l'Ombudsman a été consultée par des consommateurs qui ne trouvaient pas de couverture d'assurance Hospitalisation en raison de leur **âge**. Il s'agissait d'assurés qui étaient à la recherche d'un autre assureur car ils estimaient l'augmentation de prime imposée par l'assureur qui les couvrait, trop élevée.

Lorsque l'assuré atteint un certain âge, les entreprises d'assurances (comme les mutualités) refusent toute couverture car elles estiment ne plus pouvoir couvrir le risque hospitalisation moyennant une prime abordable. La loi Verwilghen elle-même limite l'obligation d'assurance à l'âge de 65 ans[71].

[71] Art. 138*bis*-6 L.C.A.T.

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE

3.2 EN ASSURANCE VIE

En 2008, les plaintes introduites en assurance Vie chez l'Ombudsman représentent 19%. En 5 ans, les plaintes dans cette branche ont bien plus que doublé (+249%). Cette augmentation doit être liée à la croissance globale de l'encaissement de la branche Vie ces dernières années[72]. Pour une analyse plus détaillée, lire les motifs pour lesquels les plaintes sont introduites[73].

A. L'évolution du cadre législatif

A l'automne, la **crise financière** mondiale a particulièrement concerné les assurances sur la Vie.
Depuis environ une quinzaine d'années, le consommateur se tourne vers des produits d'assurance Vie pour y déposer son épargne. Au départ, il s'y est surtout intéressé car les produits vendus par les entreprises d'assurances étaient généralement assortis d'une garantie de capital et d'un taux fixe à long terme.
Face à ce succès, les entreprises d'assurances ont développé de nouveaux produits aux multiples facettes dont les garanties (taux et/ou capital) sont très variables ou même absentes.
Par ailleurs, les assurances Vie sont également vendues par des institutions bancaires. Il est donc normal que le tumulte financier qui touchait essentiellement les banques, ait influencé les consommateurs qui s'inquiétaient pour leurs placements en assurance Vie.

Ils interrogeaient l'Ombudsman essentiellement pour être informés, conseillés sur les mesures les plus appropriées à prendre ou tout simplement pour être rassurés.
Il n'appartient pas à l'Ombudsman d'orienter le consommateur dans la gestion de son patrimoine. Aussi, les consommateurs étaient orientés vers des conseillers en assurances et en placements, des services d'aide aux consommateurs…
Par contre, l'Ombudsman pouvait objectivement informer et souvent aussi rassurer ses interlocuteurs. La plupart du temps, ces échanges se faisaient par téléphone. C'est pourquoi, l'impact de la crise financière sur le nombre des plaintes *écrites* n'est pas relevant. Au cœur des évènements, l'Ombudsman a également publié, sur la page d'accueil de son site internet, des informations sous le volet des « FAQ » (questions fréquentes).

L'Ombudsman a pu, dans la majorité des cas, apaiser les consommateurs en soulignant la différence entre les produits bancaires et les produits d'assurance. En effet, les polices d'assurance Vie présentent, en général, un horizon de placement à long terme afin de garantir leurs prestations.

[72] Voir *Rapport Annuel 2008 Assuralia*, p. 8.
[73] Voir supra p. 41.

Les entreprises d'assurances sont soumises à des obligations strictes. Elles doivent placer les sommes qui leur sont confiées avec prudence, sous le contrôle de la Commission bancaire, financière et des assurances.
S'agissant des assurances Vie de la branche 21 (polices à rendement garanti), ces placements doivent être répartis conformément à la législation[74]. La solvabilité des engagements des entreprises d'assurances est donc assurée. Mais un problème de liquidité pourrait survenir si, dans une réaction de panique, les consommateurs exigeaient massivement le rachat de leurs polices. Les assureurs devraient alors vendre les placements de manière accélérée avec toutes les conséquences négatives qui en résulteraient.

En 2008, le nombre de demandes *écrites* d'intervention liées directement à la crise financière est resté limité. Il s'agit d'une vingtaine de dossiers qui concernaient des assurances Vie liées à des fonds de placement (branche 23), pour lesquelles une garantie de capital avait été accordée par la société Lehman Brothers. En principe, dans ces produits dits de « branche 23 », le consommateur assume le risque de placement. Toutefois, le nouvel arrêté royal Vie du 14 novembre 2003[75] autorise l'octroi d'une garantie. Afin de fournir cette garantie, certaines entreprises d'assurances avaient conclu une couverture externe auprès de Lehman Brothers.
D'après les informations que l'Ombudsman a pu récolter, le choix de cette institution financière pour sécuriser le placement n'est pas en soi critiquable. En effet, au moment de la souscription, Lehman Brothers disposait selon les agences internationales de cotation d'une qualité de crédit très élevée à probabilité de risque de crédit très faible même si peu de temps après, la cotation A+ a été subitement et inopinément ramenée à D (Default). Le risque d'un tel bouleversement est, selon les experts, pratiquement nul[76].
Les conséquences pour les consommateurs pouvaient être lourdes puisque l'arrêté royal Vie prévoit que le consommateur assume lui-même le risque de placement en cas de faillite de l'assureur externe.
Heureusement, les entreprises d'assurances ont décidé de reprendre, pour leur compte, la garantie offerte par Lehman Brothers. L'Ombudsman a pu ainsi confirmer que la protection du capital à l'échéance restait acquise.

La crise financière a, de manière générale, ébranlé la confiance des assurés. Ils se sont informés et ont comparé les produits d'assurances aux structures des produits bancaires. Or, dans le secteur bancaire, il existe un fonds qui garantit jusqu'à un certain plafond le remboursement des fonds déposés.
Afin de pouvoir offrir une protection optimale aux consommateurs, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place une structure analogue en créant un **Fonds spécial de protection des dépôts et des assurances sur la Vie**[77]. Cette garantie supplémentaire ne concerne cependant jamais les assurances groupe.

---

[74] Pour plus de détails, voir Denis Gouzée, « Et si l'assureur faisait faillite ? », *Principium*, 2008, n°9, p. 10.
[75] Art. 65 de l'A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, *M.B.*, 14 novembre 2003, err. *M.B.* 23 juillet 2004, ci-après A.R. Vie.
[76] Fitch Rating Global Corporate Finance 2007 Transition and Default Study, 30 avril 2008.
[77] A.R. du 14 novembre 2008 portant exécution de la loi du 15 octobre 2008 portant des mesures visant à promouvoir la stabilité financière et instituant en particulier une garantie d'Etat relative aux crédits octroyés et autres opérations effectuées dans le cadre de la stabilité financière, en ce qui concerne la protection des dépôts et des assurances sur la vie, et modifiant la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, *M.B.*, 17 novembre 2008.

