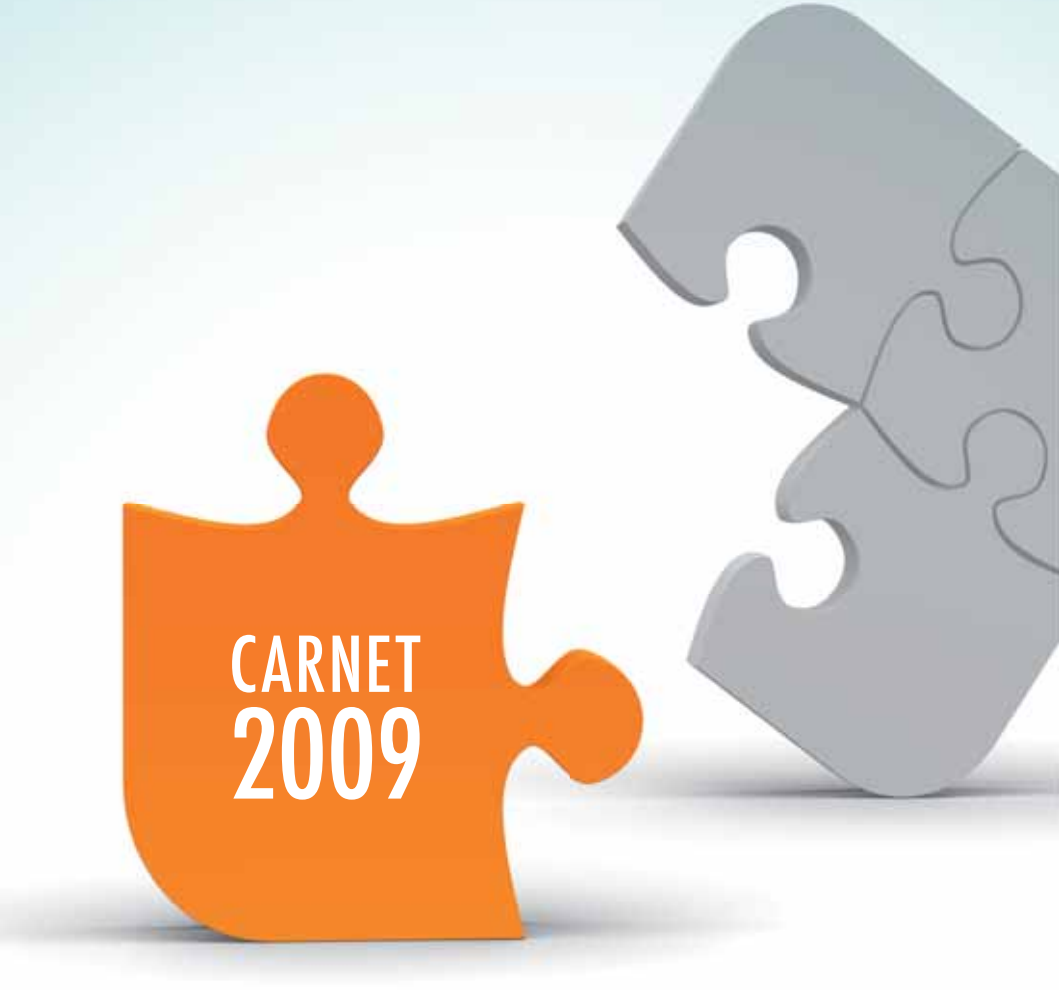
OMBUDSMAN
DES ASSURANCES



CARNET 2009

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Carnet 2009

Service Ombudsman Assurances asbl

Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 547 58 71
Fax +32 (0)2 547 59 75

info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

Table des matières

Préface ... 3

Analyse et statistiques ... 5

1. Aperçu global ... 5
   - A. Combien de plaintes ? ... 5
   - B. À l'encontre de qui ? ... 6
   - C. Dans quelle langue ? ... 7
   - D. Qui introduit une plainte ? ... 8
   - E. Dans quelles branches ? ... 9
   - F. Quelle est la solution apportée à la plainte ? ... 10

2. Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances ... 13
   - Tableau global par branche ... 13
   - A. Assurance Auto ... 15
   - B. Assurance Incendie ... 25
   - C. Assurance Vie ... 35
   - D. Assurance Soins de Santé ... 49
   - E. Assurance Protection Juridique ... 59
   - F. Cas particulier : Assurance Compte ... 65

3. Plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances ... 69

4. Plaintes à l'encontre de Datassur ... 81

Recommandations ... 85

Conclusion ... 91

Liste des cas pratiques ... 93

Réseaux ... 95

Un sommaire intégral est repris en fin de carnet.

Préface

A l'heure où les effets de la crise fragilisent les fondements de notre société, la mise en place d'une information performante et d'une meilleure défense du consommateur compte parmi les priorités du secteur de l'assurance.

Dans cet esprit, la médiation, l'arbitrage et les Ombudsmans se taillent la part du lion. Plus rapides, moins coûteuses et plus conviviales que les procédures de règlement de litiges classiques, ces alternatives répondent en effet efficacement aux nouvelles attentes des assurés et des professionnels du secteur.

A l'orée de sa quatrième année d'activité, le « guichet unique » du Service Ombudsman des Assurances s'inscrit en plein dans cette dynamique. Cette jeune association sans but lucratif (asbl) traite de toutes les plaintes en matière d'assurances, qu'elles soient introduites auprès de la CBFA (ex OCA), du SPF Économie ou de l'Ombudsman du secteur. C'est donc un interlocuteur unique qui s'offre aux assurés.

Financée par le secteur des assurances, l'Ombudsman des Assurances propose ainsi des interventions gratuites aux consommateurs en conflit avec une entreprise d'assurances, un intermédiaire, ou Datassur. Sa mission : analyser ces litiges et rendre des avis. Ces derniers sont étayés avec un soin particulier par une équipe qualifiée.

L'Ombudsman des Assurances n'est cependant pas compétente pour traiter des litiges d'ordre commercial ou ceux dont les intérêts du consommateur ne sont pas en jeu. Dotée d'une véritable autorité morale dans le secteur des assurances, elle ne peut cependant pas lui imposer de sanctions.

Tenue au secret professionnel, l'Ombudsman des Assurances instruit et intervient en toute objectivité. Elle travaille ainsi en se référant aux lois, aux règlements, aux conditions du contrat et aux règles de conduite des entreprises d'assurances et des intermédiaires d'assurances. Dans l'exercice de sa mission, elle tient compte du principe d'équité et tend continuellement à parvenir à des solutions amiables raisonnables. Dans ce contexte, sa structure tend à s'élargir en vue de renforcer la représentation des consommateurs.

L'Ombudsman des Assurances collabore enfin au réseau européen de recours transfrontalier dans le domaine des assurances et adhère au protocole d'accord du réseau belge.

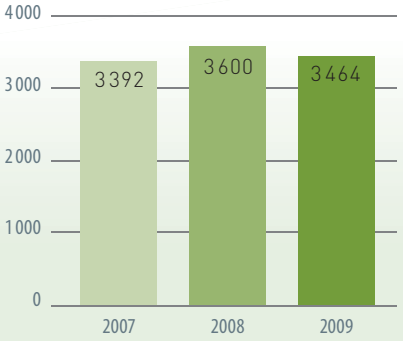
1

Analyse et statistiques

Aperçu global

A. Combien de plaintes ?

A la clôture de l'année 2009, l'Ombudsman a, malgré la croissance du nombre d'appels téléphoniques, enregistré 3 464 plaintes écrites, soit une baisse de 3,7 % par rapport à l'année 2008.
Une grande première ! En effet, depuis plus de 20 ans d'existence, c'est la première fois que l'Ombudsman constate une diminution du nombre de doléances que son office doit traiter.



Comment expliquer cette baisse ?
Elle est essentiellement le reflet des efforts réalisés par les entreprises d'assurances pour organiser, en leur sein, l'accueil et la gestion des clients insatisfaits.

L'Ombudsman oriente d'ailleurs également les consommateurs mécontents vers l'entreprise d'assurances lorsque la plainte peut être gérée, en raison de son objet (délivrance de carte verte, exemplaire des conditions générales...), avec plus d'efficacité par le service chargé de la gestion des réclamations en son sein. Ainsi, 243 doléances ont été directement traitées par les entreprises d'assurances. Cependant, le consommateur est informé qu'il garde la possibilité de revenir vers l'Ombudsman qui l'assiste dans ses démarches, s'il ne trouve pas de solution.

En l'absence de cette gestion des plaintes en première ligne, l'Ombudsman aurait, à l'image des années antérieures, enregistré 3 707 plaintes soit une croissance de 3 %.

La crise financière de 2008 n'a pas eu, en réalité, d'incidence en 2009 sur le nombre de plaintes. Par contre, elle a influencé le comportement des consommateurs et des intervenants du secteur. Les consommateurs se montrent plus revendicatifs et les intervenants du secteur plus réticents à la recherche d'une solution amiable en préférant se retrancher derrière une interprétation stricte des textes.

En assurance Vie, souvent un moyen d'épargne pour le consommateur, la nature des plaintes est fréquemment liée aux conséquences de la crise financière. A ces plaintes doivent s'ajouter celles gérées par le Service de Médiation Banques-Crédit-Placements car elles sont jointes à des produits vendus par une institution bancaire.

B. A l'encontre de qui ?

La majorité des réclamations, à savoir près de 90 %, sont adressées à l'encontre des entreprises d'assurances.

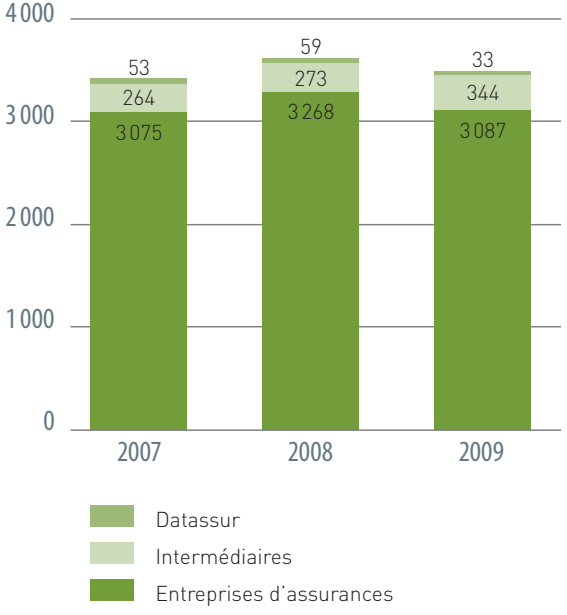
Le nombre des plaintes à l'encontre des intermédiaires a progressé de plus de 25 %. Elles ne représentent cependant qu'environ 10 % de l'ensemble des réclamations.

L'Ombudsman a enregistré 33 doléances à l'encontre de Datassur, soit une chute de 44 %.

Le nombre de plaintes relatives à ces deux dernières catégories reste, à l'instar des années précédentes, modeste par rapport au nombre global.

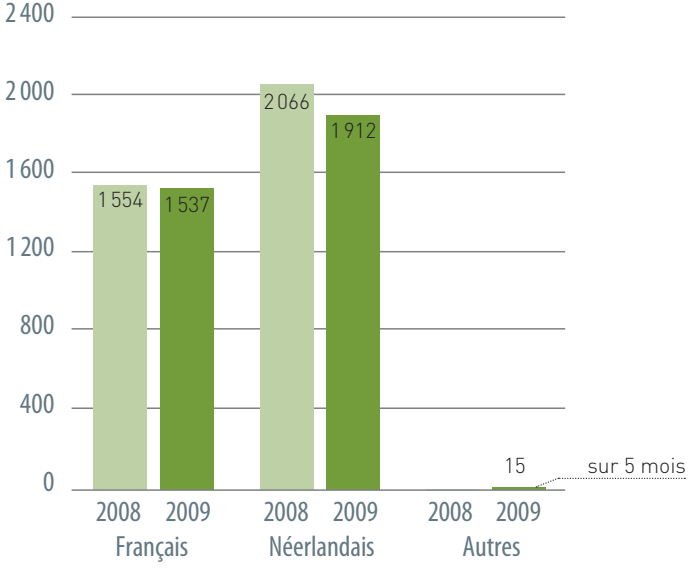
Le faible nombre de doléances à l'encontre des intermédiaires s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet de désamorcer le litige.

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. Dans quelle langue ?

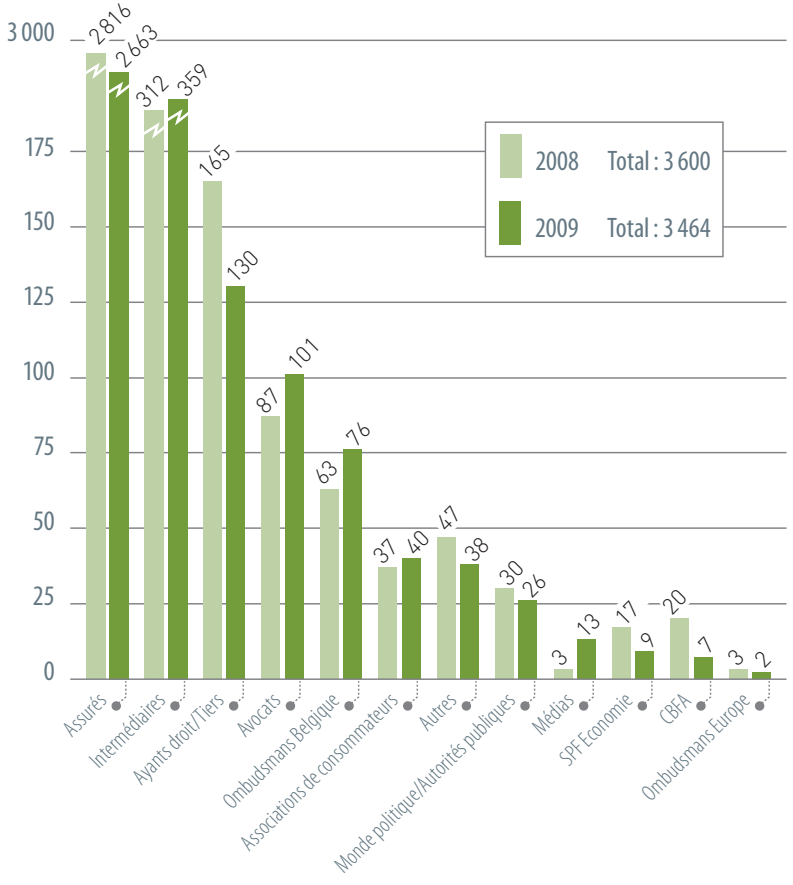
La tendance enregistrée ces dernières années se confirme : 57 % des plaintes sont néerlandophones. L'écart entre les deux groupes linguistiques se marque essentiellement dans les branches Vie et Soins de Santé. A côté de ces plaintes, l'Ombudsman est de plus en plus souvent interrogée dans d'autres langues, principalement en anglais et en allemand.



D. Qui introduit une plainte ?

La majorité des plaintes (77 %) restent introduites par les assurés et donc par les clients des entreprises d'assurances et des conseillers en assurances. Les conseillers en assurances eux-mêmes, pour aider leurs clients, saisissent l'Ombudsman (10 %). Il en est de même pour les avocats (3 %).

Dans 78 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. Deux sites rassemblant les différentes coordonnées des Ombudsmans ont été mis en place pour permettre à tout plaignant de se diriger rapidement vers l'organe de médiation qu'il recherche [1].



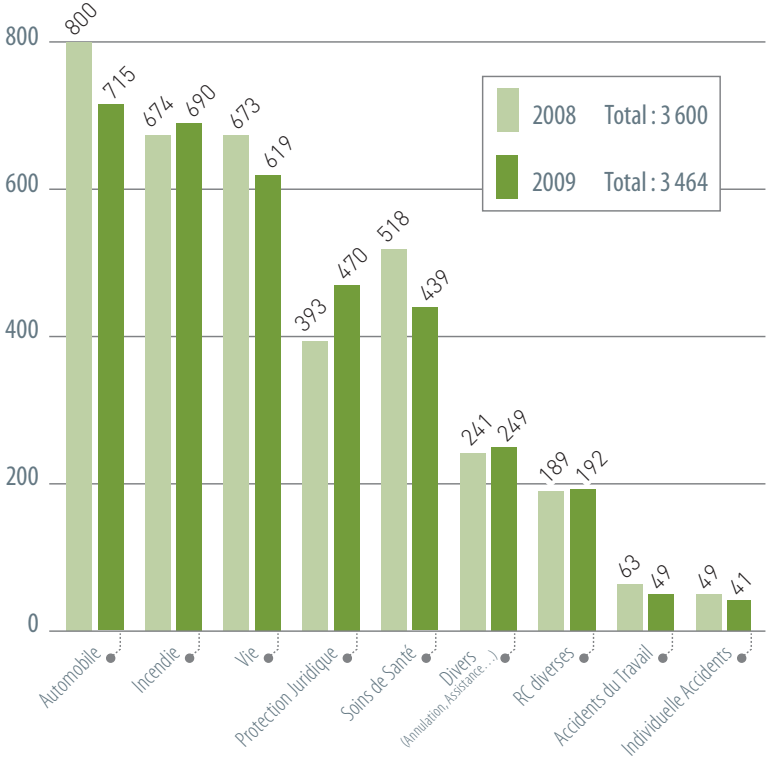
[1] www.ombudsman.be et www.ec.europa.eu/fin-net

E. Dans quelles branches ?

A l'analyse de l'ensemble des plaintes, l'Ombudsman relève une baisse sensible dans trois branches : en assurance Automobile (-11 %), en assurance Vie (-8 %) et en assurance Soins de Santé (-15 %).
La baisse de 11 % en assurance Automobile résulte principalement des doléances en Responsabilité Civile (ci-après RC) Automobile obligatoire. Elle réduit la représentation de cette branche à 20 % pour l'aligner sur la branche Incendie qui, elle, a connu, une augmentation de 2 %.

En assurance Vie, suite à la crise financière de 2008, le nombre de plaintes avait sensiblement augmenté. En 2009, la diminution ramène le nombre de doléances à celui enregistré en 2007.

En assurance Soins de Santé, la chute ramène également le nombre des doléances à celui de 2007. En 2008, l'Ombudsman avait été saisie de nombreuses insatisfactions liées aux adaptations tarifaires massives exécutées par les entreprises d'assurances soit sur la base de l'application de la loi



anti-discrimination homme – femme[2], soit avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi dite Verwilghen[3] qui limite les possibilités d'adaptation.

En Protection Juridique, l'Ombudsman enregistre une croissance de près de 20 % du nombre des réclamations. Cette hausse résulte des doléances qui portent sur les garanties de base non auto et sur les contrats offrant des couvertures étendues.

F. Quelle est la solution apportée à la plainte ?

La codification du résultat des demandes reçues 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, il convient de distinguer 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 ou de Datassur n'a pas été réformée.

En 2009, 20 % des plaintes n'ont pas fait l'objet de négociations. En effet, sur 3464 plaintes introduites auprès de l'Ombudsman, 688 doléances n'ont pas dû être examinées. La majorité de ces écrits concernent 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 reconnaît 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.

Mais l'Ombudsman doit répondre à ces demandes en respectant le rôle des acteurs du secteur.
En effet, les conseillers en assurances ainsi que 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 fonction de la nature de la demande. Elle va renvoyer le consommateur vers les instances concernées ou 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 »[4].

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[5] ou FIN-NET[6] sont, à cet égard, également un appui. 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.

Globalement 50 % des plaintes sont fondées alors qu'en 2008, 52 % des plaintes étaient fondées.

A l'analyse des résultats par branche, l'Ombudsman relève que dans les branches Auto, Incendie et Soins de Santé, plus de 52 % des plaintes sont fondées. Dans la branche Assistance, même 62 % des plaintes sont fondées.

Par contre, en branches Vie et RC diverses, 53 % des plaintes sont non fondées. En Protection Juridique non liée à l'automobile et en assurance Voyage, respectivement 59 % et 64 % des plaintes sont non fondées.

Au regard des motifs, plus de 60 % des plaintes sont fondées lorsque la réclamation porte sur la preuve du contrat, le remboursement de la prime ou la résiliation par l'assuré.

Près de 55 % des doléances sur l'adaptation du montant de la prime ou de la lenteur de règlement sont fondées.
Cependant, les doléances relatives aux prestations acquises et au refus d'intervention ne sont pas fondées dans 65 % des cas.

De même, celles qui touchent aux opérations de rachat des assurances Vie et sur le montant des prestations ne sont pas fondées dans 53 % des cas.

[2] 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.
[3] 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.
[4] www.ombudsman.as/

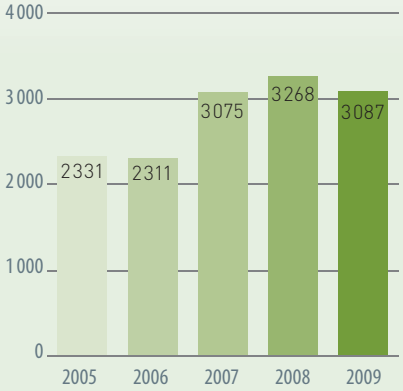
[5] Concertation permanente des médiateurs et Ombudsmans.
[6] Voir infra p. 95.

2

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

En cinq ans, l'Ombudsman enregistre une hausse de 32 % du nombre de plaintes. Cependant, en 2009, les doléances à l'encontre des entreprises d'assurances connaissent une baisse de 6 % par rapport à 2008. Cette diminution est plus significative que la tendance globale.
Cette baisse résulte principalement du développement des structures d'accueil et de la gestion des plaintes au sein des entreprises d'assurances[7]. L'Ombudsman a pu ainsi conseiller à certains plaignants (243 plaintes) de s'adresser dans un premier temps à l'entreprise d'assurances directement et de ne revenir qu'en cas d'insatisfaction persistante.



Sans cette étape, l'Ombudsman aurait enregistré une légère croissance.

Les plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances sont fondées à concurrence de 49 %. L'explication des motifs pour lesquels le consommateur saisit l'Ombudsman se trouve dans les différentes branches.

Branche	2008	2009
Automobile	682	620
Incendie	607	614
Vie	603	525
Protection Juridique	374	451
Soins de Santé	499	404
Divers (Annulation, Assistance...)	257	247
R.C. diverses	183	177
Accidents du Travail	63	49
Total	**3 268**	**3 087**

[7] Voir supra p. 5.

2

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

A.- Assurance Auto

1. En chiffres

En 2009, l'Ombudsman a enregistré 620 plaintes relatives à l'assurance Automobile, soit 20 % de l'ensemble des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances. Parmi celles-ci, 80 % concernent l'assurance obligatoire RC Automobile. Par rapport à 2008, le nombre de réclamations a baissé de 9 %.

Garantie	2008	2009
RC Auto	543	498
Dégâts matériels	122	102
Vol (auto)	17	20
Total	**682**	**620**

2. Analyse

Antérieurement, la majorité des plaintes concernaient la gestion des sinistres. Mais, à l'instar de 2008, plus de la moitié des plaintes (57 %) relèvent des opérations de production des contrats en 2009. On peut certainement y voir une conséquence de la crise financière puisque près de la moitié porte, d'une part, sur les résiliations des contrats et les problèmes que rencontre celui qui veut changer d'assureur et, d'autre part, sur les adaptations du montant de la prime.

Un quart des plaintes qui portent sur les opérations de production concerne la **résiliation du contrat**. L'Ombudsman constate que les entreprises d'assurances cherchent à maintenir en portefeuille les bons risques. Elles vont ainsi appliquer, en cas de résiliation, les dispositions légales de manière stricte.

La loi prévoit l'envoi d'une lettre recommandée dans un délai de trois mois minimum avant l'échéance[8]. Mais, à quelle adresse le preneur d'assurance doit-il écrire ? Les conditions du contrat précisent, en principe, le siège social de l'entreprise d'assurances.

Au moment de l'envoi, il arrive que le consommateur l'adresse spontanément à son interlocuteur habituel, le siège régional le plus proche.

[8] Art. 30 loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après L.C.A.T.), *M.B.*, 20 août 1992.

En pratique...

Formalités : où adresser valablement la lettre de résiliation ?

Monsieur X informe son conseiller en assurances qu'il veut résilier le contrat de sa voiture pour la prochaine échéance.

Dans le respect de la loi, plus de trois mois avant l'échéance annuelle, son intermédiaire envoie une lettre recommandée informant l'entreprise d'assurances de la résiliation. Il l'adresse au siège le plus proche de son bureau.

Deux mois plus tard, il reçoit un courrier de l'entreprise d'assurances qui l'informe qu'elle refuse d'acter la résiliation car la lettre n'a pas été envoyée au siège social à Bruxelles.

Étonné, l'intermédiaire conteste cette décision et interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman questionne l'entreprise d'assurances qui invoque les conditions générales du contrat prévoyant que toute correspondance doit être adressée au siège social. Elle estime qu'en tant que professionnel de l'assurance, l'intermédiaire aurait dû le savoir.

L'Ombudsman relève cependant que la lettre de résiliation a été envoyée quatre mois avant la date d'échéance.
Le siège régional aurait pu réagir et informer l'intermédiaire de son erreur pour qu'il puisse rectifier son envoi dans le respect du délai de trois mois.

Sensible à cet argument, l'entreprise d'assurances a accepté d'acter la résiliation.

Dans d'autres cas, le preneur d'assurance adresse le renon à son conseiller en assurances ou il ne l'envoie pas sous pli recommandé.
Les exigences des entreprises d'assurances dépassent même parfois les obligations légales puisque certaines réclament que l'assuré précise le motif du renon.
Bien que les entreprises d'assurances s'en tiennent plus à l'application stricte des dispositions légales[9], l'Ombudsman a pu obtenir, dans de nombreux cas, une solution favorable au consommateur.

Par ailleurs, afin de rencontrer la nécessité de simplification des exigences administratives, les entreprises d'assurances ont conclu une convention « renon par fax »[10].
En vertu de cette convention, la résiliation d'une assurance peut, dans certaines conditions, se faire par fax ou e-mail par l'intermédiaire ou la nouvelle entreprise d'assurances.

A l'analyse des plaintes, l'Ombudsman souligne la croissance des contestations face au refus de l'assureur d'accepter un renon par fax. Les motifs les plus souvent invoqués sont l'absence de réception du fax, l'impossibilité de la preuve de l'envoi du fax ou celle de prouver que le fax portait sur la résiliation du contrat concerné.

L'entreprise d'assurances dispose également d'un droit de résiliation qu'elle doit cependant exercer dans le respect des formalités prévues par la loi. La loi n'est pas toujours respectée pour des raisons de simplification administrative et de réduction de coût. Alors, l'Ombudsman convainc l'assureur de remettre le contrat en vigueur et de prendre en charge le sinistre qui serait éventuellement survenu.

Environ 20 % des contestations en production portent sur le **calcul** ou l'**adaptation du montant de la prime**.

En 2009, suite à la crise financière, de nombreuses entreprises d'assurances ont majoré les tarifs applicables en assurance Automobile. Les assureurs peuvent exécuter des augmentations tarifaires mais ils doivent le faire dans le respect de la loi. Ainsi, il faut d'abord que le droit d'adapter le tarif soit prévu par les conditions générales du contrat. Il faut également communiquer au preneur d'assurance la hausse en respectant certains délais et l'informer explicitement qu'il dispose du droit de résilier la police.

Malheureusement, les dispositions réglementaires reprenant ces principes sont peu transparentes et contradictoires.

D'une part, l'article 15 du contrat-type d'assurance automobile dispose que l'entreprise d'assurances, qui modifie son tarif doit, en informer le preneur d'assurance au moins 90 jours avant l'échéance annuelle. Le preneur d'assurance, lui, doit réagir dans les 30 jours s'il veut résilier son contrat.[11]
En l'absence de résiliation, le nouveau tarif entre en vigueur à la prochaine échéance annuelle.
En principe, si l'assureur ne respecte pas le délai de 90 jours, il doit reporter l'application de l'augmentation à l'échéance annuelle qui suivra l'échéance la plus proche.

[9] Art. 29 L.C.A.T.

[10] La convention « lettres de renon et/ou de coassurance en Auto, Incendie et ADC » permet aux assureurs adhérents, dans un souci d'économie, d'envoyer des lettres de renon par fax ou par courriel en respectant quelques règles. Avec les fédérations professionnelles des intermédiaires d'assurances, il a été convenu d'ouvrir l'application de cette convention aux intermédiaires, moyennant le respect de quelques règles strictes. www.assuralia.be/

[11] Contrat-type d'assurance automobile annexé à l'A.R. du 14 décembre 1992 relatif au contrat type d'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 3 février 1993.

D'autre part, l'arrêté royal portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances réglemente également les adaptations tarifaires [12]. Ainsi, il décrit en son article 12, deux possibilités :

- soit l'entreprise d'assurances avertit son client au moins quatre mois avant l'échéance annuelle. L'assuré dispose alors du droit de résilier la police dans les trois mois qui précédent l'échéance annuelle conformément à l'article 29 L.C.A.T. Dans ce cas, le contrat prendra fin à l'échéance;
- soit l'entreprise d'assurances informe son client de l'adaptation tarifaire moins de quatre mois avant l'échéance. Dans ce cas, le preneur d'assurance dispose d'un délai de trois mois à partir du moment où il en a pris connaissance pour résilier le contrat. Dans cette hypothèse, la durée du contrat pourra excéder un an.

Face à ces deux dispositions législatives divergentes, le consommateur s'interroge sur le point de connaître la disposition prioritaire. Pratiquement, il se demande s'il doit être informé par un courrier séparé ou si la mention sur l'avis d'échéance suffit.
Lors de l'examen des dossiers, l'Ombudsman prend connaissance des différentes argumentations sans réellement pouvoir trancher juridiquement. Mais, en équité, elle recherche une solution amiable pragmatique et qui agrée les deux parties.
Cette problématique a déjà fait l'objet de nombreux débats au sein de la Commission des Assurances [13]. De son côté, la CBFA a également investigué auprès des entreprises d'assurances.

De manière générale, l'Ombudsman insiste pour que les dispositions nécessaires à l'harmonisation de ces deux législations soient prises et exécutées [14].

Le consommateur se tourne également vers l'Ombudsman pour l'application correcte, sur le montant de la prime, des bonus ou pénalités liés au système bonus malus.
Autrefois, il existait un seul système de référence repris dans un arrêté royal réglementant la responsabilité civile automobile obligatoire [15]. Actuellement, les entreprises d'assurances fixent chacune librement leur système. Face à leur grande créativité, la comparaison entre les systèmes est devenue quasi impossible.
Les pénalités suite à un ou des accidents en tort sont fort divergentes. Ainsi, une prime de départ très attrayante peut, dès le premier sinistre, devenir bien plus importante que celle d'un contrat plus cher au départ. Aussi, l'Ombudsman recommande aux consommateurs non seulement de comparer la prime lors de la souscription du contrat, mais également de vérifier le mécanisme de variation des primes en cours de contrat.

Dans la pratique, l'Ombudsman est aussi saisie de questions très variées à propos des éléments qui influencent le montant de la prime. Ainsi, l'assuré peut-il faire appel à un joker ? A partir de quand l'assureur peut-il adapter la prime ? Doit-il attendre que la discussion des responsabilités soit tranchée pour adapter le montant ? Peut-il adapter la prime dès le premier paiement à la partie adverse ? Doit-il attendre que la gestion du dossier soit clôturée avant de l'augmenter ?

[12] A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 11 avril 1991.
[13] Avis C/2004/1 de la Commission des Assurances du 4 février 2008 sur la modification de la prime et du contrat, projet d'article 30*bis*, www.cbfa.be/
[14] Voir *Rapport Annuel 2002 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 40.
[15] A.R. du 16 janvier 2002 modifiant l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général de contrôle des entreprises d'assurances et l'arrêté royal du 14 décembre 1992 relatif au contrat-type d'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 14 février 2002. Cet arrêté abolit le système bonus malus uniforme au 1er janvier 2004.

2

En pratique...

Dans quelles conditions une entreprise d'assurances peut-elle augmenter le degré bonus malus ?

Madame X a un accident de la circulation. La partie adverse, monsieur Y, conteste sa responsabilité et l'affaire est portée devant les tribunaux. Madame X reçoit un avis d'échéance et elle constate que sa prime a augmenté. En effet, suite à ce sinistre, l'assureur a appliqué un malus.

Comme les responsabilités ne sont pas encore établies, madame X conteste cette augmentation et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des conditions générales auprès de l'entreprise d'assurances. Il en ressort qu'elle ne peut majorer la prime du contrat d'assurance que dans le cas d'un sinistre en tort. Comme les responsabilités ne sont pas établies, l'entreprise d'assurances ne peut pas encore adapter le malus du contrat de madame X.

L'Ombudsman l'invoque auprès de l'entreprise d'assurances qui reconnaît son erreur. Aussi, elle annule le malus du contrat de madame X, enchantée de ce résultat.

Toutes ces discussions conduisent certains dont des représentants des consommateurs, à estimer préférable le retour à un système bonus malus unique. Un projet de loi a été déposé dans ce sens [16].

Lorsque le consommateur se plaint de la gestion d'un sinistre, il invoque principalement le montant de l'indemnité (22 %), le refus d'intervention (21 %), la lenteur du règlement (20 %) et l'absence de justification (19 %).
Les années précédentes, le plaignant invoquait déjà les mêmes motifs lorsqu'il s'adressait à l'Ombudsman.

C'est surtout dans le cadre du règlement des sinistres en assurance Dégâts matériels (Omnium) que les discussions portent sur le **montant de l'indemnité**.

Interrogée sur ce point, l'Ombudsman va vérifier si dans le décompte de l'indemnité, l'entreprise d'assurances a bien respecté les dispositions légales et contractuelles. Ainsi, elle examine si l'assureur a pu récupérer ses débours et s'il les a correctement ristournés au consommateur. En effet, bien que l'assureur Omnium bénéficie d'un droit de subrogation, il doit néanmoins respecter la priorité que la loi reconnaît à l'assuré [17].

[16] Proposition de loi (F. Van den Bossche et K. Lalieux) modifiant la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs, en vue de rétablir le système de bonus malus obligatoire et généralisé, *Doc. parl.*, Ch. Repr., 52K1302, www.lachambre.be/

[17] Art. 41 L.C.A.T. et Cass., 2 juin 1999, www.cass.be/

En pratique...

L'assuré a-t-il priorité sur l'assureur pour récupérer la franchise ?

Madame X a un accident de la circulation. Elle le déclare à son assureur Omnium qui lui rembourse ses dégâts en déduisant 50 % de la franchise prévue par le contrat car il estime que les responsabilités sont partagées.

**Madame X considère ne pas être responsable de l'accident et avoir droit à l'entièreté de la franchise. Pour se faire une idée plus précise des responsabilités, elle désire obtenir une copie du dossier répressif.
A plusieurs reprises, elle contacte son assureur mais elle n'obtient aucune information complémentaire.**

Lassée, elle s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et prend connaissance des éléments clefs du dossier.

*Comme l'assureur est subrogé dans les droits de madame X qu'il a indemnisée, il exerce un recours contre la partie adverse pour récupérer ses débours.
Ainsi, il obtient, sur la base du partage des responsabilités, 50 % des montants de l'indemnité versée à madame X.*

Mais la loi octroie un droit de préférence à l'assuré par rapport à l'assureur qui ne peut pas exercer son droit de subrogation au préjudice des droits de l'assuré. Sur cette base, madame X peut récupérer avant l'assureur ce qui lui reste dû et donc les 50 % du montant de la franchise qui n'avaient pas été payés [18].

Convaincue par cette argumentation, l'entreprise d'assurances a remboursé, à la grande satisfaction de madame X, le solde de la franchise.

[18] Voir aussi X, « Hogere vergoeding dan werkelijk geleden schade », *Kluwer Nieuwsbrief Auto nr. 3,* mars 2004, p. 7.

De manière générale, l'Ombudsman, saisie d'une demande qui porte sur l'approbation du montant de l'indemnité allouée, va se limiter à vérifier si les prescrits légaux et conventionnels ont été respectés. Elle va donc contrôler l'application correcte des franchises, le décompte d'une quittance établie sur la base d'un contrat Omnium 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, dommages suite à une incapacité temporaire ou totale, dommage moral ou esthétique...). Elle les renvoie vers les conseillers en assurances (intermédiaires), les assureurs Protection Juridique et les avocats dont le rôle essentiel est d'assister et de conseiller la victime dans ses prétentions. Cependant, afin d'éviter des discussions excessives ou de rassurer le plaignant, elle donne des indications objectives sur les indemnités généralement reconnues.