Chaque entreprise d'assurances décide librement d'y adhérer mais elle n'est pas autorisée à faire mention de cette adhésion dans ses publicités. Or, sur la base des réactions des consommateurs, l'Ombudsman constate que la plupart d'entre eux sont convaincus qu'ils bénéficient toujours de cette protection. Dès lors, dans un souci de transparence, il serait utile que le relevé annuel indique les cas dans lesquels la couverture auprès du Fonds spécial de protection des dépôts et des assurances sur la Vie a été souscrite.

En 2008, une autre initiative législative répondait aux besoins des consommateurs. En effet, depuis plusieurs années, l'Ombudsman est interrogée par des consommateurs à la recherche de l'entreprise d'assurances qui détiendrait un contrat d'assurance sur la Vie dont un proche, une connaissance décédée serait titulaire.

Comme il n'existe pas de registre central reprenant les assurances Vie, l'Ombudsman ne peut assister ses interlocuteurs qu'en leur conseillant d'utiliser les méthodes générales de recherche : vérifier les extraits de compte du défunt, contrôler la déclaration fiscale afin de vérifier s'il n'y a pas eu de déduction fiscale …[78]

Dans d'autres cas, le bénéficiaire qui réclame avec des années de retard le paiement du capital qui lui revient, s'adresse à l'Ombudsman pour obtenir des intérêts sur les fonds.
La nouvelle législation sur les **contrats d'assurance dormants**[79] apporte en grande partie une réponse à ces questions. Elle ne concerne cependant que les assurances Vie individuelles. En effet, le risque est limité pour les assurances groupe car elles sont régies par des dispositions légales particulières qui prévoient que l'assureur ou l'employeur est tenu de prendre contact avec le bénéficiaire[80].

Quelles sont les obligations reprises par cette nouvelle législation ?
Les obligations principales à charge des entreprises d'assurances sont :

- Vérifier, dans les six mois qui précèdent la fin du contrat, si l'assuré n'est pas décédé durant la période de couverture sauf pour les assurances liées à un emprunt.
- Vérifier dans les dix-huit mois de la connaissance du décès si le risque est couvert alors même que le bénéficiaire tarde à se manifester.
- Rechercher et contacter le bénéficiaire dans les six mois qui suivent le terme du contrat. A cet effet, les entreprises d'assurances pourront consulter le Registre national et la Banque-Carrefour de la sécurité sociale par le biais d'Assuralia.
  Elles sont autorisées à prélever des frais limités à 5% des prestations assurées.

[78] Voir http://www.ombudsman.as/fr/faq/index.asp?SearchCategory=1&SearchSubCategory=&id_faq=141&Keyword=.
[79] Art. 33 et s. de la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses, *M.B.*, 7 août 2008.
[80] Art. 26, §4 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, *o.c.*

- Transférer les sommes incontestablement dues dans les dix-huit mois de la réalisation du risque, à la Caisse des Dépôts et Consignations auprès de laquelle les bénéficiaires pourront encore réclamer les prestations dues.
  Pour le surplus, le bénéficiaire recevra des intérêts à partir du dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations pendant maximum 5 ans.

La mise en application de cette loi prévoit une période transitoire de 3 ans pour permettre aux entreprises d'assurances de régulariser la situation des assurances Vie existantes au moment de sa publication ainsi que de celles qui sont soucrites dans les trois ans. Le secteur des assurances et le secteur bancaire ont déjà pris des mesures pour la réalisation des obligations prévues par la loi.
Ainsi, ils ont créé début 2009 une association sans but lucratif (asbl), dénommée *Identifin*. Cette institution autorise les consultations et les transferts du Registre national et de la Banque-Carrefour de la sécurité sociale[81].
Cette nouvelle législation constitue un progrès mais elle n'apporte pas de réponse à toutes les situations de recherche de contrat d'un défunt[82]. En effet, les polices d'assurance Vie sont généralement conclues pour une longue durée. Or, lorsqu'un assuré vient à décéder, plusieurs dizaines d'années peuvent encore s'écouler avant que le contrat ne vienne à échéance et par là, puisse être considéré comme dormant. Dans ces cas, si les héritiers, au moment de la succession, interrogent la Caisse des Dépôts et Consignations, ils n'obtiendront pas de réponse exacte.

Il faudrait donc envisager des mesures complémentaires qui pourraient, à l'image de ce qui existe auprès du secteur bancaire, être initiées par Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances. En effet, Febelfin, l'Union professionnelle des banques, offre, aux héritiers et ayants-droits, une assistance administrative dans leurs recherches grâce à un réseau de correspondants auprès de leurs membres moyennant une indemnité forfaitaire de 125 euros[83].

La **liquidation des assurances Vie** souscrites durant le mariage peut poser problème **en cas de divorce**.
Le 1er septembre 2007, une loi[84] a revu fondamentalement les règles qui régissent les divorces en supprimant la notion de divorce pour faute. Les articles de la loi sur le contrat d'assurance terrestre règlementant les assurances Vie n'ont cependant pas été revus.

Suite à une question parlementaire, le ministre de la Justice a apporté quelques éclaircissements[85]. Ainsi, le conjoint perd d'office la qualité de bénéficiaire en cas de divorce prononcé depuis le 1er septembre 2007[86]. Mais, qu'en est-il des polices liquidées après le 1er septembre 2007 dans le cadre d'un divorce prononcé avant cette date ?

[81] C.-A. van Oldeneel, « Naissance d'Identifin, une asbl pour traiter les contrats d'assurances dormants », *Assurinfo n°2*, 15 janvier 2009, p. 5.
[82] Pour plus d'infos, voir X, « Lutte contre les comptes dormants », *L'Assurance au Présent*, 2008, n° 43, p. 3.
[83] Voir www.febelfin.be/febelfin/fr/A_votre_service.
[84] Loi du 27 avril 2007 réformant le divorce, *M.B.*, 7 juin 2007.
[85] www.lachambre.be/QRVA/pdf/52/52K0020.pdf.
[86] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 92.

Le conjoint nommément désigné garde-t-il ou perd-il le bénéfice ?
La doctrine défend les deux tendances. En tout état de cause, il appartient aux tribunaux de se prononcer. On peut donc craindre que cette problématique donne lieu à des plaintes pendant un certain nombre d'années ou à tout le moins tant que la question ne sera pas tranchée.
Assuralia a recommandé de suivre la première interprétation. Sur cette base, pour les divorces prononcés avant le 1er septembre 2007, seul le conjoint nommément désigné fautif perd les avantages octroyés durant le mariage.

B. L'accès à l'assurance

L'Ombudsman a reçu, en 2008, 31 doléances d'assurés qui se sentaient discriminés par les décisions des entreprises d'assurances. 17 de ces plaintes concernaient l'assurance Vie.
La plupart portait sur le refus d'accorder une assurance Solde Restant Dû ou à tout le moins sur le montant élevé de la surprime demandée par la compagnie en cas de couverture. Les raisons qui motivent la décision des entreprises d'assurances trouvent leur origine dans l'état de santé de l'assuré.

En 2008, l'Ombudsman a constaté que c'est l'assurabilité des personnes qui avaient été atteintes d'un cancer ou de patients diabétiques qui posait le plus de problème. Dans la majorité des cas, et parfois après de laborieuses négociations, l'assureur a proposé un contrat d'assurance Solde Restant Dû avec une surprime. Cette technique apporte une solution pour autant que la surprime soit raisonnable et payable.
Mais l'Ombudsman n'est ni médecin, ni actuaire. Il lui est donc parfois difficile de juger du caractère raisonnable et approprié du montant de la surprime. Dans un souci de transparence, elle rassemblera toutes les informations pour éclairer le plaignant. Sur le plan médical, à la demande ou avec l'autorisation du plaignant, elle provoquera un contact entre le médecin-traitant et celui de l'entreprise d'assurances.
voir cas 23 p. 91.

Par ailleurs, l'Ombudsman constate que, dans certains cas, l'entreprise d'assurances ouvre la possibilité de revoir le montant de la surprime au moment où l'état de santé de l'assuré se sera amélioré et stabilisé. Il s'agit notamment des cas où une surprime est exigée en raison d'un excès pondéral. L'assureur accepte de revoir la prime lorsque le BMI aura baissé jusqu'à un coefficient déterminé et se stabilisera sur une certaine période.
L'Ombudsman a reçu des propositions identiques pour des candidats-assurés atteints d'un taux de cholestérol très élevé ou pour des personnes qui ont été atteintes d'un cancer[87].

[87] Voir infra p. 96.

QUELLE SURPRIME EN CAS D'ARYTHMIE CARDIAQUE ?

Monsieur X achète un appartement qu'il finance par un emprunt hypothécaire de 260.000 euros sur 30 ans. Pour le garantir, il doit souscrire une assurance Solde Restant Dû. Afin de bénéficier en plus d'une réduction du taux d'intérêt, son banquier lui propose de la souscrire auprès de l'assureur faisant partie du même groupe que la banque.

Afin de conclure le contrat, monsieur X remplit le questionnaire médical qui lui est transmis par l'entreprise d'assurances et y indique qu'il souffre d'arythmie cardiaque.
Sur cette base, l'assureur propose à monsieur X un contrat d'assurance Solde Restant Dû moyennant une surprime de 100%.
Monsieur X n'accepte pas cette surprime et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances qui lui répond qu'elle se base sur différentes études réalisées sur le marché, démontrant les risques élevés liés à l'arythmie cardiaque.
Par conséquent, elle estime que la surprime se fonde sur des éléments objectifs.

Mais la loi anti-discrimination prévoit que les entreprises d'assurances doivent également proposer des solutions raisonnables en fonction du risque.

Or, le médecin traitant de monsieur X estime que le risque plus élevé de décès se situe après 60 ans. Comme le contrat de monsieur X prendrait fin à 66 ans, la période de risque plus élevé n'est que de 6 ans.

Sur la base de cette argumentation, l'Ombudsman a obtenu que l'entreprise d'assurances revoie sa proposition. Elle a proposé à monsieur X de souscrire un contrat d'assurance Solde Restant Dû pour une durée de 25 ans et a limité la surprime à 50%.

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

Aperçu global 2.1

Entreprises d'assurances 2.2

Intermédiaires 2.3

Datassur 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

Assurance Soins de Santé 3.1

Assurance Vie 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

RECOMMANDATIONS

4.1 SUIVI DES RECOMMANDATIONS

A. L'accès à l'assurance

En 2008, l'Ombudsman a encore été saisie par des consommateurs qui rencontraient des difficultés pour souscrire une assurance Solde Restant Dû en raison de leur état de santé[88].
Or, cette assurance est, dans la plupart des cas, requise pour obtenir un prêt hypothécaire. Sans accès à cette couverture, le consommateur ne pourra souvent pas réaliser son projet d'acquisition ou de construction de « sa maison ».

Dans son rapport annuel 2007, l'Ombudsman a formulé une recommandation[89] invitant les entreprises d'assurances et les autorités publiques à rechercher des solutions pouvant répondre à cette problématique. Elle avait renvoyé au modèle français repris dans la « Convention Areas » et à la solution trouvée dans d'autres branches d'assurances où un Bureau de Tarification a été créé.
Cette recommandation a été relayée par différentes initiatives politiques. Ainsi, différentes propositions de loi ont été déposées, proposant des solutions pour permettre au citoyen d'accéder, malgré son état de santé, à la couverture d'une assurance Solde Restant Dû.

En février 2008, il y a eu la proposition de M. Wathelet[90], en juin 2008 celle de K. Partyka[91], qui portent sur l'assurance Solde Restant Dû et sur l'accès à l'assurance Décès et les assurances Invalidités et qui proposaient la création d'un Bureau de Tarification. En octobre de la même année, M. Hermans et P. Vankrunkelsven[92] ont déposé une proposition de résolution pour l'installation d'un organe de conciliation au sein de la Commission des Assurances. Enfin, il y a un projet de proposition qui suggère la possibilité de revoir la surprime après un délai de 2 ans. Cette proposition a le mérite de souligner la nécessité de communiquer la méthode de calcul des surprimes[93].

Toutes ces propositions font l'objet de discussions parlementaires. Le ministre de Tutelle a demandé à la Commission des Assurances d'émettre un avis. Afin de pouvoir mieux évaluer la problématique, la Commission a invité aux débats les représentants des associations de patients, le Centre d'Egalité des Chances ainsi que l'Ombudsman des Assurances. La Commission des Assurances a émis un premier avis le 22 janvier 2009. Cependant, les travaux se poursuivent.

---

[88] Voir supra p. 90.
[89] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 121.
[90] Proposition de loi visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé, *Doc. Parl*, Ch. repr., 52K0823.
[91] Proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû, *Doc. Parl*, Ch. Repr., 52K1252.
[92] Proposition de résolution visant à garantir une meilleure assurabilité des malades chroniques, des personnes handicapées et des grands malades définitivement guéris, *Doc. Parl*, Sen., 4-961.
[93] X, « Ex-patiënten beter verzekeren », *Het Nieuwsblad*, 24 octobre 2008.

Dès janvier 2009, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances, Assuralia, a déposé un projet concret par lequel le consommateur a la garantie que son dossier sera examiné par le réassureur[94]. Si à ce niveau, aucune solution n'est apportée, il pourra recourir à un Bureau de Tarification. Ce projet doit être adapté et finalisé en concertation avec les différents membres et représentants mais il permet d'ouvrir le débat sur base d'un engagement concret des acteurs du secteur. Le projet devra également incorporer les exigences de transparence et de justification imposés par la loi sur l'anti-discrimination.