En assurance RC Automobile, l'assureur va **refuser son intervention** car il estime que la responsabilité de son assuré n'est pas établie. L'assureur n'est pas tenu par les promesses d'indemnisation de son assuré à la partie adverse[19]. Il peut également décliner son intervention lorsqu'il met en cause la régularité de la couverture. Il arrive que le consommateur en possession d'une carte verte invoque qu'il est couvert alors que le contrat est résilié pour non-paiement de la prime ou même parfois que le contrat n'a jamais pris effet.

Dans les contrats couvrant les Dégâts matériels, l'assureur refuse le remboursement des frais de réparation des dommages dont la cause n'est pas couverte. A cet égard, l'Ombudsman doit se référer aux conditions du contrat. C'est le cas, notamment, du refus d'intervention pour les dégâts, de plus en plus fréquents, dus au vandalisme.

L'entreprise d'assurances peut refuser de prendre en charge un sinistre lorsqu'elle estime qu'il y a eu fraude. A cet effet, elle va investiguer pour déterminer les circonstances exactes de l'accident, la localisation des dommages, l'ampleur des dégâts...

Lorsque l'Ombudsman est saisie d'une réclamation, elle demande à l'entreprise d'assurances de formuler, à la clôture de son enquête, clairement sa prise de position en donnant des indications sur les motifs qui justifient la présomption de fraude. Conformément aux recommandations d'Assuralia[20], elle demande à l'assureur de déposer plainte[21].

Les **délais de règlement**, suite à un sinistre, sont aussi bien critiqués par les assurés que les victimes.
Divers motifs peuvent être à la base du retard de gestion. Ainsi, la convention RDR[22] ne s'applique pas, le montant des dommages est contesté, la partie adverse est inconnue, la partie adverse ne déclare pas l'accident, les responsabilités sont discutées...

Les entreprises d'assurances ne portent pas toujours la responsabilité des délais mis pour le règlement d'un dossier. Ainsi, elles rencontrent encore de nombreuses difficultés pour obtenir les informations du dossier établi par la police. Une directive européenne impose aux États membres d'établir une banque de données facilitant l'accès aux données nécessaires au règlement des sinistres[23]. Un nouveau système « Verpais » d'informations automatisées, qui doit permettre aux parquets en Belgique de gérer plus facilement les demandes d'accès au dossier répressif par les entreprises d'assurances, a bien avancé. Mais, ce système se limite, cependant, à communiquer à l'entreprise d'assurances l'état d'avancement du dossier sans lui en transmettre le contenu[24].

A la lumière des plaintes, ces informations sont insuffisantes car l'entreprise d'assurances ne recevra pas les informations utiles pour poursuivre la gestion du dossier telles que l'identité complète de la partie adverse, les croquis des lieux, les éléments nécessaires à l'analyse des responsabilités... La réalisation du transfert de l'ensemble du procès-verbal par voie informatique dépend cependant du projet global de l'informatisation de la Justice[25].

Les plaintes sur le **défaut d'information** restent récurrentes. Malgré les efforts de communication des acteurs du secteur, certains gestionnaires de dossiers sinistres ne saisissent pas encore l'importance d'expliquer et d'étayer de manière claire et circonstanciée leur prise de position.
L'Ombudsman enregistre ainsi toujours des réclamations d'assurés ou de victimes qui ne comprennent pas le point de vue de l'assureur ou qui, simplement, ne reçoivent même pas de réponse à leurs arguments.

A l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate que, souvent, le manque d'information résulte du fait que l'un des acteurs du secteur compte sur l'autre : le gestionnaire du dossier RC Auto estime qu'il appartient au gestionnaire du dossier Protection Juridique ou au conseiller en assurances d'informer plus en détails son client alors que l'intermédiaire compte sur les entreprises d'assurances.

Une meilleure coordination et une distribution plus transparente des rôles de chaque intervenant permettraient d'éviter ces doléances.

3. Résultats

En assurances Auto, l'Ombudsman a reçu 620 doléances dont 15 % concernaient des demandes d'information.

81 % de plaintes ont fait l'objet de négociations.
Au regard des motifs pour lesquels, elle a été saisie, elle constate que 57 % de plaintes relatives au montant de la prime étaient fondées.
Les réclamations sur les résiliations demandées par les preneurs d'assurance sont fondées pour 65 %.

Dans 67 % des plaintes portant sur le montant de l'indemnité, l'Ombudsman a pu donner satisfaction au plaignant.
Par contre, les doléances sur le refus d'intervention n'étaient fondées que pour 41 %, celles sur la lenteur de règlement pour 44 % et celles sur le défaut de motivation pour 55 %.

[19] Art. 79 L.C.A.T. et art. 85 L.C.A.T.
[20] Union professionnelle des entreprises d'assurances.
[21] Convention relative à la politique de lutte contre la fraude dans le secteur de l'assurance, www.assuralia.be/
[22] Convention qui accélère la gestion des sinistres automobiles appelée Règlement Direct/Directe Regeling.

[23] 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.
[24] I. Verbaeys, « Verpais : un système d'information pour les entreprises d'assurances et les parquets » *Assurinfo n°24*, 30 juillet 2009.
[25] Voir aussi *Carnet 2008 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 34.

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

B.- Assurance Incendie

1. En chiffres

En 2009, 614 réclamations ont été introduites auprès de l'Ombudsman soit une hausse légère de 1 % essentiellement pour la couverture Dégâts des eaux.

Garantie	2008	2009
Incendie	287	281
Dégâts des eaux	198	215
Vol (habitation)	50	53
Tempête	34	20
Catastrophes naturelles	13	18
Bris de vitrages	7	10
Risque électrique	12	9
RC immeuble	6	8
Total	**607**	**614**

2. Analyse

La majorité des plaintes en branche Incendie portent sur les sinistres qui représentent plus de 70 %.

En production, comme en 2008, les doléances concernent essentiellement les résiliations demandées par le preneur d'assurance et le cumul de polices ou la reprise du contrat. Ensemble, les deux motifs représentent 41 % des réclamations pour ce volet d'activité.

Les discussions relatives à une **résiliation** ou à une **reprise du contrat** d'une entreprise d'assurances par une autre naissent souvent à l'occasion d'un déménagement, de l'emménagement d'une personne assurée chez son partenaire déjà assuré auprès d'une autre entreprise ou encore suite à la vente ou à l'achat d'une maison ou d'un appartement.
Suite à ces changements de situation, le preneur d'assurance doit en informer son entreprise d'assurances. Parfois, il résilie le contrat initial mais ne respecte pas les formes ou les délais car il estime qu'il y a une modification du risque ou de la qualité du preneur d'assurance (locataire/propriétaire) ou bien tout simplement que le risque a disparu. Certaines entreprises d'assurances refusent d'acter la résiliation estimant que le preneur d'assurance a une obligation de fidélité.

L'Ombudsman analyse les doléances en distinguant la couverture du bâtiment de celle du contenu.

En effet, en général, le contenu suit le preneur d'assurance qui en reste propriétaire. Le risque ne disparaît donc pas et le contrat restera en vigueur.

Quant au bâtiment, elle consulte les dispositions prévues par le contrat qui en tout état de cause, peut être résilié valablement par le preneur d'assurance au plus tard trois mois avant l'échéance principale du contrat.
De plus, tous les contrats reprennent la disposition légale selon laquelle le contrat prend fin de plein droit après les trois mois qui suivent la passation de l'acte de vente [26].

De nombreux contrats prévoient parallèlement durant un certain délai, la couverture des deux immeubles tout en limitant l'intervention aux capitaux assurés.

Ces dispositions protègent le consommateur mais entraînent une obligation de fidélité qui se limitera cependant aux capitaux couverts et à sa qualité initiale de locataire ou de propriétaire [27].

Divers assurés ont également interpellé l'Ombudsman à propos de l'**adaptation de la prime**. Ils sont au courant du fait que l'indice ABEX, indice des prix à la construction utilisé en assurance Incendie, a diminué mais ils constatent par ailleurs que le montant de la prime a augmenté [28]. Ils interrogent l'Ombudsman afin de savoir si cette augmentation est correcte et quel en est le motif.

[26] Art. 57 L.C.A.T.
[27] Art. 10 A.R. du 24 décembre 1992 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples, *M.B.*, 31 décembre 1992.
[28] Les raisons de la baisse de l'indice Abex sont la diminution du coût de l'énergie et surtout des marges bénéficiaires des entrepreneurs.

En pratique...

Quel est le montant de la prime lorsque l'indice ABEX diminue ?

Monsieur X reçoit l'avis d'échéance de son assurance Incendie. Il constate que sa prime a augmenté. Il s'étonne car il a lu dans la presse que l'indice ABEX a baissé.

Monsieur X, perplexe, se tourne vers l'Ombudsman.

Afin de comprendre cette augmentation de prime, l'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances. Elle lui répond que l'augmentation est due à une adaptation appliquée à l'ensemble de son portefeuille. Comme l'augmentation du tarif a neutralisé l'application de la baisse de l'indice ABEX, la prime du contrat de monsieur X a été majorée.

En cas d'augmentation, l'entreprise d'assurances doit informer l'assuré de son droit de résilier le contrat dans les trois mois [29].

Or, à l'examen des documents, l'Ombudsman constate que cette formalité n'a pas été respectée. Par conséquent, c'est l'ancienne prime liée à l'indice ABEX qui est due.

Cependant, comme monsieur X souhaite changer d'assureur, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprise d'assurances d'accepter la résiliation immédiate du contrat.

[29] Art. 12 A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 11 avril 1991.

Par ailleurs, en 2009, l'Ombudsman a connu des doléances liées à la notion d'**offres conjointes**.
Il s'agit principalement de cas où un organisme de crédit accorde une réduction du taux du crédit hypothécaire au consommateur qui conclut une assurance Incendie et/ou une assurance Solde restant dû auprès d'une entreprise d'assurances déterminée. Le consommateur se demande si l'offre conjointe est autorisée et si le taux d'intérêt de l'emprunt hypothécaire peut être revu, après quelques années de remboursement, lorsqu'il change d'entreprise d'assurances.
Influencés par les informations générales qu'ils reçoivent et entendent sur les ventes couplées, les consommateurs craignent que leurs droits ne soient pas respectés.
En effet, la législation relative aux pratiques du commerce[30] fait actuellement l'objet d'une révision suite à la décision de la Cour de justice européenne[31] qui a estimé que l'interdiction de principe des offres conjointes prévue par la loi belge n'était pas compatible avec la législation européenne[32].
En l'occurrence, c'est la loi sur le crédit hypothécaire qui trouve à s'appliquer. Or, elle autorise l'attribution d'une réduction du taux d'intérêt pour l'emprunteur qui souscrit et maintient une ou plusieurs assurances annexes dans certaines conditions[33].

Parmi les demandes relatives au règlement des sinistres, les assurés se plaignent principalement du **refus d'intervention** de leur assureur Incendie (48 %). Ce motif de plaintes est en hausse par rapport à 2008, où il représentait 37 % des réclamations sur la gestion des sinistres. L'Ombudsman enregistre le plus de demandes à cet égard au niveau de la garantie Dégâts des eaux.

L'entreprise d'assurances peut refuser d'intervenir pour une série de raisons. Elle refuse de prendre le sinistre en charge car la cause du sinistre rentre dans les exclusions du contrat ou elle estime que l'assuré n'apporte pas la preuve que l'origine du dommage ou que les circonstances sont couvertes par le contrat. Parfois, l'entreprise d'assurances accorde une interprétation différente aux conditions générales. Ainsi, des notions telles qu' « installation hydraulique », « biens mis à disposition d'un commerçant pour la vente » et « vol avec violence » sont sujettes à discussion.

L'entreprise d'assurances décline également toute intervention lorsqu'elle estime que le sinistre est survenu avant la prise d'effet du contrat d'assurance ou après la fin de sa couverture. C'est le cas notamment des nouveaux acquéreurs d'un immeuble qui découvrent des dégâts dont l'origine est antérieure à la vente et qui se voient refuser toute indemnité[34].

L'entreprise d'assurances estime dans d'autres cas ne pas devoir prendre le sinistre en charge car l'assuré n'a pas géré son habitation comme un « bon père de famille ». Il doit l'entretenir et prendre les mesures raisonnables pour éviter la survenance d'un sinistre[35]. Mais certaines mesures préventives sont évidentes alors que d'autres le sont moins. Il est donc utile qu'elles soient indiquées dans les conditions générales de la police d'assurance.

[30] Loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur, *M.B.*, 29 août 1991, *Errat, M.B.*, 10 octobre 1991.
[31] C.J.C.E. 23 avril 2009 C-261/07 et C-299/07, www.curia.europa.eu/
[32] Directive 2005/29/CE du Parlement européen et du Conseil du 11 mai 2005 relative aux pratiques commerciales déloyales des entreprises vis-à-vis des consommateurs dans le marché intérieur et modifiant la directive 84/450/CEE du Conseil et les directives 97/7/CE, 98/27/CE et 2002/65/CE du Parlement européen et du Conseil et le règlement (CE) n°2006/2004 du Parlement européen et du Conseil, *J.O.C.E.*, L 149 du 11 juin 2005, p. 22.
[33] Pour plus d'informations, voir site www.ombudsman.as FAQ section générale.
[34] Voir infra p. 85.
[35] Art. 20 L.C.A.T.

2

En pratique...

Quelles sont les obligations de l'assuré lorsqu'il part en voyage ?

Monsieur et madame X partent pour cinq jours à Paris. Leur fils va les rejoindre deux jours plus tard. Avant de partir, il veut prendre une douche, mais en ouvrant le robinet, il constate qu'il n'y a pas d'eau. En effet, la compagnie des eaux effectue des travaux dans la rue. A son retour de vacances, la famille X découvre le désastre : l'ensemble de la maison est endommagée par l'eau ! Heureusement, ils ont une assurance couvrant les dégâts des eaux. Ils déclarent le sinistre à l'entreprise d'assurances qui refuse d'intervenir. Elle estime que les plaignants ont été négligents car ils n'ont pas pris les mesures de précaution nécessaires afin d'éviter le sinistre. Leur fils aurait dû couper l'arrivée d'eau dans la maison.

Monsieur et madame X ne peuvent pas accepter ce point de vue et se tournent vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des conditions générales de leur contrat et constate qu'elles précisent que l'assuré a l'obligation de couper l'arrivée d'eau lorsque sa maison est inhabitée durant huit jours. Or monsieur et madame X ne se sont absentés que cinq jours et, en réalité, la maison n'a été inhabitée que pendant trois jours.

L'Ombudsman a, sur la base de cette argumentation, demandé à l'entreprise d'assurances de réexaminer son dossier. A la satisfaction de monsieur et madame X, l'entreprise d'assurances a revu sa position et les a indemnisés.

En 2009, l'Ombudsman a été interrogée par des assurés qui, habitués à des hivers plus doux, n'avaient pas pris les mesures de précaution nécessaires face à un hiver particulièrement rigoureux.

Les autres raisons d'insatisfaction les plus fréquentes sont le montant de l'indemnité (24 %) et la durée de l'indemnisation (13 %). Les assurés ne comprennent pas l'application de la règle proportionnelle[36]. Ils se plaignent de la lenteur du règlement qui trouve son origine dans une expertise, une contre-expertise ou dans des contestations sur tel ou tel élément du dommage.

Les polices d'assurance Incendie comprennent fréquemment une extension et prévoient une indemnité complémentaire pour le **chômage immobilier** subi dans le cadre d'un sinistre couvert. Cette intervention est limitée aux descriptions reprises dans le contrat. Ainsi, l'assuré, privé de la jouissance de son bâtiment ou d'une partie de celui-ci, a généralement droit à une indemnité correspondant à sa perte de jouissance pour la partie rendue inhabitable pendant la durée normale de la réparation ou de la reconstruction. Dans certains cas, cette indemnisation est uniquement octroyée à l'assuré, propriétaire du bâtiment assuré. Généralement, les contrats précisent que ce dédommagement ne peut pas être cumulé avec une indemnité pour frais de logement provisoire.

[36] L'application de la règle proportionnelle est la sanction prévue par la loi lorsque les capitaux assurés dans le contrat sont insuffisants (art. 44 L.C.A.T.).

2

En pratique...

Dans quelles conditions le chômage immobilier est-il indemnisé ?

La maison de madame X est ravagée par les flammes. Elle est devenue inhabitable. Son assureur Incendie évalue son préjudice et fixe le chômage immobilier. Durant les travaux, madame X est hébergée gratuitement par sa fille. Comme madame X ne dispose d'aucune facture de frais de relogement, l'entreprise d'assurances refuse de l'indemniser pour le chômage immobilier.

Madame X n'accepte pas la décision de l'entreprise d'assurances et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des conditions générales du contrat souscrit par madame X. Le chômage immobilier y est décrit comme la perte de jouissance du bâtiment assuré. Or, bien que madame X n'ait pas eu de frais pour se reloger, elle a bien subi un dommage suite à la privation de la jouissance de son bâtiment. Sur cette base, l'Ombudsman estime qu'elle a droit à l'indemnisation prévue dans le procès verbal d'expertise pour le chômage immobilier.

Convaincue par ce raisonnement, l'entreprise d'assurances revoit sa position et indemnise madame X.

Fréquemment, l'Ombudsman est interrogée en raison de litiges d'assurance liés à la gestion de la **copropriété**. Les assurés propriétaires d'un appartement dans un immeuble interrogent l'Ombudsman car ils rencontrent des difficultés pour être indemnisés des conséquences d'un sinistre survenu dans les parties privatives. L'association des copropriétaires, représentée par le syndic, est preneur d'assurance. Le syndic a un rôle prédominant dans la gestion et le suivi de la police Incendie couvrant le bâtiment. Comme il a concrètement souscrit le contrat d'assurance protégeant l'immeuble, il est l'interlocuteur privilégié de l'assureur en cas de sinistre. Il perçoit souvent l'indemnité qu'il se charge de redistribuer. Les copropriétaires ont cependant des droits qui doivent être respectés. Certains syndics les interprètent à leur façon. La situation est d'autant plus épineuse que certains syndics cumulent cette qualité avec celle de conseiller en assurances[37].

3. Résultats

Lorsque l'assuré se tourne vers l'Ombudsman en assurance Incendie, il s'agit d'une demande d'information dans 13 % des cas. Globalement, parmi les plaintes négociées, 49 % sont fondées.

Par contre, lorsque l'assuré s'adresse à l'Ombudsman pour une insuffisance voire une absence d'information, sa demande est fondée pour 80 % des cas en Incendie et 60 % en Dégâts des eaux. De plus, en Dégâts des eaux, les doléances relatives à la lenteur de règlement sont fondées pour 67 %.

Les contestations sur le refus de l'intervention de l'assureur sont pour la plupart non fondées principalement en Vol (81 %), en Incendie (73 %) et en Dégâts des eaux (61 %).