A travers la gestion des plaintes, l'Ombudsman constate que c'est par l'intervention du réassureur qu'une solution a pu être apportée ou à tout le moins qu'une justification objective et détaillée a pu être donnée. L'intervention du réassureur n'a, d'autre part, pas empêché la concurrence de jouer sur le marché.
Ainsi, l'Ombudsman a été saisie par un consommateur qui avait été atteint de leucémie durant son enfance. Il avait introduit une demande de couverture en assurance Solde Restant Dû auprès de plusieurs entreprises d'assurances. Lors des négociations, il est apparu que le même réassureur intervenait pour ces assureurs. Malgré cet aspect, le consommateur a finalement reçu différentes propositions qui variaient fortement. En effet, l'indication tarifaire du réassureur est modulée en fonction du tarif de base et d'autres paramètres tels que les coûts de gestion et distribution.

Par ailleurs, dans certains cas, l'Ombudsman a également pu satisfaire le plaignant car l'entreprise d'assurances a proposé de revoir la prime dans un certain délai sous certaines conditions[95].

[94] R. Dhondt, « Vers un bureau de tarification pour faciliter l'accès au crédit immobilier ? », *Assurinfo n°3*, 22 janvier 2009, p. 3.
[95] Voir supra p. 90.

B. Protection Juridique : Définition transparente de la notion de sinistre

Dans son carnet 2007, l'Ombudsman a relevé des plaintes répétitives portant sur le refus d'intervention de l'assureur Protection Juridique[96].

L'entreprise d'assurances estime que le sinistre s'est produit en dehors de la période de couverture du contrat ou bien elle invoque la prescription. Comme la notion de sinistre n'est pas toujours définie dans les conditions générales ou à tout le moins pas de manière non équivoque, elle peut faire l'objet d'interprétations différentes.
La discussion porte alors sur le point de départ du sinistre. S'agit-il du fait dommageable, du moment du litige ou encore de l'instant où la victime veut faire valoir ses droits en justice ?

L'Ombudsman a recommandé aux assureurs Protection Juridique de prévoir dans leurs conditions générales une définition claire et transparente de la notion de sinistre.

Afin d'évaluer la portée et l'applicabilité de la recommandation, l'Ombudsman a participé à une réunion de la Commission de Protection Juridique, organisée au sein d'Assuralia. Lors de cette concertation, les entreprises d'assurances ont pris l'engagement de mentionner expressément, dans la prochaine version de leurs conditions générales, la durée de 3 ans du délai de prescription tel que prévu par la loi et, d'une manière générale, d'informer les assurés et les intermédiaires de l'existence de ce délai.
Les entreprises d'assurances ont par ailleurs décidé de reprendre cet engagement dans le cadre des règles de bonne conduite de l'assureur PJ. Ces règles de bonne conduite sont accessibles à tous sur le site d'Assuralia[97]. Cette publicité est utile car, à l'occasion de la gestion des réclamations, l'Ombudsman a pu constater que le plaignant ignorait souvent la contrainte de ce délai.
De plus, l'insertion de cet engagement dans les règles de bonne conduite présente une garantie supplémentaire puisqu'il appartient à l'Ombudsman de veiller au respect de celles-ci.

[96] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 129.
[97] www.assuralia.be.

RECOMMANDATIONS

4.2 RECOMMANDATIONS 2008

A. Obligation de déclaration de l'assuré : la lacune de l'article 7 de la loi[98]

Lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement à l'entreprise d'assurances toutes les circonstances qu'il connait et qu'il doit raisonnablement considérer comme étant des éléments d'appréciation du risque pour l'assureur[99].
Le non-respect de cette obligation peut être lourd de conséquences pour l'assuré.

En effet, si l'assureur peut démontrer que l'assuré a volontairement transmis des informations incorrectes ou a omis consciemment de communiquer des renseignements, le contrat est nul. Par conséquent, en cas de sinistre, il n'y a aucune intervention de l'assureur. De plus, l'assureur conservera les primes payées à titre de sanction[100].

Par contre, si la déclaration inexacte ou l'omission n'est pas intentionnelle, le contrat d'assurance n'est pas nul. Il appartient alors à l'entreprise d'assurances de proposer, dans des délais stricts, un nouveau contrat ou de le résilier[101].
Si un sinistre survient et si l'omission ou l'inexactitude ne peuvent pas être reprochées à l'assuré, l'entreprise d'assurances devra l'indemniser totalement.
En revanche, si elles peuvent être reprochées, l'assureur pourra réduire sa prestation en cas de sinistre. La loi prévoit 2 hypothèses :

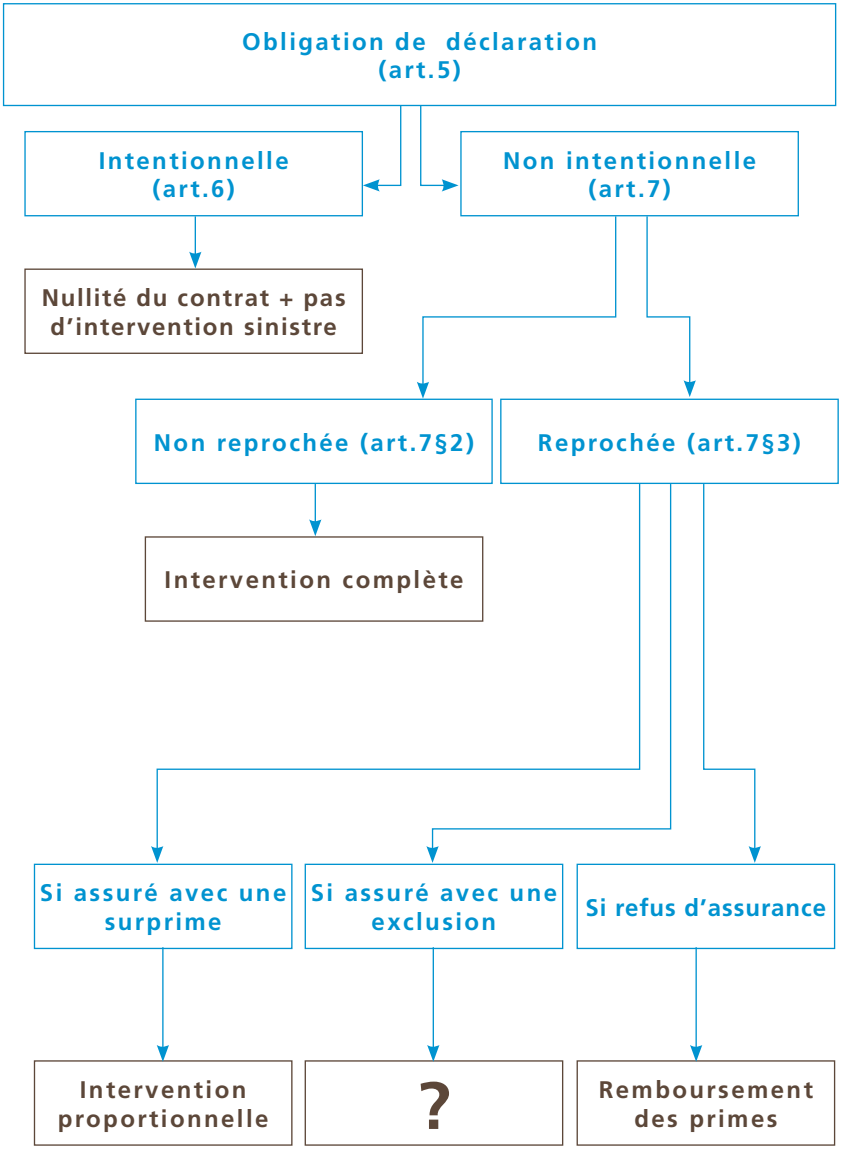
- Soit l'assureur aurait assuré le risque moyennant une surprime, alors il ne versera qu'une partie de l'indemnité en appliquant la règle proportionnelle.
- Soit l'assureur démontre qu'il n'aurait jamais assuré le risque, alors son intervention est limitée au remboursement des primes payées.

En pratique, l'Ombudsman a constaté que l'entreprise d'assurances propose souvent une solution alternative à savoir une adaptation du contrat en introduisant une exclusion pour le risque non déclaré.
voir cas 24 p. 101.

Recommandation:

L'application de ce troisième moyen (décrit ci-dessus) en cas d'omission non-intentionnelle pose problème. En effet, son application sur la gestion du sinistre entraîne des discussions qui apportent une solution négociée au cas par cas. Afin de garantir la transparence et le traitement égal entre tous les assurés, l'Ombudsman recommande que l'article 7 de la L.C.A.T. soit adapté pour y inclure le règlement de cette hypothèse.

[98] Art. 7 L.C.A.T.
[99] Art. 5 L.C.A.T.
[100] Art. 6 L.C.A.T.
[101] Art. 7 L.C.A.T.


Obligation de déclaration
(art.5)
Intentionnelle
(art.6)
Non intentionnelle
(art.7)
Nullité du contrat + pas d'intervention sinistre
Non reprochée (art.7§2)
Reprochée (art.7§3)
Intervention complète
Si assuré avec une surprime
Si assuré avec une exclusion
Si refus d'assurance
Intervention proportionnelle
?
Remboursement des primes

CAS 24

QUE DOIT-ON DÉCLARER À LA CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE ?

Madame X est hospitalisée suite à des pierres aux reins. Comme elle a une assurance Hospitalisation, elle demande le remboursement à son assureur. L'entreprise d'assurances refuse de prendre ses frais en charge car son médecin conclut, à l'examen des éléments de son dossier médical, qu'elle souffrait déjà des reins à la conclusion du contrat et qu'elle ne l'avait pas déclaré.

Madame X conteste la prise de position de l'entreprise d'assurances et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances.

L'entreprise d'assurances reconnait que l'omission n'était pas intentionnelle mais elle estime qu'elle peut être reprochée à madame X. Sur cette base, elle propose de maintenir le contrat en prévoyant une exclusion des maladies rénales.
L'Ombudsman estime que l'entreprise d'assurances a modifié le contrat et doit donc prendre en charge une partie des frais d'hospitalisation comme la loi le prévoit[102].

Mais en l'occurrence, l'application de cette règle proportionnelle n'est pas évidente puisqu'il y a exclusion et non surprime. Dès lors, l'Ombudsman a entamé des négociations et l'entreprise d'assurances a accepté d'intervenir pour 50%.

[102] Art. 7, §3, L.C.A.T.

CAS 25

L'INTERMÉDIAIRE A-T-IL CORRECTEMENT INFORMÉ LE CONSOMMATEUR ?

Monsieur X souscrit, par le canal d'un intermédiaire luxembourgeois, une police d'assurance Vie auprès d'une entreprise d'assurances irlandaise. Afin de réaliser l'opération, monsieur X emprunte la somme auprès d'une banque.

Sur base des informations données par l'intermédiaire, monsieur X est persuadé que les intérêts du contrat d'assurance Vie suffiront à couvrir les intérêts du prêt.
En réalité, ce n'est pas le cas !

Désemparé, monsieur X demande l'intervention de l'Ombudsman. Il lui transmet une copie des brochures luxueuses qui lui avaient été données. Ces dépliants mentionnent notamment que le contrat garantit un intérêt qui peut varier mais dont le taux garanti serait bien supérieur au taux de placements traditionnels.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances irlandaise puis avec l'intermédiaire.
A l'analyse des documents transmis par l'assureur irlandais, l'Ombudsman constate que le contrat a été géré conformément aux conditions générales. Les dépliants pour la promotion du produit ne provenaient pas de l'assureur mais ont bien été conçus par l'intermédiaire.

Dans la gestion de la réclamation, l'Ombudsman n'a reçu qu'une maigre collaboration de l'intermédiaire. De son enquête complémentaire, il ressort que le contrat a été confié à différents intermédiaires.

En effet à l'origine, le contrat a été conclu auprès d'un intermédiaire luxembourgeois mais son suivi se fit par une succursale belge. Comme cette succursale a pris son indépendance, la gestion est tombée entre les mains d'un autre intermédiaire luxembourgeois. Actuellement, ces différents intermédiaires en assurances ont arrêté toute activité. Interrogés, ils ont tous refusé la recherche d'une solution amiable contestant chacun toute responsabilité.

De ses recherches, l'Ombudsman a dû conclure que le contrat d'assurance RC professionnelle du dernier intermédiaire était terminé depuis le 31 décembre 2005. Néanmoins le contrat prévoit la possibilité d'introduire un recours durant un délai de 3 ans soit en l'occurrence jusqu'au 31 décembre 2008. Afin d'éviter que l'assureur RC professionnelle n'invoque le recours tardif, l'Ombudsman a conseillé à monsieur X de lui envoyer une lettre recommandée pour lui demander son intervention.

B. Période de couverture de l'assurance RC professionnelle des intermédiaires

Afin de pouvoir exercer leur activité, les intermédiaires d'assurances ont l'obligation de souscrire une assurance couvrant leur responsabilité en cas de fautes professionnelles[103].

A l'occasion de la gestion des plaintes, l'Ombudsman a constaté certains problèmes de couverture. Si, en principe, la loi prévoit que la garantie d'assurance porte sur le dommage survenu pendant la durée du contrat et s'étend aux réclamations formulées après la fin de ce contrat, il n'en demeure pas moins que les assurances de responsabilité offrent en général une couverture uniquement pour les recours exercés pendant la durée du contrat et la période de 36 mois qui suit la fin du contrat.