Les réclamations sur le montant des indemnités payées en Incendie sont non fondées pour 67 %.

[37] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 35 et 58.

2

En pratique...

En cas de copropriété, à qui l'entreprise d'assurances doit-elle régler le sinistre ?

Dans un immeuble, monsieur X est propriétaire d'un appartement. Son logement est endommagé par une fuite des installations hydrauliques. Il en informe le syndic qui le déclare à l'entreprise d'assurances couvrant l'immeuble en cas de dégât des eaux. L'assureur désigne un expert. Le syndic a suivi la gestion du dossier.

Monsieur X souhaite prendre connaissance du procès-verbal d'expertise fixant son dommage afin, notamment, de vérifier les montants accordés pour le chômage immobilier. Il interroge le syndic qui ne le lui transmet pas. Il s'adresse alors à l'entreprise d'assurances qui refuse de le lui communiquer.

Monsieur X n'accepte pas ces refus et interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman se tourne vers l'entreprise d'assurances et prend connaissance des différents éléments du contrat. Le preneur d'assurance est bien la copropriété représentée par le syndic mais les conditions particulières précisent que « tout règlement de sinistre se fera avec le propriétaire intéressé pour les dommages à ses parties privatives et avec le mandataire de l'Association des copropriétaires pour les dommages aux parties communes ».

Comme les dégâts sont situés dans l'appartement de monsieur X, l'Ombudsman estime qu'il a le droit d'obtenir une copie du procès-verbal d'expertise. Elle convainc l'entreprise d'assurances de poursuivre directement le règlement du sinistre avec monsieur X. Ce dernier constate que rien n'est prévu pour le chômage immobilier. Or, monsieur X n'a pu utiliser normalement certaines pièces de son appartement pendant plusieurs semaines. Il relance l'expert qui accepte ce trouble de jouissance et ensemble, ils conviennent d'une indemnité complémentaire.

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

C.- Assurance Vie

1. En chiffres

En 2009, l'Ombudsman a reçu 525 plaintes relatives à la branche Vie. Elle note une baisse de 13 % par rapport à 2008, année de la crise financière mondiale. Si cette diminution est enregistrée dans les différents produits d'assurance Vie, elle est cependant la plus significative pour les produits de la Branche 23 et en Assurance groupe où la baisse est d'environ 25 %.

Branche	2008	2009
Vie individuelle (Branche 21)	378	339
- Classique / Universal Life	295	242
- Solde restant dû	65	75
- Assurances funérailles	18	22
Branche 23	89	69
Assurance groupe	93	68
Garanties complémentaires	23	37
Emprunt hypothécaire	19	12
Branche 26	1	0
Total	**603**	**525**

En assurance Vie, les réclamations portent principalement sur les opérations de production. Les plaintes enregistrées dans le cadre de sinistres ne concernent que celles émises lors de la liquidation du contrat à l'échéance ou celles consécutives à un décès.

2. Analyse

Comme dans le passé, parmi les opérations de production, l'Ombudsman connaît principalement de doléances relatives aux **opérations de rachat**.
Les motifs d'insatisfaction ont cependant évolué.

Auparavant, la plupart des plaintes émises lors d'un rachat concernaient le manque de transparence dans la description des frais et le défaut d'information à la conclusion du contrat. Or, en 2007, les entreprises d'assurances ont pris l'engagement de renseigner les consommateurs par des fiches d'information financière. Les effets bénéfiques de la réalisation de ces engagements commencent à être perceptibles.

En 2009, bien que le nombre de plaintes ait diminué, l'Ombudsman a encore reçu des doléances en relation avec la crise financière de 2008. Des consommateurs l'ont saisie car lors du rachat de leur contrat, l'entreprise d'assurances avait appliqué des frais supplémentaires (Branche 21) ou avait temporairement refusé d'exécuter leur demande de rachat (Branche 23).

Dans leurs conditions générales, certaines entreprises d'assurances ont prévu, lors du rachat, l'application de coûts supplémentaires en fonction de l'état de la conjoncture.

En pratique...

Quels frais peuvent être perçus lors d'un rachat ?

Madame X décide d'investir le capital qui était déposé sur son carnet d'épargne dans une assurance Vie. Deux ans plus tard, elle désire récupérer la moitié de son capital et elle s'informe sur les modalités de rachat.

L'entreprise d'assurances lui réclame des frais pour effectuer le rachat. Madame X les conteste car elle n'a jamais été informée de frais qui lui seraient réclamés pour cette opération.

De plus, le site internet de l'entreprise d'assurances mentionne qu'aucun frais n'est appliqué en cas de rachat.

Mécontente, madame X s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman consulte le site internet de l'entreprise d'assurances et constate que la première page reprend sommairement les points essentiels du contrat d'assurance. Sur cette page, il y a des liens qui donnent directement accès à plus de détails sur le produit. La description du produit mentionne l'absence de frais en cas d'opération de rachat mais précise qu'un dédommagement exceptionnel pourrait être exigé en cas de conjoncture défavorable. Cette même information est reprise dans les conditions générales, sur la fiche d'information financière, ainsi que dans une rubrique « questions-réponses ».

De plus, les conditions particulières du contrat reprennent l'application d'un dédommagement pour le rachat lorsque les indices boursiers chutent de 12,5 %. Comme madame X a signé ces conditions particulières, elle devait être au courant de cette pénalité.

Heureusement, durant les négociations, la Bourse est remontée pour atteindre un seuil où aucun frais de rachat n'est comptabilisé. Aussi, la demande de madame X est devenue sans objet.

Il s'agit d'indemnités de rachat appliquées en cas de chute significative de la Bourse. Ces frais sont en réalité inclus dans la police en vue de veiller à la protection globale des intérêts des consommateurs. En effet, les polices d'assurance Vie sont, en principe, des placements avec un horizon à moyen ou long terme.
Dès lors, en situation de crise, si un nombre important de clients décidait d'anticiper la liquidation de leur contrat, l'entreprise d'assurances pourrait devoir réaliser des actifs qui garantissent les engagements des contrats d'assurance. Comme il s'agit, en général, de placements à long terme, ils sont, au moment de la crise, temporairement sous-évalués. Les réaliser durant cette période serait néfaste pour les clients qui resteraient fidèles.

En Branche 23, l'Ombudsman a reçu des plaintes relatives au refus du paiement de la valeur de rachat. L'examen de ces doléances a mis en évidence la suspension de la cotation de certains fonds de placement. Cette pratique est autorisée par la loi pour autant qu'elle soit prévue par le règlement de gestion[38]. Dans les faits, elle concernait essentiellement des entreprises d'assurances étrangères.

D'autre part, les délais de paiement de la valeur de rachat font également fréquemment l'objet de doléances. Le consommateur compare souvent une assurance Vie à un compte d'épargne classique. Il pense pouvoir disposer immédiatement de son avoir, sans trop de formalités. Mais ce n'est généralement pas le cas. En effet, en plus de l'obligation de remettre l'exemplaire du contrat original, il doit, dans certains cas, également communiquer un certificat de vie.

A ces exigences s'ajoute, dans le cadre de la loi anti-blanchiment, l'exigence d'une pièce d'identité qui reprend l'adresse de l'assuré. Le transfert d'une copie de la carte d'identité électronique est donc insuffisant puisqu'elle ne mentionne pas l'adresse.
Par conséquent, l'assureur doit absolument être en possession d'un document d'identité complet avant de pouvoir exécuter la demande de rachat.

En Branche 23, l'application de ces formalités peut entraîner de fortes différences sur les montants liquidés puisque ces produits sont liés à l'évolution de la Bourse. Afin d'éviter de désagréables surprises, le rôle d'information de l'intermédiaire en assurances est important sur ce point[39].

Au cours de l'année 2009, l'Ombudsman a enregistré une hausse des plaintes introduites en assurance Vie à l'encontre des entreprises d'assurances étrangères. Le problème récurrent porte sur la structure des coûts. Ainsi, dans certains cas, les frais de rachat exigés dépassent le seuil autorisé des 5 %[40].

Dans d'autres cas, des entreprises d'assurances étrangères perçoivent, dans des contrats Branche 23, des frais payés par la vente d'unités (« unit-cancelling »).

En Belgique, cette pratique n'est pas autorisée. La législation belge impose que les frais soient reportés sur le fonds d'investissement[41].

Alors même qu'à la clôture des opérations le résultat est identique, cette pratique fausse la transparence du rendement du produit. En prélevant les frais lors de la vente des unités, les fonds étrangers donnent l'apparence d'être plus performants.

En 2009, l'Ombudsman a également été interrogée au regard de l'application des différents **codes de bonne conduite**. Ainsi, elle a été saisie au sujet de l'obligation pour une entreprise d'assurances de mentionner sur son site internet les indemnités conjoncturelles qu'elle applique en cas de rachat.

Les consommateurs l'interrogent également sur les délais de réponse lors de demandes de couverture, de transformation ou de liquidation de contrats.

De même, ils la questionnent sur les obligations d'information de l'assureur ainsi que sur le suivi réservé à la liquidation du contrat.

[38] Art. 66 A.R. du 14 novembre 2003 relatif aux assurances sur la vie, *M.B.*, 14 novembre 2003, ci-après A.R. Vie.
[39] Voir infra p. 70.
[40] Art. 30 § 2 A.R. Vie.

[41] Art. 64 § 3 A.R. Vie.

En pratique...

L'entreprise d'assurances doit-elle couvrir le risque de décès pour un militaire en mission à l'étranger ?

Monsieur X, militaire, est envoyé en mission en Afghanistan. Il prévient son assureur Vie de ce départ. Trois mois plus tard, son épouse reçoit un courrier de l'entreprise d'assurances lui indiquant qu'elle ne désire plus assurer monsieur X pour les engagements armés actifs et que s'il veut continuer à être couvert pour les engagements armés passifs, il doit payer une surprime de 543 euros.

Informé, monsieur X s'étonne de la décision de l'entreprise d'assurances et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances en se basant sur la convention conclue le 13 septembre 2006 entre l'Etat Belge et certaines entreprises d'assurances qui, au sein d'Assuralia, ont adhéré à la couverture de militaires et de non-militaires en mission à l'étranger[42]. L'article 2 de cette convention prévoit que les entreprises d'assurances adhérentes doivent réagir dans les dix jours de la prise de connaissance de la mission à l'étranger de leur assuré. Or, l'entreprise d'assurances a réagi trois mois plus tard.

Sur la base de cette convention, l'entreprise d'assurances accepte de ne pas réclamer de surprime et de couvrir monsieur X durant la période d'engagements armés actifs de cette mission.

[42] http://www.assuralia.be/index.php?id=31&l=1

En pratique...

Formalités : comment prouver un contrat ?

Monsieur X a placé 9 000 euros dans un fonds de placement auprès d'une entreprise d'assurances. Au terme de ce placement, il demande à l'entreprise d'assurances de transférer les fonds sur un compte bancaire et l'interroge sur la possibilité d'investir cet argent dans une assurance Vie. Sans attendre les instructions de monsieur X, l'entreprise d'assurances établit une nouvelle assurance Vie.

Quand monsieur X désire récupérer ses fonds, elle refuse. Mécontent, monsieur X interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances qui lui rétorque que monsieur X avait donné son accord pour établir une nouvelle assurance Vie. L'Ombudsman lui demande les éléments permettant de prouver cette demande. Or, la seule chose dont dispose l'entreprise d'assurances est un document de monsieur X demandant le transfert de l'argent sur un compte bancaire. L'Ombudsman rappelle à l'entreprise d'assurances que, conformément à la loi, la preuve d'un contrat d'assurance doit se faire par un écrit[43]. Or, le document produit ne peut même pas être considéré comme un début de preuve par écrit d'un contrat d'assurance.

Sur la base de cet argument, l'entreprise d'assurances accepte d'annuler le contrat et de rembourser les 9 000 euros à monsieur X.

[43] Art. 10 L.C.A.T.

Les plaintes en assurance Vie qui portent sur la **discrimination** s'élèvent à 24. Même si le nombre total de ces réclamations est peu élevé, il est néanmoins significatif des difficultés rencontrées par certains candidats-assurés.
La politique d'acceptation des risques des entreprises d'assurances en tant que société commerciale sort du champ d'application des compétences de l'Ombudsman. Cependant, lorsque le consommateur l'interroge parce qu'il estime être discriminé par la décision d'une entreprise d'assurances, l'Ombudsman doit vérifier si les dispositions légales applicables au secteur de l'assurance ont été respectées. En l'occurrence, elle examinera donc si les dispositions de la loi anti-discrimination ont bien été observées[44].

Dans la plupart des cas, si le candidat-assuré saisit l'Ombudsman, c'est qu'il n'a pu trouver d'entreprise d'assurances qui acceptait, en raison de son état de santé, de lui accorder une couverture d'assurance Solde restant dû ou à tout le moins de lui proposer une couverture moyennant une prime qu'il estime raisonnable.

En 2009, ce sont plus particulièrement les personnes qui avaient été atteintes d'un cancer qui ont interrogé l'Ombudsman. La plupart des assureurs exigent, pour la couverture de ce type de candidats-assurés, une surprime dont ils limitent souvent l'application dans le temps.
Certains consommateurs demandaient l'intervention de l'Ombudsman car ils souhaitaient obtenir une couverture au tarif habituel tout en acceptant une exclusion pour le cas du cancer. Si cette approche offre une solution adéquate en assurance Hospitalisation[45], elle ne peut être retenue, en général, par les entreprises d'assurances en assurance Vie pour différents motifs.
Le plus fondamental est lié à l'accès à l'information médicale protégée par des règles strictes liées à la protection de la vie privée et aux droits du patient[46]. Afin de disposer de toutes les données relatives à l'état de santé de l'assuré, la loi impose l'accord exprès de l'intéressé.
Or, l'assureur a la charge de la preuve et au moment de l'exécution du contrat d'assurance Solde restant dû, l'assuré décédé ne pourra plus donner son consentement sur l'accès à ses informations médicales. Il est difficile dès lors de déterminer si la cause du décès est en relation avec l'exclusion. La liquidation de tels contrats risque de faire l'objet de discussions laborieuses.

Le monde politique et les entreprises d'assurances ont, en 2009, activement cherché des réponses à la problématique d'accès à l'assurance Solde restant dû. Après la recommandation que l'Ombudsman a formulée en 2007[47], une série de propositions de loi formulant des solutions ont été déposées. La Commission des Assurances saisie de la question a rendu, mi 2009, des avis détaillés sur les projets[48]. Les acteurs du secteur se sont également inquiétés et travaillent afin de trouver une réponse à ces difficultés.

[44] Art. 3 loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *M.B.*, 30 mai 2007.
[45] Voir infra p. 53.
[46] Art. 95 L.C.A.T. ; Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.*, 18 mars 1993 ; Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002.
[47] *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 121.
[48] Avis C/2009/1 de la Commission des Assurances du 25 juin 2009 sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé : création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû et Avis C/2009/3 du 14 juillet 2009 de la Commission des Assurances sur la 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 pour les personnes présentant un risque sanitaire accru, www.cbfa.be/

Les entreprises d'assurances ont, par la voix de leur Union professionnelle, Assuralia, émis une proposition détaillée reprenant différentes étapes que le candidat-assuré devrait suivre afin de trouver une réponse à sa demande. Ainsi, lorsqu'une couverture ne peut lui être accordée par une entreprise d'assurances, il pourrait s'adresser à un Bureau de Tarification qui devrait lui offrir une couverture.
Même si certains détails de la proposition étaient encore susceptibles d'être revus et améliorés, l'Ombudsman a appuyé, dès sa présentation, l'initiative du secteur dans son ensemble. Elle est, en effet, convaincue, à la lumière des plaintes dont elle a été saisie, que cette proposition pouvait répondre, dans une large mesure, aux besoins des consommateurs et être une avancée significative vers une solution finale.

Entre-temps ces propositions ont été transcrites dans une loi[49]. En vertu de cette loi, la Commission des Assurances doit formuler un code de bonne conduite, qui reprend notamment un questionnaire médical standardisé dans un délai de six mois, c'est-à-dire pour le 3 août 2010. La Commission des Assurances est renforcée pour cette tâche par la présence des représentants des patients.
L'Ombudsman espère que les négociations aboutiront rapidement et qu'une loi applicable à bref délai sera adoptée.

A côté des plaintes portant sur la discrimination introduites à l'encontre des assurances individuelles, l'Ombudsman a reçu quelques doléances qui portaient sur l'assurance groupe.
Sur la base de leur statut, les travailleurs peuvent être répartis en catégories différentes. Cette répartition doit pouvoir être justifiée de manière objective et raisonnable pour que la discrimination ne puisse être invoquée. Or, en pratique, une telle justification n'est pas toujours évidente.
La Commission des pensions complémentaires a, en 2009, rendu en la matière un avis sur l'application de la loi anti-discrimination[50]. Bien que l'avis soit assez étayé, il n'apporte cependant pas encore de réponse à toutes les questions. Ainsi, l'Ombudsman a été saisie de questions sur la discrimination entre les travailleurs avec partenaire et les célibataires. Certains plans complémentaires de pension prévoient le paiement d'un capital supplémentaire en cas de décès du travailleur avec compagnon. L'Ombudsman a analysé les motifs sous-jacents à cette décision. Le but du capital supplémentaire était de compenser la perte de revenus pour le ménage. Comment justifier cette position à l'égard d'enfants lorsque le ménage n'a qu'un seul revenu et que la perte est totale ?

En ce qui concerne le règlement des sinistres, le nombre des plaintes introduites chez l'Ombudsman suite aux paiements de capitaux à l'occasion de l'échéance du contrat ou lors du décès est resté stable.

Dans ces cas, l'insatisfaction du consommateur porte généralement sur le **montant de la prestation** de l'assureur. Il s'inquiète sur le montant qui lui est versé car il ne correspond pas à ses attentes. Les différences de montants peuvent avoir diverses origines : il peut s'agir du choix d'un produit inadapté mais aussi des conséquences de l'application des retenues fiscales exigées par la loi, de l'attribution des participations bénéficiaires, de l'intégration du calcul des avances...

[49] Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, *M.B.*, 3 février 2010.
[50] Avis n° 30 du 9 juin 2009 de la Commission des pensions complémentaires sur l'anti-discrimination, www.cbfa.be/

En pratique...

Le montant total des primes payées peut-il dépasser le capital décès ?