Ces dispositions contractuelles sont autorisées par la loi[104]. Ces recours ne peuvent cependant s'exercer que pour autant que :

- le dommage soit survenu pendant la durée de ce contrat et qu'à la fin, le risque ne soit pas couvert par un autre assureur
- les actes ou les faits pouvant donner lieu à un dommage soient survenus et déclarés à l'assureur pendant la durée du contrat[105].

Or, la mise en cause de la responsabilité d'un intermédiaire d'assurances peut intervenir, bien des années plus tard, à l'occasion d'un sinistre, lors de la liquidation d'une assurance Vie…

L'assuré peut introduire une action en responsabilité à l'encontre de l'intermédiaire, sur base du droit commun de la responsabilité. Mais, il dispose également d'une action directe contre l'assureur RC professionnelle.

Que se passera-t-il si, entretemps, l'intermédiaire a arrêté ses activités, s'il est tombé en faillite, s'il a pris sa pension… ?
Il existe, en effet, des situations dans lesquelles l'intermédiaire ne bénéficie pas ou plus de la couverture d'un assureur au moment où l'action est exercée.
voir cas 25 p. 102.

Recommandation :

Afin de sauvegarder les droits du consommateur, il faudrait lui offrir la possibilité d'exercer valablement son action et donc élargir les périodes de couverture. Comme les délais sont prévus par différentes législations[106], l'Ombudsman invite le législateur à prendre les mesures les plus appropriées.
Une des possibilités est l'application stricte de l'article 78 §1 qui prévoit que «la garantie d'assurance porte sur le dommage survenu pendant la durée du contrat et s'étend aux réclamations formulées après la fin de ce contrat » en limitant les possibilités autorisées par le §2 de cet article. A cet effet, il faudrait introduire une modification de l'article 6*bis* de l'arrêté royal du 24 décembre 1992[107] en y insérant, parmi les exceptions, les risques de responsabilité couverts par une assurance obligatoire.

---

[103] Art. 10, 4°, de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *o.c.*
[104] Art. 78, §2, L.C.A.T.
[105] La version néerlandophone de cet article énonce « daden of feiten die aanleiding kunnen geven tot schade, die tijdens de duur van deze overeenkomst zijn voorgevallen en aan verzekeraar zijn aangegeven ». Il serait nécessaire que les deux versions concordent.
[106] Art. 10, 4°, de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *o.c.*; art. 78, §2, L.C.A.T.
[107] A.R. du 24 décembre 1992 portant exécution de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 31 décembre 1992.

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

Aperçu global 2.1

Entreprises d'assurances 2.2

Intermédiaires 2.3

Datassur 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

Assurance Soins de Santé 3.1

Assurance Vie 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

CONCLUSION

En 2008, l'organisation de la gestion des plaintes dans le secteur des assurances a connu une évolution importante.

Les entreprises d'assurances se sont engagées à renforcer la visibilité et l'organisation de l'accueil des plaintes[108]. L'objectif de cette mesure est double. Le premier est de souligner l'importance que les entreprises d'assurances attachent à l'écoute, au contact avec leur client. Dans un marché compétitif, elles souhaitent fidéliser leur clientèle. La concurrence joue sur différents plans. La qualité du service en est une arme importante. Or, traiter les réclamations permet d'écouter le client et, le cas échéant, de le satisfaire. Mais l'écoute peut également servir à identifier les dysfonctionnements et relever les possibilités d'améliorer globalement le service.
L'autre objectif est de décharger le Service Ombudsman des Assurances d'une série de doléances qui peuvent être directement gérées par les entreprises d'assurances. Ce sont des demandes d'information, des correspondances laissées sans réponse, des retards d'exécution, des documents erronés… L'Ombudsman ne devrait traiter que des problèmes qui, en principe, sont des litiges du ressort des tribunaux. En effet, elle s'inscrit dans les organes alternatifs de règlements des conflits (ADR[109]).

Il est difficile d'évaluer, en 2008, l'influence de ces mesures sur la gestion des plaintes chez l'Ombudsman. L'expérience des derniers mois de l'année montre une légère tendance à la baisse du nombre mensuel des plaintes enregistrées par rapport aux premiers mois de l'année.
Mais, malheureusement, l'utilisation par des entreprises d'assurances du terme Ombudsman pour qualifier leur service d'accueil des réclamations prête souvent à confusion. En effet, la même dénomination Ombudsman trouble le consommateur qui n'identifie pas qui il doit saisir. Quelle est la différence entre un Ombudsman interne d'une entreprise d'assurances et l'Ombudsman des Assurances? Les confusions entrainent aussi une surcharge administrative puisque, par sécurité ou facilité, des consommateurs adressent leurs plaintes aux deux services.
Cette difficulté ne se rencontre pas chez Datassur.

« Expliquer c'est rassurer »

La crise financière a témoigné de l'importance de la communication, de la transparence. Il fallait communiquer au moment de la crise. L'Union professionnelle des entreprises d'assurances, Assuralia, a été particulièrement présente dans les médias pour expliquer et répondre aux questions. Mais, à travers cette crise et des réactions des consommateurs, l'Ombudsman a pu constater la nécessité de les informer tout au long de la vie des contrats.

[108] Règles de conduite pour la gestion des plaintes au sein des entreprises d'assurances, pour plus d'informations, voir www.assuralia.be et www.ombudsman.as.
[109] Alternative Dispute Resolution.

Dès la conclusion, le dialogue et les renseignements sur base desquels la convention est conclue doivent être adaptés aux profils des consommateurs. Les fiches d'information des produits et les explications ainsi que les conseils de l'intermédiaire éventuel jouent un rôle essentiel. La CBFA et les acteurs du secteur ont également compris que si le moment de la conclusion du contrat est crucial, il faut préparer au dialogue, à un choix éclairé, en amont par une formation financière[110]. Ils envisagent même d'organiser des programmes pour éduquer les jeunes, dès l'école, à l'apprentissage des produits financiers et d'assurances.
Il faut communiquer mais comment ? Et surtout quelles informations transmettre ? En effet, la surinformation peut être tout aussi désastreuse que le manque d'information.

L'Ombudsman remercie vivement l'ensemble de ses collaborateurs ainsi que tous ceux qui, en dehors de l'équipe, apportent leur précieuse contribution à la réalisation de sa mission quotidienne.

[110] X, « La CBFA entend promouvoir les connaissances financières », *Le Monde de l'Assurance*, 2008, n° 2008.18, p. 10 ; F. de Clippele, « Lettre d'information à l'usage des enseignants », *Assurinfo n°37*, 6 novembre 2008, p. 9.

Communiquer. Vous avez dit communiquer ?

Il y a des mots qui font illusion à leur seul énoncé. Communication est de ceux-là. Lorsque l'instruction est donnée de « mieux communiquer » vers le consommateur, chacun se persuade d'avoir parfaitement compris qu'il fallait diffuser un maximum d'informations, sans s'astreindre à discerner les éclairages attendus et ceux qui ne présentent qu'une utilité relative.