Monsieur X, âgé de 71 ans, souscrit une assurance Obsèques qui prévoit le paiement d'un capital de 3800 euros à son décès moyennant le paiement d'une prime mensuelle de 38 euros. Dix ans plus tard, monsieur X fait ses calculs et constate que le montant total des primes qu'il a déjà payé, excède le montant du capital décès. Il estime pouvoir arrêter les paiements mensuels tout en bénéficiant du capital prévu en cas de décès.

Interrogée, l'entreprise d'assurances lui indique que s'il arrête de payer les primes, l'entièreté du capital prévu ne pourra pas être versée.

Monsieur X conteste cette prise de position et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman demande l'ensemble du dossier à l'entreprise d'assurances et analyse le contrat souscrit par monsieur X. A la lecture des conditions particulières, elle constate que le versement d'une prime pendant la vie entière de monsieur X est effectivement prévu pour garantir le paiement du capital au moment de son décès (couverture du risque de décès).

Le même montant de capital sera payé, que monsieur X décède à une date proche de celle de la souscription du contrat ou bien plus tard. Après des années, il est donc possible que le montant total des primes payées excède le montant du capital.

Actuellement, monsieur X peut, s'il ne souhaite plus payer les primes, racheter ou réduire le contrat. Dans les deux opérations, il recevra cependant un montant inférieur au capital prévu.

Dans certains cas, le consommateur a sciemment tardé à demander la liquidation du contrat au regard de l'évolution positive des cours boursiers (Branche 23) ou dans l'espoir de pouvoir bénéficier l'année suivante de participations bénéficiaires (Branche 21). Agissant ainsi, il perdait de vue que ses droits étaient gelés à la date d'échéance du contrat.

D'autres doléances résultent, en cas de décès, du **refus** de l'assureur de payer le capital assuré. Sur ce point, les motifs invoqués sont variés. Ainsi, au moment du décès d'une personne, les héritiers retrouvent un document qui prouve que dans le passé la personne décédée a payé des primes d'assurances. Or, l'entreprise d'assurances est d'avis que le capital a été liquidé anticipativement car elle ne retrouve trace du contrat dans ses fichiers informatiques[51].

Dans d'autres cas, l'entreprise d'assurances refuse de verser le capital car elle conteste la validité de la déclaration de bonne santé signée par l'assuré. Elle conclut, sur la base de l'analyse des documents qui lui ont été remis après le décès de l'assuré, que l'assuré n'était pas, au moment de la conclusion du contrat, vraiment en bonne santé ou qu'il suivait un traitement médical.
L'Ombudsman a notamment connu un cas où l'assuré souffrait d'épilepsie et d'un autre où l'assuré suivait un traitement contre le cholestérol sans l'avoir déclaré.
Les formules de déclaration de bonne santé simplifiées sont généralement utilisées pour des assurances Décès liées à des crédits à la consommation de courte durée (achat d'une voiture, d'appareils ménagers...).
Confrontée à de tels problèmes, l'Ombudsman rencontre souvent des difficultés liées à l'accès aux données médicales. Comme la personne concernée est décédée, elle ne peut plus obtenir son autorisation expresse d'y accéder. Seuls les prestataires de soins de santé peuvent les consulter.
Dans certains cas cependant, l'Ombudsman a pu recevoir des informations relevantes des bénéficiaires sur la base desquelles elle évalue si l'absence d'information doit être considérée comme une réticence volontaire de l'assuré. Ainsi, bien qu'il y avait un volet médical à la controverse, l'Ombudsman a pu parfois obtenir, en faveur des bénéficiaires, que l'entreprise d'assurances revoie son point de vue.

A l'analyse des plaintes qu'elle a reçues, l'Ombudsman estime que la formulation et l'usage des déclarations simplifiées de bonne santé sont, dans un souci de transparence, susceptibles d'être améliorés. En effet, certaines clauses demandent simplement à l'assuré de déclarer qu'il est en bonne santé ou de confirmer qu'il ne suit aucun traitement médical. Ces questions sont très vagues pour le consommateur. Une personne qui prend régulièrement des médicaments sans suivi médical précis, ne pense pas nécessairement qu'il s'agit d'un traitement médical dont elle doit informer l'assureur. Un arrêt de la Cour d'appel d'Anvers a d'ailleurs estimé que la signature par un assuré d'une simple déclaration de bonne santé ne prouve pas sa mauvaise foi[52].

Les acteurs du secteur ont également perçu la difficulté de la pertinence des questions pour le candidat-assuré. Aussi, ils ont élaboré une liste de questions médicales de référence comme première approche d'évaluation du risque par l'assureur[53].

[51] *Carnet 2005 Ombudsman des Assurances*, p. 104.
[52] Anvers, 20 mai 2009, inéd., R.G. 2008/522.
[53] www.assuralia.be/

De manière générale, la volonté d'une communication plus transparente est bénéfique aux deux parties.
En effet, au moment de la souscription, l'entreprise d'assurances recevra l'ensemble des informations utiles sur la base desquelles elle pourra mieux évaluer le risque. Quant au consommateur, il aura l'attention attirée sur l'obligation de déclarer toute information essentielle de son état de santé.

L'usage d'un questionnaire permettra aussi, en cas de décès, de prévenir nombre de discussions. Un questionnaire médical correctement complété par l'assuré évitera généralement aux bénéficiaires le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances fondé sur les réticences de l'assuré à la souscription. L'entreprise d'assurances, quant à elle, pourra plus facilement prouver la fausse déclaration de la personne assurée.

La Commission des Assurances est également saisie de la question de la formulation et de la présentation des questionnaires médicaux[54].

[54] Voir supra p. 43.

3. Résultats

En 2009, l'Ombudsman a été saisie de 74 demandes d'information en assurance Vie. Elle a analysé 436 plaintes dont 408 sont clôturées au 1er février 2010. Parmi ces réclamations, 46 % sont globalement fondées.

A l'examen, elle constate que deux catégories d'assurances s'écartent de la tendance générale : l'assurance groupe dont 63 % des plaintes sont fondées et les garanties accessoires (ACRI/ACRA[55]) dont seulement 39 % des doléances sont fondées.

Les plaintes relatives au défaut de communication ou aux délais sont généralement fondées. Il s'agit en assurance groupe surtout de plaintes sur le délai de paiement ou de transfert des extraits annuels.

Les demandes non fondées concernent souvent la gestion technique du contrat comme le calcul des montants à liquider, les participations bénéficiaires et les réserves constituées. A cet égard, il faut souligner que les entreprises d'assurances sont sous le contrôle de la CBFA.

[55] Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité, assurance complémentaire contre le risque d'accident.

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

D.- Assurance Soins de Santé

La branche Soins de Santé a connu, ces dernières années, une évolution marquante tant au niveau de son développement (↗ 7 % de l'encaissement en 2009) que de l'aménagement de son cadre juridique.
Ces évolutions témoignent du rôle sociétal accru de l'assurance privée Soins de Santé. Elle prend, en effet, de plus en plus le relais des interventions de la sécurité sociale.
Sur le plan juridique, la loi du 20 juillet 2007 dite loi Verwilghen a marqué une étape importante pour les consommateurs au regard de la protection de leurs droits ainsi que de l'accès à une couverture d'assurance. Elle prévoyait un délai de deux ans pour l'entrée en application de certaines de ses dispositions.
Durant ce délai d'attente, les entreprises d'assurances ont pris les mesures utiles pour introduire les adaptations légales aux contrats de leur portefeuille tout en ajustant le montant des primes. Les mesures ont eu une incidence sur le nombre et la nature des plaintes introduites chez l'Ombudsman.
Le 1er juillet 2009, avant que toutes les dispositions n'entrent en vigueur, une loi dite de réparation[56] est venue compléter la loi Verwilgen.

1. En chiffres

En 2009, l'Ombudsman a reçu 404 plaintes relatives à la branche Soins de Santé. Elle enregistre ainsi une baisse de 19 % du nombre des réclamations dans cette branche. Cette diminution résulte principalement des doléances à l'encontre des assurances collectives parmi lesquelles sont répertoriées les assurances dites « Affinity »[57].
Les contrats relevant de cette catégorie avaient subi en 2008 une profonde transformation qui était à l'origine de la croissance marquante du nombre des réclamations cette année-là (+23 %).

Garantie	2008	2009
Assurance Hospitalisation individuelle	302	261
Assurance Hospitalisation collective	145	97
Revenu Garanti	52	46
Total	**499**	**404**

[56] Loi du 17 juin 2009 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, *M.B.*, 8 juillet 2009.

[57] Il s'agit d'une assurance Hospitalisation collective qui est offerte par une banque, une association, une carte de crédit… à ses clients ou à ses membres.

La majorité des doléances (57 %) dans la branche Soins de Santé portent sur les opérations de production. En effet, l'Ombudsman a reçu nombre de réclamations relatives aux hausses tarifaires répétitives qui ont été appliquées, ces dernières années, par les entreprises d'assurances.

Le consommateur saisit essentiellement l'Ombudsman au sujet de la résiliation d'un contrat individuel ou des augmentations des primes tant dans les assurances Hospitalisation individuelles que collectives.
Par contre, en assurance Revenu Garanti, c'est suite au refus d'intervention dans un sinistre qu'il demande principalement l'intervention de l'Ombudsman.

2. Analyse

La loi dite Verwilghen a redessiné le paysage de l'assurance Soins de Santé. Déjà, lors de sa rédaction, l'Ombudsman avait soulevé quelques lacunes et imprécisions de la loi [58].
La loi de réparation apporte une réponse à plusieurs questions pratiques et à des difficultés d'interprétation. Ainsi, elle précise la notion « d'assurance collective » ainsi que les modalités d'adaptation du montant de la prime.

La loi Verwilghen concernait uniquement les assurances Hospitalisation individuelles et les assurances Hospitalisation collectives octroyées par un employeur. Or, sur le marché, il existe des assurances Hospitalisation collectives qui ne sont pas liées à un employeur. Elles sont appelées « police Affinity ». Les assurés en bénéficient en leur qualité de client d'une banque, membre d'une association, titulaire d'une carte de crédit…

La loi de réparation redéfinit les catégories d'assurance Hospitalisation en les distinguant par le seul critère de la relation avec une activité professionnelle. Par conséquent, les assurances Hospitalisation souscrites « pour le compte de » mais sans lien professionnel (comme les polices Affinity) tombent sous le régime des assurances Hospitalisation individuelles.
Elles sont dès lors réglementées par des règles plus favorables au consommateur telles que celles qui régissent la durée viagère du contrat, les modalités d'adaptation des primes, l'accès à la couverture pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Une autre série de nouvelles dispositions porte sur les possibilités d'adaptation du montant de la prime. La loi Verwilghen prévoyait l'adaptation de la prime en référence à un indice spécifique. En outre, elle précisait des exceptions qui, en dehors du cas de l'indexation de la prime, permettaient d'en augmenter le montant. Ces hausses devaient être ratifiées par la CBFA et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

La loi de réparation supprime ces exceptions pour ne consacrer que le principe de l'augmentation de la prime en fonction d'un indice spécifique si l'indice des prix à la consommation est insuffisant.

Par ailleurs, les entreprises d'assurances sont soumises au contrôle prudentiel de la CBFA. Dans ce cadre, la CBFA peut, afin de garantir la solvabilité d'une entreprise d'assurances, lui imposer de redresser ses tarifs.
Mais, pour l'assurance Maladie, les entreprises d'assurances ont pu obtenir une dérogation exclusive. Ainsi, le texte de la loi de contrôle a été amendé pour leur reconnaître la possibilité de saisir, à leur initiative, la CBFA afin d'appliquer une majoration tarifaire [59].

La loi de réparation a également précisé que les dispositions restrictives sur les conditions d'adaptation tarifaire étaient d'application en assurance Soins de Santé individuelle tant pour les nouveaux contrats que pour les contrats existants.

En 2009, la majorité des réclamations introduites en assurance Soins de Santé pour les opérations liées à la production du contrat portent sur les **augmentations tarifaires**. Certaines entreprises d'assurances ont appliqué, in extremis, avant l'entrée en vigueur définitive de la loi Verwilghen, une adaptation des primes des *assurances Hospitalisation individuelles*. Elles invoquaient l'introduction du caractère viager du contrat pour justifier la hausse. Bien que l'Ombudsman estime qu'avant l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen, les contrats d'assurance Hospitalisation individuels étaient déjà conclus pour la vie entière, elle n'a pu contester sur le plan juridique la validité de ces ajustements tarifaires.

Concomitamment à l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen, le secteur de l'assurance a, au sein d'Assuralia, repris officiellement dans un code de bonne conduite des solutions alternatives à la pure augmentation des tarifs. Sur la base de ces règles de conduite, toute entreprise d'assurances qui y a adhéré, s'engage à proposer une solution alternative à la couverture Hospitalisation en chambre individuelle lorsque l'assuré estime la prime trop élevée.
Ainsi, grâce à une couverture moins étendue (la couverture dans une chambre à deux lits ou l'application d'une franchise supérieure), l'entreprise d'assurances va offrir un contrat avec une prime réduite. Par ailleurs, l'assuré qui avait, suite à l'augmentation tarifaire, résilié son contrat entre le 1er janvier 2008 et le 1er juillet 2009, pouvait jusqu'au 30 septembre 2009, également faire appel à cette alternative. Il bénéficiait ainsi d'une couverture Hospitalisation sans interruption [60].

Malgré un communiqué de presse et une large diffusion dans les médias [61], l'Ombudsman a encore été saisie de nombreuses questions.

La loi Verwilghen prévoit la possibilité d'adapter les tarifs à un index spécifique c'est-à-dire un indice médical lié aux coûts des soins de santé mais celui-ci n'a, à la la clôture de ce carnet, pas encore été établi.
De plus, la conception d'un index spécifique suscite encore bien des questions. Ainsi cet index doit-il évoluer au cours de l'année ou doit-il être fixé une fois par an ?
Certaines entreprises d'assurances ont déjà prévu la liaison de la prime à un index. L'une d'entre elles a prévu dans les contrats l'application d'un indice annuel à tout l'ensemble du portefeuille. A cet effet, elle se réfère à l'indice des prix à la consommation du mois de juin.

En juin 2008, cet indice a connu une hausse exceptionnelle de 5.80 points par rapport à juin 2007.
Pour des raisons administratives, l'entreprise d'assurances ne l'a appliqué aux montants des primes qu'à partir du 1er janvier 2009. Des assurés se sont adressés à l'Ombudsman afin de comprendre le motif et connaître la régularité de l'application par l'assureur en 2009 d'un indice de juin 2008.

[58] Voir *Carnet 2007 Ombudsman des Assurances,* p. 71 et *Carnet 2008 Ombudsman des Assurances,* p. 75.

[59] Art. 21*octies* § 2 loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 27 juillet 1975, qui a été adapté par la loi réparation.

[60] www.assuralia.be/

[61] X, « Goedkopere hospitalisatieverzekering voor 65-plussers », *De Standaard,* 17 juillet 2009, p. 13; X, « Assurances: alternative en cas de prime hospitalisation trop chère », *La Libre Belgique,* 17 juillet 2009, p. 23 ; X, « Verzekeraars beloven goedkopere hospitalisatiepolis », *De Tijd,* 17 juillet 2009, p. 4.

Comme d'autre part, pour apprécier les adaptations tarifaires appliquées par les entreprises d'assurances, il faut tenir compte de leur obligation de solvabilité en vertu de laquelle elles doivent disposer de réserves suffisantes pour respecter leurs engagements à long terme (il faut garantir l'équilibre entre les encaissements et les dépenses), l'Ombudsman n'a pu contester cette augmentation [62].

Face aux plaintes introduites suite à d'importantes augmentations appliquées par des entreprises d'assurances, l'Ombudsman a parfois pu obtenir pour le consommateur qui le demandait, la résiliation du contrat en dehors des délais. Pour lui, c'était l'unique solution car il ne lui était pas possible de supporter le montant de la nouvelle prime.

En décembre 2009, l'Ombudsman a été saisie par des plaignants qui ont reçu l'invitation à payer leur prime pour l'année 2010 et constaté qu'une fois de plus le montant de la prime augmentait en l'occurrence de plus de 7 % [63].

Dans l'attente de l'indice spécifique, lorsque l'Ombudsman est saisie d'une plainte relative à l'adaptation tarifaire appliquée après le 1er juillet 2009, elle contrôle si l'augmentation se base sur l'indice des prix à la consommation ou si la CBFA a donné son aval à la demande d'adaptation introduite par l'entreprise d'assurances. En effet, dans cette branche, toute autre adaptation tarifaire est désormais interdite.
Interrogée, la CBFA a répondu que la majoration appliquée n'était pas légale. Cette information a d'ailleurs été relayée par la presse au grand public avec la réponse de la direction de l'entreprise d'assurances [64].

La réglementation relative à l'adaptation tarifaire ne porte que sur les assurances Hospitalisation individuelles. Les *assurances Hospitalisation collectives* souscrites par l'employeur ne tombent pas, en ce qui concerne l'augmentation de la prime, dans le champ d'application de la loi Verwilghen. Par conséquent, pour ce type de contrat, un accord entre l'entreprise d'assurances et le preneur d'assurance, en l'occurrence l'employeur, suffit pour revoir le montant de la prime.

Par ailleurs, l'Ombudsman a été saisie par des assurés qui souhaitaient la résiliation immédiate de leur contrat Hospitalisation individuel car ils bénéficiaient, par le canal de leur employeur, d'une couverture collective. Or, l'affiliation à un contrat collectif n'entraîne pas automatiquement l'annulation du contrat individuel. De plus, les garanties offertes par ces deux contrats ne sont pas nécessairement identiques, il n'y a pas de réel double emploi.

Dans ces cas, certains assureurs se retranchent derrière une stricte application de la loi. Ils n'enregistrent alors la résiliation demandée, conformément à la loi, qu'à la prochaine échéance annuelle [65].

Par contre, lorsque les deux couvertures sont souscrites auprès du même assureur, les entreprises d'assurances acceptent en général d'enregistrer la résiliation immédiate du contrat individuel.

[62] Pour plus d'explications, voyez Ph. Colle, « Assurance hospitalisation trop chère ? », *La Libre Belgique,* 21 novembre 2009, p. 8.
[63] P. Gérard, « DKV relèvera ses primes de près 8 % en 2010 », *Le Soir,* 21 décembre 2009.
[64] P. Gérard, « DKV veut relever ses primes… mais ne peut pas », *Le Soir,* 26 décembre 2009, p. 31 ; P. Gérard, « DKV défie la Commission Bancaire », *Le Soir,* 30 décembre 2009, p. 19 ; X, « Heisa over hospitalisatieverzekering », *De Morgen,* 31 décembre 2009, p. 22 ; J. Lannoo, « Heibel over hogere premie hospitalisatieverzekering DKV », *De Tijd,* 31 décembre 2009, p. 4 ; X, « Premieverhoging door DKV is onwettig en nietig », *De Tijd,* 8 janvier 2010, p. 6 ; X, « DKV houdt vast aan hogere premie hospitalisatie », *De Tijd,* 14 janvier 2010, p. 6.
[65] Art. 30 L.C.A.T.

D'autres plaintes ont été introduites par des consommateurs qui se sentaient **discriminés**. Le nombre de ces doléances a baissé en 2009. Il faut, à cet égard, relever que la loi Verwilghen offre une solution pour de nombreux cas puisqu'elle impose aux assureurs de proposer une assurance Hospitalisation à toute personne âgée de moins de 65 ans atteinte d'une maladie chronique ou d'un handicap [66]. La loi prévoyait que la demande de souscription d'un contrat devait être introduite avant le 1er juillet 2009. Mais, comme les différents membres de l'organe de conciliation prévu par la loi n'ont été désignés que le 4 décembre 2009, la loi de réparation a prolongé ce délai jusqu'au 30 juin 2011.

En tout état de cause, l'Ombudsman constate que le système fonctionne et qu'une solution est offerte à la grande majorité des candidats-assurés. Les questions dont l'Ombudsman a encore été saisie à cet égard en 2009 concernaient des consommateurs qui ne répondaient pas aux critères fixés par la loi. Ainsi, elle a été saisie par plusieurs seniors de plus de 65 ans. Comme la loi fixe la limite d'âge à 65 ans, l'Ombudsman n'a pu constater de situation de discrimination.

Le nombre de plaintes qui portent sur les sinistres en Soins de Santé a baissé. L'assurance Hospitalisation privée compte en Belgique 5,3 millions d'assurés. Selon les assureurs, la charge des coûts d'hospitalisation augmente chaque année [67].
Face à ce coût élevé, l'assuré attend que les dossiers soient gérés correctement dans un délai raisonnable. En effet, il s'agit souvent de montants importants de factures et au souci de l'état de santé s'ajoute l'inquiétude du paiement des factures.

L'Ombudsman a enregistré en 2009 une relative stabilité du nombre des plaintes quant au refus d'intervention.
La majorité des doléances sur le **refus d'intervention** concernent le refus de l'entreprise d'assurances en raison d'un état préexistant.
La loi Verwilghen a limité dans le temps le droit de l'assureur d'invoquer l'état préexistant. Ainsi, hormis les cas d'omission volontaire ou de déclaration incorrecte, l'assureur ne peut alléguer l'état préexistant que durant les deux premières années du contrat. De plus, pour qu'il puisse invoquer l'état préexistant, il faut que les symptômes soient présents au moment de la conclusion du contrat [68].

L'application de cette disposition peut poser problème lorsque les symptômes apparaissent durant la période de conclusion du contrat. En effet, entre la demande de couverture, le moment où la compagnie en prend connaissance et la prise d'effet du contrat, il y a en général un certain délai.

Or, durant cette période, des symptômes peuvent apparaître. La question est de savoir si l'entreprise d'assurances pourra invoquer l'état préexistant pour une maladie dont les symptômes se sont manifestés durant la période de conclusion du contrat. Ainsi, doit-on prendre en considération la date où la proposition est complétée ou celle où le contrat est entré en vigueur ?

[66] Art. 138*bis* – 6 L.C.A.T.
[67] Ph. Colle, « Assurance hospitalisation trop chère ? », *o.c.*
[68] Art. 138*bis* - 5 L.C.A.T.

En pratique...

Quand l'entreprise d'assurances peut-elle refuser son intervention en raison d'un état préexistant ?

Madame X demande, le 6 décembre 2007, une assurance Hospitalisation. L'entreprise d'assurances accepte, le 7 janvier 2008, le contrat. Madame X subit une intervention chirurgicale suite à un cancer du rein en février 2008 et rentre une déclaration à l'entreprise d'assurances afin qu'elle prenne en charge les frais liés à cette hospitalisation.

L'entreprise d'assurances refuse d'intervenir car, selon ses informations, madame X avait déjà consulté son médecin traitant le 27 décembre 2007 et s'était rendue aux urgences le 29 décembre 2007 pour des problèmes de vessie. L'entreprise d'assurances estime ainsi que la maladie de madame X est préexistante au contrat. De plus, elle indique que, si elle avait été au courant de la consultation du 29 décembre 2007, elle aurait exclu cette pathologie de la couverture.

Madame X conteste la position de l'entreprise d'assurances et s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des éléments du dossier et apprend que l'entreprise d'assurances ne dispose pas du rapport de la consultation aux urgences du 29 décembre 2007. Elle s'informe auprès de madame X qui lui en transmet une copie. Il en ressort que madame X souffrait d'une cystite hémorragique en voie de guérison et que le traitement prévu était une bonne hydratation et des anti-inflammatoires en cas de nécessité.

Or, il ressort des dispositions légales que l'entreprise d'assurances ne peut invoquer l'état préexistant lorsque la maladie concernée ne s'est pas encore manifestée lors de la conclusion du contrat[69]*.*

Sur la base du rapport décrivant le traitement prescrit, l'Ombudsman a pu convaincre l'entreprise d'assurances que madame X n'avait pas les symptômes, au moment de la conclusion du contrat, d'un cancer du rein. L'entreprise d'assurances a donc pris en charge les frais d'hospitalisation à la grande satisfaction de madame X.

[69] Art. 138*bis* – 5 L.C.A.T.

A l'analyse des doléances, l'Ombudsman constate que la couverture de l'état préexistant pose également problème en cas de changement d'entreprise d'assurances. Le consommateur ne réalise pas que les règles relatives à l'assurance Soins de Santé se différencient des autres branches d'assurances. En effet, c'est la date de l'accident qui servira de référence dans la couverture des risques RC et des assurances de Dommages pour déterminer l'intervention de l'assureur. Pour ces branches, même si après l'accident, le contrat est résilié, l'entreprise d'assurances prendra en charge toutes les conséquences financières jusqu'à la clôture finale du dossier.

Par contre, en assurance Hospitalisation, la date de référence est celle de la prestation des Soins de Santé et non celle de l'accident. L'entreprise d'assurances n'interviendra donc que pour les frais médicaux engagés durant la durée de validité de son contrat. Tous les frais effectués après la date de résiliation du contrat ne seront plus remboursés par l'ancien assureur et le nouvel assureur refusera son intervention en invoquant l'état préexistant. Ce vide de couverture échappe au consommateur au moment où il décide de changer d'assureur.

Dans d'autres cas, le consommateur ne comprend pas toujours pourquoi certains frais sont pris en charge par un assureur et non par un autre et conteste donc le **montant de l'indemnité**.

L'assurance Hospitalisation relève, en dehors des règles édictées par la loi Verwilghen, du domaine de la liberté contractuelle. Ainsi, l'étendue de la couverture peut fortement varier d'un contrat à l'autre. Il n'existe pas de contrat type comme c'est le cas notamment en assurance Auto.

Les différences de garanties apparaissent lors du règlement des sinistres. C'est au moment où l'assuré introduit une demande de remboursement de frais qu'il constate, face au refus de l'assureur, que les garanties du contrat sont moins étendues que celles estimées. Ainsi, l'Ombudsman a connu de plusieurs contestations relatives au refus de remboursement de prothèses médicales. Il s'agit de prothèses pour lesquelles l'assureur intervient sur la base d'un multiple du montant remboursé par la mutuelle. Comme les montants pris en charge par les mutuelles sont faibles, l'intervention de l'assureur sera limitée.

Malgré l'augmentation de la charge globale des sinistres, l'Ombudsman a reçu en 2009 moins de réclamations sur le **délai de remboursement** des frais médicaux suite à une hospitalisation. La baisse est de 50 %.

En pratique...

Interprétation des conditions générales : quelle est la participation de l'entreprise d'assurances dans les frais de perruque ?

Madame X souffre d'un cancer et doit suivre un traitement de chimiothérapie. Elle a malheureusement perdu sa chevelure et s'achète une perruque. La mutuelle intervient en partie pour ces frais, mais il reste 700 euros à sa charge. Elle s'adresse à son assureur Hospitalisation pour qu'il prenne en charge ce montant. L'entreprise d'assurances accepte d'intervenir mais pour un forfait de 250 euros seulement.

Madame X ne comprend pas pourquoi l'entreprise d'assurances limite son intervention et elle interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman questionne l'entreprise d'assurances qui lui indique qu'habituellement, elle limite son intervention à 250 euros pour l'achat d'une perruque, sans pouvoir le justifier contractuellement. L'Ombudsman constate que le certificat médical décrit la perruque comme une « prothèse » pour les cheveux. Or, pour les prothèses, les conditions générales ne prévoient aucune limite d'intervention. Elle ne peut, par conséquent, comprendre la base juridique sur laquelle l'entreprise d'assurances fonde sa position. Aussi, elle la relance.

Après de longues négociations, l'entreprise d'assurances accepte de payer le solde du montant de la perruque au grand soulagement de madame X. De plus, elle informe l'Ombudsman qu'elle va modifier ses conditions générales afin de décrire plus clairement son intervention dans les frais de perruque.

3. Résultats

Parmi les plaintes relatives à l'assurance Soins de Santé, 17 % n'ont pas fait l'objet de négociations.

Conformément à la tendance générale, dans la moitié des cas, l'Ombudsman a pu négocier une solution favorable au plaignant.

Ainsi, saisie par des assurés mécontents suite à des augmentations tarifaires en assurance individuelle, l'Ombudsman a souvent pu négocier (55 %), lorsque l'adaptation était juridiquement fondée, une solution alternative qui donnait satisfaction aux plaignants.

En général, le montant de la prime était diminué grâce à une réduction des garanties telles qu'une augmentation de la franchise ou l'intervention limitée aux frais d'une chambre à deux lits.
Par contre, pour les assurances collectives, comme la prime est convenue entre l'entreprise d'assurances et l'employeur, l'Ombudsman n'a pu trouver de solutions alternatives pour l'employé-affilié.

Lorsque l'assuré se plaint de la gestion d'un sinistre, c'est, dans la plupart des cas, suite au refus d'intervention de l'entreprise d'assurances. Cependant, seulement 45 % des doléances sont fondées.

En assurance Hospitalisation individuelle et pour les contrats Revenu Garanti, ce sont les plaintes relatives aux réticences de l'assuré à la souscription du contrat qui sont majoritairement fondées. Par contre, en assurance collective, le plaignant s'étonne du refus d'intervention de l'assureur. A l'analyse des doléances, l'Ombudsman constate que l'affilié ignore le contenu des conditions générales conclues par son employeur.

Les réclamations introduites sur le délai de règlement ont baissé. Cependant, l'intervention de l'Ombudsman a entraîné dans la plupart des cas un redressement.

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

E.- Assurance Protection Juridique

1. En chiffres

Avec 451 réclamations en assurance Protection Juridique, l'Ombudsman enregistre une croissance de 20 %.
Elles représentent plus de 14 % de l'ensemble des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances. Cette augmentation résulte des plaintes en assurance Protection Juridique de base non auto et en Protection Juridique étendue. Pour la première année, ces catégories de plaintes représentent plus de 55 % de l'ensemble des doléances enregistrées dans cette branche.

Garantie	2008	2009
P.J. auto	193	202
P.J. de base non auto	109	148
P.J. étendue	73	101
Total	**375**	**451**

2. Analyse

La plupart des insatisfactions portent sur la gestion des sinistres (90 %).
En assurance *Protection Juridique auto*, c'est essentiellement la **lenteur de la gestion des sinistres** qui est critiquée par les assurés. La victime d'un accident de la circulation ne comprend pas pourquoi elle doit attendre si longtemps pour être indemnisée.
Lorsque l'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances, elle constate souvent que la gestion du dossier est bloquée car les éléments nécessaires pour poursuivre le recours sont repris dans le dossier de la police et que l'assureur attend l'autorisation du parquet pour en prendre connaissance. A cet égard, depuis plusieurs années, l'Ombudsman rappelle aux autorités la nécessité de prendre des mesures pour simplifier l'accès au dossier répressif [70].

Dans le cadre des assurances *Protection Juridique de base non auto ou offrant des garanties élargies*, c'est principalement le **refus d'intervention** (52 %) qui fait l'objet de réclamations.
Dans ce cadre, les consommateurs s'étonnent notamment et n'acceptent pas que l'assureur Protection Juridique refuse de poursuivre le recours.
Il clôture son intervention en omettant de leur rappeler que, sur la base de la clause d'objectivité, ils ont la possibilité de prendre l'avis d'un avocat de leur choix s'ils ne sont pas d'accord avec les conclusions de l'analyse du dossier [71].

[70] Voir supra p. 22.
[71] Art. 93 L.C.A.T et art. 8 A.R. du 12 octobre 1990 relatif à l'assurance protection juridique, *M.B.*, 8 novembre 1990.

En pratique...

L'entreprise d'assurances doit-elle proposer de prendre l'avis d'un avocat ?

Au cours d'un voyage scolaire, alors qu'il participait à un match de rugby, le fils de madame X, s'est cassé deux dents. L'entreprise d'assurances qui couvre la RC de l'école estime que les éducateurs ne sont pas responsables et refuse d'indemniser. Madame X fait appel à sa compagnie d'assurances Protection Juridique familiale pour l'assister dans son recours. Cette dernière confirme le point de vue de l'assureur de l'école et clôture son dossier.

Madame X, mécontente, demande conseil à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance du dossier de l'assureur Protection Juridique. Il en ressort que l'assureur de l'école refuse son intervention en se basant sur des éléments objectifs. L'assureur Protection Juridique formule également un avis négatif quant aux chances de recours. L'Ombudsman doit, cependant, rappeler à ce dernier qu'en cas de divergence d'opinion sur l'attitude à adopter pour régler le sinistre, il doit proposer à madame X de prendre l'avis d'un avocat sur la base de la clause d'objectivité.

L'assureur Protection Juridique reconnaît qu'il doit appliquer la clause d'objectivité et transmet le dossier à l'avocat choisi par madame X.

Dans d'autres cas, l'entreprise d'assurances rejette son intervention car elle estime que, sur la base des éléments du dossier, l'assuré, au moment de la conclusion du contrat, pouvait raisonnablement savoir que le litige surviendrait. L'aléa, l'élément essentiel du contrat d'assurance, fait défaut.

Saisie de telles discussions, l'Ombudsman analyse le dossier et vérifie les éléments sur lesquels l'entreprise d'assurances fonde sa conviction. S'il s'agit de simples présomptions, elle invitera l'entreprise d'assurances à réexaminer le dossier et à étayer voire à revoir sa position.

Parfois, le consommateur bénéficie de différents contrats d'assurance Protection Juridique et aucune des entreprises d'assurances qui le couvrent n'accepte de prendre le sinistre en charge.
Chaque assureur examine son intervention dans le cadre des conditions de sa police d'assurance. Comme les conditions sont variables, il peut arriver qu'un sinistre ne rentre dans le champ d'application d'aucun des contrats.

En pratique...

Quel assureur Protection Juridique doit intervenir ?

Le fils de monsieur X a un accident de la circulation en tort. Il conduisait en possession d'une licence d'apprentissage et ne pouvait pas prendre de passager. Or, au moment de l'accident, il était accompagné d'un copain. L'assureur RC Auto indemnise les dommages du véhicule adverse et se retourne contre l'épouse de monsieur X, preneur d'assurance, et contre son fils pour récupérer ses débours.

Monsieur X rentre une déclaration tant à sa compagnie d'assurances Protection Juridique familiale qu'à celle qui couvre la Protection Juridique auto en leur demandant de prendre en charge les honoraires de l'avocat chargé de la défense de son épouse et de son fils à l'encontre du recours de l'assureur RC Auto. Toutes deux refusent.

Monsieur X, surpris, se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge les deux entreprises d'assurances et prend connaissance de leurs conditions générales. De leur analyse, il ressort que la garantie Protection Juridique familiale n'est pas acquise lorsque le litige concerne un véhicule automoteur. L'assureur Protection Juridique auto, quant à lui, ne couvre pas la défense civile contractuelle. Or, le recours de l'assureur RC Automobile repose sur une disposition du contrat d'assurance.

Face à ces constatations, l'Ombudsman a dû expliquer et confirmer à monsieur X que les assureurs Protection Juridique familiale et auto ne doivent pas intervenir. Monsieur X est déçu mais satisfait d'avoir obtenu une explication détaillée sur les motifs des refus d'intervention.

Un consommateur peut également être couvert sans interruption mais auprès de deux entreprises différentes. Il a changé d'assureur et la définition de la notion de sinistre n'est pas identique dans les deux contrats. L'une se réfère à la date de réalisation du dommage et l'autre à la date de la survenance du litige. Un sinistre peut ainsi n'être couvert par aucune des deux polices. Face à ce vide de couverture, Assuralia a proposé à ses membres que le nouvel assureur prenne en charge le sinistre à la condition toutefois que l'assuré n'ait pas connaissance du sinistre lors de la souscription de la nouvelle police. L'Ombudsman orientera le consommateur vers l'application de cette solution afin de débloquer la situation. Elle constate que les assureurs y adhérent.

Quand le consommateur se plaint en assurance Protection Juridique du **montant d'intervention**, il saisit l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances estime que le plafond d'intervention est dépassé.

L'analyse de telles doléances porte principalement sur le point de déterminer les conditions générales qui sont d'application car elles peuvent évoluer dans le temps ou appartenir à un portefeuille repris par une autre entreprise d'assurances.

D'autres discussions portent sur le point de savoir si le litige forme un ou plusieurs sinistres. L'entreprise d'assurances se réfère à l'opération de base comme une vente, un décès, un divorce, un accident... et estime que toutes les conséquences même lointaines ou qui reposent sur d'autres bases juridiques font partie du même cas d'assurance. Par exemple, suite à un accident, la compagnie prend en charge les frais d'honoraires de l'avocat chargé du recours à l'encontre des tiers responsables, mais elle refuse d'intervenir dans le coût de la procédure à l'encontre de cet avocat qui a commis une faute professionnelle. De même, en cas de divorce, elle estime que le litige sur les pensions alimentaires, sur le droit de garde des enfants et sur le paiement par un tiers pour l'achat de la maison familiale constituent un seul litige.