Si l'on veut sortir d'une espèce de schizophrénie, il convient de réfléchir quelque peu en profondeur à cette question double : « quelles sont les informations qui vont permettre au consommateur de prendre une décision conforme à ses intérêts réels, et de maintenir une relation de confiance avec son assureur? ».

Nous savons d'expérience que le temps investi, au moment de la souscription, pour exposer les enjeux des engagements est autant de temps épargné par la suite, notamment lors de la survenance d'un sinistre. Etre clair en amont, c'est être fluide en aval. Cette clarté doit survivre pendant toute la durée du contrat.

L'autorégulation par laquelle le secteur a mis en place, depuis le 1er janvier 2007, un code de bonne conduite avec pour point d'orgue la « fiche info financière assurance vie » va indéniablement dans le bon sens. Mais il faut aller plus loin et informer continûment l'assuré vie de l'évolution de ses garanties, de la valeur actualisée de son contrat, des exigences nouvelles en cas de demande complémentaire, des conséquences précises de tout changement sollicité.

Par ailleurs, l'effort doit être étendu aux assurances non vie où les questions sont davantage variées et complexes.

Ainsi, les questions suivantes gagneraient à être plus nettement exposées, dans la perspective d'établir une véritable symétrie d'informations :

- Quel est le **périmètre** précis de la garantie : ses dimensions spatiales et temporelles, les personnes couvertes par le contrat, les périls assurés ?
- Quels sont les cas où l'assureur ne donne **pas sa garantie** : non-assurance, exclusion, déchéance totale ou partielle ?
- Quelles sont les **obligations** auxquelles l'assuré est toujours tenu : déclaration du risque et de ses changements, paiement de la prime convenue, déclaration et coopération en cas de sinistre, respect de délais ?

- Quelles sont les **sanctions** pour l'assuré qui ne respecte pas certains de ses engagements : règle proportionnelle, réduction, suspension de garantie, résiliation voire nullité du contrat, recours contre le preneur ou l'assuré ?
- A quoi l'assureur s'engage-t-il, s'il est lui-même **en défaut** d'exécuter ses obligations ?

Ces aspects doivent être expliqués avec patience et pédagogie, compte tenu du niveau culturel du preneur d'assurance. Le prix de l'assurance comprend, à nos yeux, le temps consacré à ces efforts.
Qui ne voit pas du reste que ce temps est un investissement propre à faire gagner la confiance du consommateur et, par voie de conséquence, à améliorer l'image du secteur tout entier ?

Il est éminemment regrettable qu'à de trop rares exceptions, l'assuré fidèle ne reçoive de son assureur que des avis de paiement de primes (quand ce n'est pas un avis lui annonçant la reprise de la compagnie en laquelle il avait placé sa confiance).

Lorsque le consommateur le sollicite, l'**intermédiaire** peut jouer un rôle de premier plan. Il lui appartient d'ajuster son discours à la capacité de compréhension de son client et de lui faire prendre conscience de l'importance que l'assureur accorde à certaines informations : les sinistres antérieurs, les antécédents de santé, les conducteurs habituels du véhicule, les sports pratiqués, les particularités du risque, mais aussi, en cas de sinistre, les circonstances exactes de l'événement ou les initiatives à prendre.

Lever les ambiguïtés qui peuvent survenir tant à la souscription qu'en cours de contrat nous apparaît comme une mission cardinale de l'intermédiaire, lequel connaît son client et sait aussi les exigences de ses fournisseurs.

Si les assureurs sont rarement avares d'informations vantant les mérites de leurs contrats, ils sont en revanche plus chiches lorsqu'il s'agit d'en faire connaître les limites ou les inconvénients. Les circonstances économiques nous invitent à reconsidérer en profondeur notre vision de la communication financière dans la vue de parfaire l'image d'une profession intrinsèquement utile.

Les autorités de contrôle semblent conscientes de la nécessité impérieuse d'améliorer la protection du consommateur en mettant à sa disposition une information neutre, claire et pratique.

Le défi est immense, à la dimension de l'attente d'un public conscient de la nécessité de prendre les couvertures adéquates en même temps que confronté à des informations fragmentaires ou peu explicites.

L'avenir appartient aux assureurs passionnés et heureux de rendre quotidiennement à des milliers de consommateurs des services utiles et quelquefois agréables.

Paul Bruyère
Professeur de droit des assurances (HELMo Saint-Martin, Liège)
Conseiller en communication assurancielle

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

Aperçu global 2.1

Entreprises d'assurances 2.2

Intermédiaires 2.3

Datassur 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

Assurance Soins de Santé 3.1

Assurance Vie 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

LISTE DES CAS D'INTERVENTION

branche	titre	page
Annulation	A quel moment l'assurée était au courant de sa maladie ?	52
Auto	Quelles sont les conséquences d'une résiliation incorrecte après un sinistre ?	26
Auto	L'augmentation de la prime est-elle fondée ?	27
Auto	Que se passe-t-il lorsqu'une prime mensuelle est impayée ?	28
Auto	Puis-je conduire ma voiture avec une jambe dans le plâtre ?	29
Auto	La reconduction d'un contrat auprès du Bureau de Tarification est-elle tacite ?	32
Auto	Doit-on déclarer l'aggravation de l'état de santé du conducteur principal ?	35
Datassur	L'enregistrement basé sur l'envoi à une adresse erronée est-il fondé ?	71
Discrimination	Quelle surprime en cas d'arythmie cardiaque ?	91
Formalités	La résiliation est-elle valable ?	25
Formalités	Une offre de couverture rédigée via internet lie-t-elle l'entreprise d'assurances ?	30
Formalités	A quel moment débute un contrat d'assurance ?	31
Hospitalisation	L'assureur peut-il introduire des exclusions lors du changement d'une assurance Hospitalisation ?	44
Hospitalisation/ Discrimination	Tous les accouchements sont-ils couverts sur base de la loi anti-discrimination homme-femme ?	79
Hospitalisation	Endéans quel délai peut-on prolonger une assurance collective ?	80
Hopitalisation	Que doit-on déclarer à la conclusion du contrat d'assurance ?	101
Incendie	Une discussion entre assureurs peut-elle pénaliser la victime ?	39
Intermédiaires	Quelle est la portée du devoir de conseil d'un intermédiaire en assurances ?	59
Intermédiaires	Quelle est la responsabilité de l'intermédiaire en cas de conseil erroné ?	60
Intermédiaires	L'intermédiaire a-t-il correctement informé le consommateur ?	102
Protection Juridique	Quelles sont les conditions d'application ?	49
Protection Juridique	Quand y a-t-il sinistre ?	50
Protection Juridique	L'assureur prend-il en charge les honoraires d'un deuxième avocat ?	51
Vie	L'assurance Solde Restant Dû est-elle conclue valablement ?	43
Vol	L'assureur intervient-il lors d'un vol commis par de faux policiers ?	36