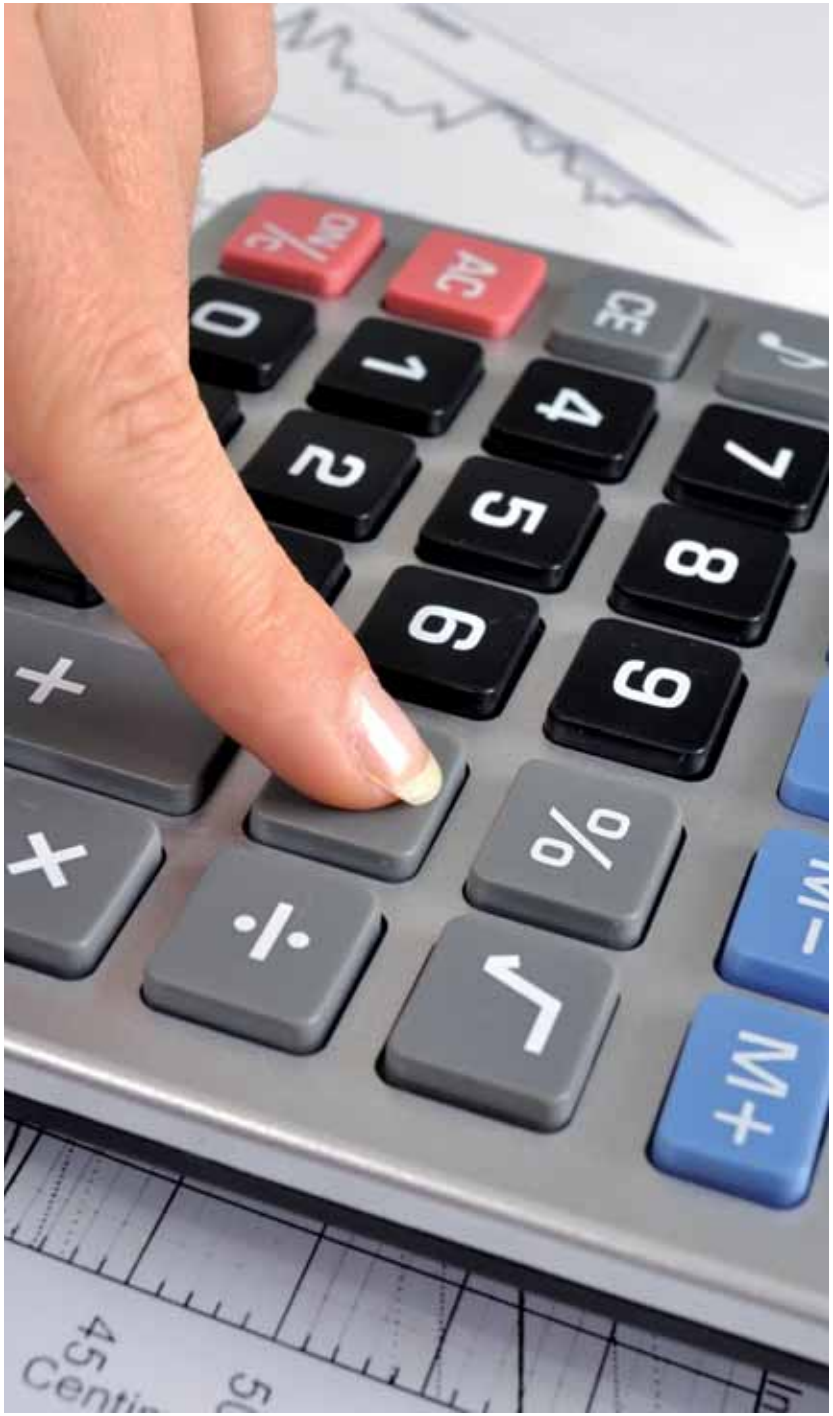
Quand l'Ombudsman est saisie car le consommateur est insatisfait du montant de l'intervention, son rôle est limité[72]. Cependant, elle tente de renouer le dialogue et va conseiller dans certaines hypothèses à l'assuré, sur la base des garanties du contrat, de faire appel à un expert pour l'appuyer dans ses démarches.

3. Résultats

En Protection Juridique, parmi les 451 doléances dont l'Ombudsman a connu, 45 % sont fondées alors que le résultat global des entreprises d'assurances est de 49 %. Ce résultat positif provient des plaintes introduites en Protection Juridique de base non auto et en Protection Juridique étendue où seulement 41 % sont fondées. C'est principalement les réclamations sur le refus d'intervention de l'assureur qui sont non fondées (33 %).

Par contre, les plaintes en Protection Juridique auto sont fondées pour 52 % et lorsqu'elles portent sur la gestion passive de l'assureur, elles sont fondées pour 54 %.

[72] Voir supra p. 22.



Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances

F.- Cas particulier : Assurance Compte

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman reçoit des plaintes sur une assurance spécifique liée à un produit bancaire : l'assurance Compte.

Par ce contrat d'assurance décès, l'assureur s'engage à verser un capital défini par les avoirs en compte lorsque le titulaire est victime d'un décès accidentel.
La majorité des réclamations portent sur le refus du paiement du capital par l'entreprise d'assurances suite au décès causé par une chute dans l'escalier [73].

Conformément aux conditions générales, l'entreprise d'assurances n'intervient que pour autant que l'accident soit dû à une cause extérieure. Ainsi, si le décès est survenu lors d'une chute, la chute en elle-même est insuffisante pour justifier la couverture. Il faut que la cause de la chute soit extérieure à l'organisme de la personne décédée [74].

[73] Voir aussi *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 42.
[74] Cass., 19 novembre 2007, www.cass.be/

En pratique...

Le décès est-il accidentel ?

Alors qu'il effectue des travaux dans son jardin, monsieur X tombe dans la citerne. Lorsque son épouse le découvre, il est malheureusement décédé.

Monsieur X a un compte bancaire auquel est liée une assurance, qui intervient en cas de décès accidentel. Madame X déclare le décès de son mari à l'entreprise d'assurances qui gère le contrat. Cette dernière refuse d'intervenir car elle estime que monsieur X a glissé sans raison apparente. Or, elle n'intervient que si l'accident est dû à une cause extérieure.

Madame X ne comprend pas et elle s'adresse à l'Ombudsman.

Selon les principes de droit, c'est madame X qui doit prouver que la chute de son mari est due à une cause extérieure et indépendante de son organisme. Ce principe est difficile à appliquer puisque monsieur X est décédé.

Le simple fait de la chute ne suffit pas pour établir la cause externe. Il faut que madame X prouve que la cause de la chute est externe.
Sur la base de l'examen du dossier répressif, l'Ombudsman constate que du matériel de jardinage était déposé à proximité de la citerne. Un témoin confirme également la présence de cet outillage. Il en ressort que monsieur X a très bien pu chuter sur ce matériel et tomber dans la citerne.

Après réexamen du dossier, l'entreprise d'assurances reconnaît le fait que ce matériel ait pu provoquer la chute de monsieur X et qu'il constitue une cause extérieure. L'entreprise d'assurances a accepté, dans un but de conciliation, d'accorder l'indemnité prévue, au grand soulagement de madame X.

Sur la base des principes généraux en assurances, la charge de la preuve de l'origine de la chute incombe au demandeur, en l'occurrence, aux bénéficiaires du contrat.

Mais, dans la pratique, la preuve que la chute résulte d'un « mauvais usage » de l'escalier peut être difficile voire impossible à apporter. Ainsi, le fait de déraper sur une marche n'est pas un accident mais à l'inverse chuter sur un tapis déchiré ou à cause d'une rampe défectueuse peut l'être.
En effet, souvent, la chute s'est produite en l'absence de témoins qui pourraient préciser les circonstances. De plus, les bénéficiaires ne pensent pas à prendre immédiatement les mesures utiles qui les aideraient à établir les causes de la chute telles qu'une autopsie, des photos des lieux immédiatement après l'accident... Or, plus tard, les possibilités de réunir les éléments de preuve disparaissent ou en tout cas ne sont plus pertinentes.

Par ailleurs, le contrat d'assurance, comme toute convention, doit être exécuté de bonne foi. Sur cette base et à la lumière d'autres cas, l'Ombudsman se demande si la charge de la preuve ne devrait pas être comprise plus souplement par l'assureur à l'image de la portée que les tribunaux lui accordent dans d'autres garanties.
Ainsi, dans le cadre de la garantie Vol, la jurisprudence a accepté qu'il ne peut être attendu de l'assuré qu'il fournisse d'une manière rigoureuse une preuve positive et absolument certaine de la réalité du vol commis. Il suffit, en revanche, qu'il démontre la vraisemblance et la sincérité des déclarations qu'il a faites (par exemple par un dépôt de plainte à la police). En cas de vol, en raison de la difficulté de la preuve, la charge est dans les faits répartie entre l'assureur et l'assuré.
Aussi, dès que l'assureur établit qu'il existe des éléments qui jettent la suspicion sur la sincérité de la déclaration, les exigences de preuve sont renforcées et c'est à l'assuré d'écarter tous les doutes.
Cette théorie pourrait être étendue à la charge de la preuve en assurance Compte.

Malheureusement, il n'existe à l'heure actuelle que trop peu de décisions jurisprudentielles et de commentaires doctrinaux qui permettent d'appuyer et d'étoffer cette approche afin de convaincre les entreprises d'assurances[75].

Même si la charge de la preuve est allégée, le règlement de tels dossiers restera difficile car la cause externe à la chute devra toujours être établie.
Dans un but de transparence, une entreprise d'assurances s'est engagée à examiner la formulation de la clause décrivant la définition et la portée de la notion d'accident.

[75] Voyez entre autres Bruxelles, 6 octobre 1987, *R.G.A.R.*, 1989, p. 11 508.

3

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances

1. En chiffres

En 2009, l'Ombudsman a reçu 344 doléances à l'encontre des intermédiaires en assurances soit 10 % de l'ensemble des réclamations reçues en 2009. Ce nombre de plaintes correspond à une hausse de 25 % alors que globalement le nombre des réclamations a baissé de 3,7 %.

2007	2008	2009
264	273	344

Cette augmentation est, pour partie, en lien avec la crise financière qui influence la nature et le degré des insatisfactions. Ainsi, le consommateur a souvent une attitude plus revendicatrice. Il est par ailleurs confronté à des désillusions par rapport à ses attentes. Ainsi, il a vu les rendements baisser dans les produits Vie, qu'il s'agisse de la valorisation d'un produit Branche 23 ou de l'attribution de participations bénéficiaires dans un produit Branche 21. Dans ces cas, le consommateur s'inquiète de la qualité du conseil de l'intermédiaire dans la sélection du produit qu'il lui a vendu ou sur le choix de l'entreprise d'assurances auprès de laquelle le contrat a été souscrit et interroge l'Ombudsman.

2. Analyse

La majorité des plaintes portent sur trois branches : les assurances Auto, Incendie et Vie.

Branche	2008	2009
Vie	70	94
Incendie	60	70
Auto	68	69
Divers (Annulation, Tous risques...)	27	37
Soins de Santé	19	35
Protection Juridique	19	18
RC Diverses	6	15
Individuelle Accidents	4	6
Total	**273**	**344**

La majorité des plaintes (63 %) portent sur la production des contrats. Le consommateur n'est **pas satisfait du conseil** qui lui a été donné au moment du choix du produit d'assurances ou de la modification du contrat existant.

C'est en branche Vie que, depuis 2008, le nombre de plaintes est le plus élevé. Cette situation est la conséquence de la crise financière. Face aux résultats négatifs ou à tout le moins décevants, le consommateur reproche à l'intermé-

diaire en assurances de ne pas lui avoir conseillé le produit adéquat.

Le devoir d'information et de conseil a toujours fait partie de l'appui que l'intermédiaire d'assurances doit apporter à son client.

En 2006, afin de mieux protéger le consommateur, le législateur est intervenu [76]. Il a décrit la portée et les modalités de l'obligation d'information et de conseil.

Sur cette base, tout intermédiaire d'assurances doit identifier les attentes et les besoins des clients et justifier le choix du produit qu'il propose. Si la portée du devoir d'information est claire, l'appréciation de celle du devoir de conseil est divergente. Ainsi jusqu'où va l'obligation de l'intermédiaire d'assurances de proposer des couvertures d'assurance lorsqu'on le consulte : doit-il simplement répondre à la demande d'un produit particulier ou doit-il aller plus loin et conseiller un produit ou des garanties complémentaires qui pourraient le couvrir plus largement ?

Le consommateur doit participer activement en déclarant tout élément susceptible d'influencer le risque et en prenant connaissance des documents qui lui sont soumis [77].

L'intermédiaire doit adapter son conseil au profil de son client. En effet, la compréhension d'un produit peut dépendre de l'éducation, de la formation, de la profession, de l'expérience du preneur d'assurance. Dans certains cas, il va même se référer à son potentiel financier.

Le devoir d'information perdure durant tout le contrat. Ainsi, même à la clôture du contrat, l'intermédiaire joue, dans certains cas, un rôle essentiel [78].

[76] Art. 12*bis* 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, qui a été inséré par la loi du 22 février 2006 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances à la distribution d'assurances, *M.B.*, 15 mars 2006.

[77] Art. 2.2 à 2.7 Code de bonne conduite des intermédiaires d'assurances, www.feprabel.be/

[78] Voir supra p. 38.

3

En pratique...

Devoir de conseil : quelles sont les formalités à la liquidation de l'assurance Vie ?

Monsieur X a souscrit une assurance Vie Branche 23. Il décède et son épouse, bénéficiaire du contrat, se rend, en date du 2 octobre 2008, à l'agence bancaire pour déclarer son décès. Elle demande également la liquidation du contrat. L'agent bancaire est l'intermédiaire du contrat d'assurance. Il notifie le décès à l'entreprise d'assurances qui exige un avis de décès signé par un médecin avant de vendre les parts investies.

L'intermédiaire en informe le 13 octobre 2008 madame X qui lui apporte le document le jour même.

La compagnie effectue la liquidation du contrat sur la base de la valeur en date du 13 octobre 2008.

Suite à la crise boursière, l'assurance Vie a perdu de sa valeur depuis le 2 octobre 2008, jour où madame X a déclaré le décès. Elle n'accepte pas cette moins-value et veut obtenir la valeur des parts au jour de la déclaration.

Mécontente, elle écrit à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des conditions générales du contrat et relève que la notification du décès suffit pour provoquer la vente des parts. L'entreprise d'assurances soutient que, sur la base d'une nouvelle directive interne, un document officiel du décès est nécessaire pour liquider le contrat.

L'entreprise d'assurances estime que l'agent bancaire qui fait partie du même groupe devait être au courant de cette nouvelle directive. Il aurait dès lors dû informer directement madame X de cette nouvelle exigence. Or, il ne lui a réclamé le certificat que quelques jours plus tard, lorsque l'entreprise d'assurances le lui a demandé.

Sur la base de ces deux arguments, l'Ombudsman a pu convaincre, après de nombreuses discussions, le groupe financier qui est également responsable de son réseau de distribution, de verser à madame X la différence de valeurs.

Ces nouvelles dispositions légales ont influencé la gestion des plaintes par l'Ombudsman. En effet, dans le passé, lorsqu'elle se trouvait face à deux versions contradictoires, elle rencontrait, faute de preuves, des difficultés pour rétablir la vérité. Depuis 2006, il appartient à l'intermédiaire de rapporter la preuve qu'il a donné les informations adéquates. Dès lors, en l'absence de preuves écrites, l'intermédiaire rencontrera des difficultés pour pouvoir établir qu'il a rempli ses obligations.

Afin d'aider les intermédiaires, les unions professionnelles ont mis à leur disposition des fiches de renseignements types à compléter. En réalité, il s'agit de trois fiches : l'une pour les produits non Vie, les deux autres pour les produits Vie ou l'épargne et les placements. Les informations reprises sur ces fiches sont considérées par la CBFA comme une bonne pratique qui satisfait au devoir d'information des intermédiaires. Bien que les informations recueillies sur cette base donnent des indications sur le profil du client, l'intermédiaire doit, en tout état de cause, pouvoir justifier que le produit conseillé correspond aux besoins du client[79]. Lorsqu'il vend un produit Vie, il doit en plus communiquer la fiche d'info financière.

Les intermédiaires, quant à eux, estiment que compléter ces fiches alourdit leur travail administratif. Afin d'alléger cette charge, le secteur envisage de supprimer la fiche pour les produits non Vie. Elle serait remplacée par des informations supplémentaires reprises dans la proposition d'assurance[80].

Comme l'utilisation de ces fiches n'est pas imposée par la loi, la communication des informations au consommateur peut en effet se réaliser par d'autres moyens.

La portée du devoir d'information et de conseil de l'intermédiaire en assurances et les spécificités apportées par les modifications légales de 2006 sont encore parfois méconnues ou incomprises par certains intermédiaires. En effet, à l'analyse de dossiers, l'Ombudsman a constaté que, notamment, certains agents bancaires se réfèrent à leurs obligations de conseiller en placements bancaires (directives MiFID[81]) pour la vente de produits d'assurances. Confrontés à des réclamations de consommateurs, ils n'ont pas pu établir que le produit proposé répondait aux besoins du consommateur et qu'ils avaient communiqué la fiche d'info financière du produit choisi. L'utilisation des différentes fiches de référence du secteur lors de la vente de produits d'assurances est un moyen qui permet aux intermédiaires de répondre à leurs obligations et de rapporter la preuve de la qualité de leur conseil.

[79] Voir *Carnet 2006 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 101.
[80] Voir *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 54.
[81] The Markets in Financial Instruments Directive.

En pratique...

Sur quelle base évaluer le conseil de l'agent bancaire qui vend un produit d'assurances ?

En mars 2008, madame X se rend dans son agence bancaire pour souscrire un produit d'assurance Vie qui garantit le capital placé.

Quelques mois plus tard, alors qu'elle demande la modification du bénéficiaire, elle constate que le montant investi a baissé. Étonnée, elle interroge l'agent bancaire. Ce dernier lui explique qu'il s'agit d'un placement en Branche 23 et que donc la variation est due à la chute de la Bourse suite à la crise financière. Madame X s'étonne qu'un tel produit lui ait été proposé puisqu'elle voulait absolument protéger son capital.

Insatisfaite, elle s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance de l'ensemble du dossier auprès de l'entreprise d'assurances.

Lors de l'entretien au moment de la conclusion du contrat, madame X a signé un formulaire « Analyse des besoins » duquel il ressort qu'elle demandait un capital garanti. L'institution bancaire indique, cependant, que le profil MiFID de madame X est moyen. Le produit proposé correspond à ce profil et d'ailleurs, madame X a signé le contrat.