Ombudsman van de Ve
Ombudsman des Assurances
de Meeûssquare, 35
Tel.: 02/547 58 7
E-mail: jve@om
1000 Brussel
547 59 75

PRÉFACE 1

LES PLAINTES EN CHIFFRES 2

Aperçu global 2.1

Entreprises d'assurances 2.2

Intermédiaires 2.3

Datassur 2.4

DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 3

Assurance Soins de Santé 3.1

Assurance Vie 3.2

RECOMMANDATIONS 4

CONCLUSION 5

LISTE DES CAS D'INTERVENTION 6

STRUCTURE DE L'ASBL & RÉSEAUX 7

STRUCTURE DE L'ASBL ET RÉSEAUX DES OMBUDSMANS

A. Organes

ASBL
SERVICE OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Assemblée générale

Conseil de surveillance

1 expert indépendant
Mr K. Bernauw
1 représentant de la CBFA
Mr L. Roeges
1 représentant du SPF Economie
Mme N. Meurée
2 représentants des consommateurs
Mme C. De Waele
Mr D. Jammart
1 représentant des entreprises d'assurances
Mr H. Verstraete
1 représentant des intermédiaires
Mr R. Huygens

Conseil d'administration
Assuralia : 3
Courtiers : 3

Président	Mr P. Cauwert
Vice président	Mr P. Colle
Administrateurs	Mr R. Dhondt
	Mr J. Rogge
	Mr C. Thoen
	Mr A. Van Varenberg

Gestion journalière
1 Ombudsman
8 conseillers
2 assistantes administratives

B. Réseaux : En Belgique : CPMO - En Europe : réseau FIN-NET

En Belgique :

CPMO (concertation permanente des médiateurs et des Ombudsmans)
(www.ombudsman.be)

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	Italie
Autriche	Liechtenstein
Belgique	Lituanie
Danemark	Luxembourg
Espagne	Malte
Finlande	Norvège
France	Pays-Bas
Grande-Bretagne	Pologne
Grèce	Portugal
Irlande	Suède
Islande	Tchéquie

Les représentants belges sont les suivants :

Assurances :	**Banques, Bourses, Crédit :**
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	Service de Médiation Rue Belliard, 15-17 1040 Bruxelles Tél. : 02/545.77.70 Fax : 02/545.77.79 ombudsman@ombfin.be www.ombfin.be

Ombudsman

Josette Van Elderen

Conseillers

Magali André	Tél. : 02/547.57.80
Hans Claes	Tél. : 02/547.58.73
Sandrine Irrera	Tél. : 02/547.58.79
Joëlle Kint	Tél. : 02/547.58.75
Nathalie Peetroons	Tél. : 02/547.58.74
Robert Reuter	Tél. : 02/547.58.72
Sylvie Scheerlinck	Tél. : 02/547.58.76
Elke Stillaert	Tél. : 02/547.57.70

Secrétariat

Valérie Saussez	Tél. : 02/547.58.71
Carroll Verlaeckt	Tél. : 02/547.58.77

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

Josette Van Elderen

Magali André

Hans Claes

Sandrine Irrera

Joëlle Kint

Nathalie Peetroons

Robert Reuter

Sylvie Scheerlinck

Elke Stillaert

Carroll Verlaeckt

Comment introduire une plainte ?

Il faut un écrit qui peut être transmis

- soit par le formulaire de plainte du site www.ombudsman.as
- soit par courriel à info@ombudsman.as
- soit par lettre adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles
- soit par fax au 02/547.59.75

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉFACE 3

2. LES PLAINTES EN CHIFFRES 7

2.1 Aperçu global 9

A. Combien de plaintes ? 9
B. Répartition par groupe et évolution du nombre de plaintes par groupe 12
C. Répartition linguistique 13
D. Qui introduit une plainte ? 14
E. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ? 15
F. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ? 16
G. Quelle est la solution apportée à la plainte ? 16

2.2 Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances 21

A. Combien de plaintes ? 21
B. Qui introduit une plainte ? 22
C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ? 23
D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ? 24
E. Quelle est la solution apportée à la plainte ? 53

2.3 Plaintes à l'encontre des intermédiaires 55

A. Combien de plaintes ? 55
B. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ? 57
C. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ? 58
D. Quelle est la solution apportée à la plainte ? 63

2.4 Plaintes à l'encontre de Datassur 65

A. Combien de plaintes ? 65
B. Qui introduit une plainte ? 66
C. De quel type d'assurance se plaint le consommateur ? 67
D. De quoi et pourquoi se plaint le consommateur ? 68
E. Quelle est la solution apportée à la plainte ? 70

3. DEUX BRANCHES SOUS LA LOUPE 73

3.1 En assurance Soins de Santé 75

A. Les adaptations et les hausses tarifaires 75
B. L'accès à l'assurance 82

3.2 En assurance Vie 85

A. L'évolution du cadre législatif 85
B. L'accès à l'assurance 90

4. RECOMMANDATIONS 93

4.1 Suivi des recommandations 95

A. L'accès à l'assurance 95
B. Protection juridique : Définition transparente de la notion de sinistre 97

4.2 Recommandations 2008 99

A. Obligation de déclaration de l'assuré : la lacune de l'article 7 de la loi 99
B. Période de couverture de l'assurance RC professionnelle des intermédiaires 103

5. CONCLUSION 105

6. LISTE DES CAS D'INTERVENTION 113

7. STRUCTURE DE L'ASBL ET RÉSEAUX DES OMBUDSMANS 117

A. Organes 119
B. Réseaux : En Belgique : CPMO 120
En Europe : réseau FIN-NET 120

CARNET

Ceci est la version française.
Nederlandse versie is verkrijgbaar op eenvoudig verzoek.

Le carnet est aussi disponible sur
www.ombudsman.as

EDITEUR RESPONSABLE

Ombudsman des Assurances
Josette Van Elderen

COORDINATION – CONCEPT
MISE EN PAGE – DESIGN – PRODUCTION
PHOTOGRAPHIE

comma, merkenmarketeers
Groenestraat 141
8210 Zedelgem

Tél. 050/81.47.90
info@merkenmarketeers.be
www.merkenmarketeers.be

IMPRESSION

drukkerij Moeyaert

D-2009-0377-1

Un Atoma n’est pas seulement un cahier. Le système de reliure original avec ses anneaux caractéristiques a conquis le cœur de nombreuses générations de consommateurs. Le phénomène a souvent été imité, mais jamais égalé. Atoma est un produit typiquement belge basé sur une idée qui traverse le temps. Ce qui est aujourd’hui une référence a débuté en 1923 dans une modeste entreprise familiale, les Papeteries G. Mottart. Le cahier Atoma original est fabriqué depuis 1948. Trois générations plus tard, Atoma figure au rang, même au-delà de nos frontières, des joyaux de la Couronne de Belgique en termes de design utilitaire.

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