Face à ces arguments, l'Ombudsman rétorque que si le profil MiFID est une indication, la qualité du conseil de la vente d'un produit d'assurances doit s'apprécier au regard des règles applicables aux intermédiaires d'assurances. Or, le seul document analysant la demande d'assurance mentionne un capital garanti. Le produit conseillé devait répondre à ce besoin.

Après de longues discussions, l'Ombudsman parvient à convaincre l'institution financière de revoir son point de vue. Elle n'accepte pas d'annuler le contrat de madame X mais propose différentes solutions qui permettent de reconstituer le capital de départ.

Madame X accepte le transfert de son contrat en Branche 21. Ainsi, après neuf mois, son capital de départ sera reconstitué.

L'examen des réclamations introduites en raison d'un manque d'informations ou d'un défaut de conseil conduit l'Ombudsman à rassembler un ensemble d'éléments objectifs relevant du moment de la conclusion du contrat. Entre le moment de la conclusion du contrat et celui du sinistre ou de la liquidation du contrat, différents événements qui influencent les attentes ou la perception des besoins du consommateur peuvent survenir. Le simple écoulement du temps peut également modifier l'approche de l'assuré. C'est aussi au moment du règlement d'un sinistre que le consommateur évalue si le produit souscrit correspond à ses attentes et s'il a été bien conseillé.

Ainsi l'Ombudsman doit analyser avec prudence tous les éléments fournis. Dans certains cas, elle relève des manquements ou des erreurs. Par exemple, en assurance Automobile, lorsque l'intermédiaire confirme à son client que la couverture Vol est acquise pour son véhicule sans avoir vérifié si les exigences reprises par le contrat pour le système antivol sont respectées ou sans avoir à tout le moins transmis à l'entreprise d'assurances le document décrivant le système antivol placé. C'est également le cas où la prime réclamée par l'entreprise d'assurances pour la couverture d'une RC Automobile est bien supérieure à celle que l'intermédiaire avait annoncée à son client.

En assurance Incendie, l'Ombudsman connaît des réclamations où le conseiller en assurances a demandé une couverture RC locative pour un propriétaire ou à l'inverse une police en qualité de propriétaire alors que le preneur d'assurance est locataire.

Il arrive aussi que le consommateur saisisse l'Ombudsman car il reproche à son intermédiaire d'avoir omis de conseiller la couverture du contenu ou l'extension des garanties au risque Vol.

En assurance Vie, le consommateur reproche à son conseiller en assurances de lui avoir proposé un produit qui ne correspond pas à ses attentes. Dans la majorité des cas, il s'agit de la souscription d'un produit Vie Branche 23 alors que l'assuré souhaitait la protection de son capital.

Le consommateur lui reproche parfois aussi de ne pas avoir précisé les frais de gestion, les frais de rachat ou de ne pas avoir mis l'accent sur l'aspect variable du taux de rendement.

La loi précise également que l'information communiquée par l'intermédiaire doit être claire, précise et compréhensible pour le consommateur. En cas de doute, la preuve est à charge du conseiller en assurances.

En pratique...

Devoir de conseil : le candidat-assuré a-t-il un délai de réflexion après la souscription d'un contrat d'assurance Vie ?

Monsieur X désire souscrire une assurance Vie en vue de se constituer un capital garanti pour sa pension. Il prend contact avec un conseiller en assurances et lui demande une assurance Epargne Pension.
L'intermédiaire lui conseille un produit qui est en réalité constitué d'actions.

Monsieur X souscrit le contrat. Mais, quelques jours plus tard, il relit son contrat et se rend compte qu'il ne correspond pas à ses attentes puisque le capital n'est pas garanti. Il demande à l'intermédiaire de l'annuler mais celui-ci refuse.

Mécontent, monsieur X s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'intermédiaire mais se tourne également vers l'entreprise d'assurances.
L'intermédiaire maintient qu'il lui a conseillé un produit qui répondait aux attentes du consommateur.

L'Ombudsman n'est pas rentrée dans cette discussion, mais s'est référée aux dispositions légales. En effet, elle prévoit que le candidat-assuré a la possibilité de résilier un contrat dans les 30 jours qui suivent la réception du contrat d'assurance Vie[82]*.*

Sur cette base, l'Ombudsman a demandé à l'entreprise d'assurances d'analyser le dossier en application de cette législation.

Convaincue par cet argument, l'entreprise d'assurances a revu son point de vue et a accepté de résilier le contrat de monsieur X. La prime déjà versée lui a été remboursée.

[82] Art. 9 A.R. Vie.

En pratique...

Devoir de conseil : l'intermédiaire peut-il prouver qu'il a donné un bon conseil ?

Monsieur X dispose d'une assurance Vie qui lui permet de bénéficier d'avantages fiscaux. Son courtier lui propose de souscrire une deuxième assurance Vie en lui garantissant oralement qu'elle lui apportera des avantages fiscaux complémentaires. Monsieur X souscrit cette police. A son grand étonnement, elle ne lui permet pas d'obtenir un avantage fiscal supplémentaire.

Monsieur X s'adresse, dès lors, à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'intermédiaire d'assurances. Conformément aux dispositions légales[83], elle lui demande de lui transmettre la fiche d'information permettant de déterminer les besoins de monsieur X lors de la souscription du contrat. L'intermédiaire ne dispose d'aucun document. De plus, de la réponse qu'il formule, il ressort qu'il n'a pas examiné les possibilités d'obtenir des avantages fiscaux lors de la vente de la police à monsieur X.

Après discussion avec l'intermédiaire et l'assureur, l'Ombudsman a pu obtenir l'annulation du contrat de monsieur X et le remboursement intégral des primes.

[83] Art. 12 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.

En pratique...

Ajout d'une garantie dans un contrat : comment prouver l'accord de l'assuré ?

Madame X achète une nouvelle voiture. Elle interroge son courtier sur les conditions d'une assurance Omnium auprès de l'entreprise d'assurances A.

Quelques jours plus tard, elle trouve une assurance Omnium à des conditions plus favorables auprès d'une entreprise d'assurances B et souscrit un contrat. Or, entre-temps, le courtier a pris l'initiative d'ajouter, dans le contrat de madame X, l'assurance Omnium. L'entreprise d'assurances A réclame la prime à madame X.

Madame X n'accepte pas cette couverture et se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec le courtier et l'entreprise d'assurances A. Tous deux soutiennent que, par le paiement de la prime de l'assurance Auto, madame X a accepté l'entièreté du contrat et donc aussi la garantie Omnium. L'Ombudsman leur rappelle les dispositions légales en vertu desquelles le contrat d'assurance ainsi que ses modifications se prouvent par un écrit[84]. Or, madame X n'a fait que demander des informations à son courtier mais n'a rien signé. De plus, l'Ombudsman constate que madame X n'a payé que la prime correspondant aux garanties RC et Protection Juridique.

Sur la base de ces arguments, l'entreprise d'assurances A accepte de réexaminer son dossier et confirme qu'elle ne dispose d'aucun écrit de madame X demandant l'ajout de la garantie Omnium dans son contrat. Elle accepte, dès lors, d'annuler cette garantie. Le courtier n'a pu que s'incliner.

[84] Art. 10 L.C.A.T.

Dans certains cas, le consommateur s'adresse à l'intermédiaire d'assurances dans l'unique but de recueillir des informations qui seront utiles à sa prise de décision. Quelquefois, l'intermédiaire interprète cette démarche comme une demande de couverture. Il fait alors établir un contrat ou ajoute une garantie complémentaire dans une police existante. Le consommateur, surpris par cette initiative, conteste la demande de couverture. Saisie de sa plainte, l'Ombudsman va vérifier s'il s'est borné à interroger le conseiller en assurances. A cette fin, elle exige la production d'un écrit signé ou d'un document permettant d'établir la preuve d'une demande de couverture.

Faute de réponse affirmative, l'Ombudsman devra conclure à l'absence de demande de contrat.

La conclusion de certains types de contrats nécessite un questionnaire médical dûment complété.

Certains intermédiaires le remplissent à la place de leur client qui va se limiter à le signer. Cette pratique n'est pas sans danger. En effet, des discussions peuvent surgir, lorsqu'au moment d'un sinistre, l'entreprise d'assurances refuse son intervention en invoquant la réticence sur l'information de l'état de santé préexistant de l'assuré au moment de la conclusion du contrat. Afin de rappeler aux intermédiaires les dangers de cette procédure, le code de bonne pratique des intermédiaires devrait reprendre la possibilité pour un conseiller en assurances d'assister le candidat-assuré en lui prêtant sa plume mais tout en attirant son attention sur l'importance du dialogue et du rôle actif du candidat-assuré qui, en tout état de cause, doit le signer.

Lorsque le consommateur émet une doléance à l'encontre d'un intermédiaire suite à un sinistre, il se plaint principalement du délai de déclaration ou de communication des justificatifs du dommage à l'entreprise d'assurances. Il reproche également une communication insuffisante voire déficiente lors de la gestion d'un sinistre. Dans certains cas, il se plaint de ne pas avoir été suffisamment épaulé et défendu lors de l'expertise des dommages.

Parfois, il interroge l'Ombudsman car il estime ne pas avoir reçu un avis correct sur les responsabilités dans l'accident ou sur le montant des indemnités allouées[85]. Dans ces derniers cas, la plainte concerne souvent des intermédiaires qui, pour le compte de l'entreprise d'assurances, assument l'entièreté de la gestion des sinistres. Ce n'est donc pas en leur qualité de conseiller en assurances mais bien en tant que gestionnaires délégués par l'entreprise d'assurances qu'ils sont critiqués.

A l'analyse, l'Ombudsman constate d'ailleurs qu'il s'agit des mêmes raisons d'insatisfaction que celles invoquées à l'encontre des entreprises d'assurances : le refus d'intervention et le montant de l'indemnité.

Il en est de même pour un bureau assurant la gestion de contrats d'assurance Annulation voyage vendus par des tour-opérateurs.

[85] Voir supra p. 20.

3. Résultats

En 2009, 55 % des plaintes à l'encontre des intermédiaires sont fondées, soit une légère amélioration par rapport à 2008 où 56 % des réclamations étaient fondées.

Au regard des différentes branches, c'est en branche Auto qu'il y a le plus de plaintes fondées (64 %). Ce sont principalement des plaintes qui portent sur les motifs à la délivrance de documents (carte verte), aux renseignements sur le calcul de la prime, à la résiliation du contrat…

Ensuite, en branche Vie, 56 % sont fondées. Il s'agit des plaintes qui portent sur le choix d'un produit sans protection de capital, sur l'avis de l'opportunité d'une opération de rachat ou sur l'information des frais qui l'accompagnent. Il en est de même lorsque l'assuré n'est pas satisfait de l'assistance de l'intermédiaire lors de la liquidation du capital d'un contrat souscrit à l'étranger.

Les plaintes fondées sont par contre moins nombreuses en Incendie que dans l'ensemble des branches d'assurance.

En 2009, 58 % des plaintes relatives aux sinistres sont fondées. Le consommateur interroge l'Ombudsman car il s'inquiète sur le suivi par l'intermédiaire de la gestion du sinistre auprès de l'entreprise d'assurances ou des actions menées par l'intermédiaire lui-même chargé de la gestion pour le compte de l'assureur.

4

Analyse et statistiques

Plaintes à l'encontre de Datassur

Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Datassur 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 de recours en cas de plaintes concernant les données reprises dans le fichier « Risques spéciaux » ou fichier RSR, géré par Datassur.

1. En chiffres

En 2009, l'Ombudsman a reçu 33 demandes d'intervention relatives à des enregistrements dans le fichier RSR de Datassur.
Globalement, le nombre de doléances introduites auprès de l'Ombudsman est faible par rapport au nombre total des enregistrements (57 599 en 2009) et des demandes de rectification (230 en 2009) dans le fichier RSR de Datassur. Malgré la hausse du nombre d'enregistrements, les demandes de rectification auprès de Datassur et le nombre de dossiers introduits auprès de l'Ombudsman baissent de manière significative.

L'Ombudsman a été moins sollicitée que par le passé par des assurés qui n'avaient pas respecté la procédure.

2. Analyse

C'est l'assuré lui-même qui, dans 87 % des cas, prend l'initiative d'introduire une plainte car il subit directement les conséquences de l'enregistrement.

A l'instar des années antérieures, la majeure partie des doléances introduites à l'encontre des inscriptions dans le fichier RSR de Datassur portent sur l'assurance RC Automobile obligatoire (81 %) et sur la branche Incendie (16 %).

Le principal motif de plainte concerne l'enregistrement pour non-paiement de la prime (45 %).

	2007	2008	2009
Enregistrements dans le fichier RSR	49 650	50 975	57 599
Demandes de rectifications dans le fichier RSR	280	340	230
Demandes introduites auprès de l'Ombudsman	53	59	33

Une telle inscription peut être annulée lorsque l'assuré fait preuve « d'une bonne foi manifeste »[86]. Mais qu'entendre par « bonne foi » ? Cette notion donne lieu à différentes interprétations. Le plus souvent, lorsque l'assuré paie l'intégralité des sommes dues, les compagnies reconnaissent plus facilement la bonne foi et acceptent de modifier l'inscription. Par exemple, un plaignant a interpellé l'Ombudsman alors qu'il a acquitté toute sa dette et que les retards de paiement étaient dus aux difficultés de correspondances suite à son déménagement.

Ensuite, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman car il ne peut accepter d'être fiché suite à une résiliation pour sinistres alors que la responsabilité incombe à un autre conducteur du véhicule. L'Ombudsman doit rappeler et souligner que l'enregistrement est basé sur un contrat dont l'élément d'identification est le preneur d'assurance.

En 2009, l'Ombudsman a reçu quatre plaintes suite à l'enregistrement pour fraude. Comme les années précédentes, l'Ombudsman constate que le consommateur accepte difficilement que dans ce cas son enregistrement soit conservé pendant une période de dix ans.

3. Résultats

	2008	2009
Demandes de renseignements	35	16
Plaintes fondées	14	12
Plaintes non fondées	10	5
Total	**59**	**33**

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 48 % des cas pour lesquels l'Ombudsman a été saisie, le plaignant n'a pas respecté cette procédure. 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, 17 plaintes ont fait l'objet d'une enquête et 70 % d'entre elles ont entraîné l'annulation de l'enregistrement ou à tout le moins une rectification des données. La majorité des plaintes relatives à l'enregistrement pour non-paiement de la prime ont été clôturées par la radiation de l'inscription suite à la régularisation des paiements par l'assuré conformément à la recommandation générale de l'Ombudsman[87].

Par contre, toutes les réclamations portant sur un enregistrement suite à une fraude ou une tentative de fraude ne sont pas fondées.

[86] *Carnet 2007 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 64.

[87] Voir *Rapport Annuel 2003 de l'Ombudsman des Assurances*, p. 44.

Recommandations

A.- Incendie : quel est l'assureur qui couvre les dégâts au bâtiment ?

Depuis plusieurs années déjà, l'Ombudsman est saisie par des consommateurs mécontents qui, après l'acquisition d'un bien immobilier, constatent des dégâts. Il s'agit souvent de dégâts des eaux dont les conséquences dommageables apparaissent parfois progressivement. Ils déclarent le sinistre à leur assureur qui refuse son intervention car il estime que l'origine du dommage est antérieure à la prise d'effet du contrat. Interrogée, l'entreprise d'assurances qui couvrait les anciens propriétaires décline également toute intervention en invoquant notamment la clause libératoire de responsabilité des vices cachés reprise dans le contrat de vente.

Malgré une couverture Incendie sans interruption, le nouvel acquéreur ne pourra bien souvent obtenir aucune indemnisation.

Recommandation

L'Ombudsman estime qu'il faut remédier à ce vide de couverture. Elle préconise que les entreprises d'assurances du secteur cherchent ensemble une solution unique et transparente. La réponse à la question peut être par exemple un partage par moitié du montant des dommages entre les deux assureurs, une convention cadre entre les assureurs à l'image de la pratique dans d'autres branches[88]...

[88] Voir supra p. 63.

En pratique...

Après la vente d'un immeuble, quel assureur doit intervenir ?

Monsieur X vend sa maison spacieuse à madame Y. Après la passation de l'acte de vente, madame Y prend possession de la villa et découvre un dégât des eaux qui a eu lieu, incontestablement, avant la vente. Elle contacte monsieur X qui déclare le sinistre à son assureur Incendie. Ce dernier refuse d'intervenir en invoquant une clause de l'acte de vente qui prévoit l'exonération de responsabilités pour les vices cachés. Sur cette base, monsieur X n'est pas responsable.

Monsieur X ne comprend pas l'attitude de l'entreprise d'assurances et interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances de monsieur X. Elle constate que si le sinistre avait été déclaré avant la vente, l'entreprise d'assurances serait intervenue.

Mais, comme monsieur X a vendu son immeuble, il n'est plus couvert par ce contrat. De plus, le contrat de vente de l'immeuble reprend une clause exonérant monsieur X des vices cachés et prévoyant que madame Y accepte l'immeuble dans l'état où il est.

L'entreprise d'assurances qui couvre madame Y en tant que nouveau propriétaire refuse d'intervenir en invoquant l'antériorité du sinistre.

L'Ombudsman ne dispose pas d'arguments juridiques permettant de contester ces positions.

B.- Auto : en assurance Omnium, quelle est l'indemnité à verser en cas de perte totale lorsque la valeur du véhicule est supérieure à la valeur assurée ?

A diverses reprises, l'Ombudsman a connu des réclamations qui portaient sur le montant de l'indemnité payée suite à la perte totale d'un véhicule.

Il s'agissait de cas où l'expert estimait que la valeur du véhicule avant sinistre était supérieure à la valeur assurée.

L'intervention de l'entreprise d'assurances est limitée à la valeur assurée. Mais, face à cette sous-assurance, certains assureurs appliquent une règle proportionnelle en partant du montant assuré et non de la valeur à assurer. Sur la base de cette méthode de calcul, l'assuré est doublement pénalisé.

Recommandation

Il faudrait qu'Assuralia, en tant qu'Union professionnelle des entreprises d'assurances, formule aux entreprises d'assurances du secteur une recommandation reprenant la méthode de calcul à appliquer en cas de sous-assurance pour éviter cette double pénalité.

En pratique...

Quel montant l'assureur Omnium doit-il payer en cas de perte totale ?

Monsieur X a un accident de la circulation en tort. Il introduit une déclaration auprès de son assureur Omnium qui mandate un expert.

Le véhicule de monsieur X est en perte totale et est assuré pour un montant de 15 000 euros.

Cependant, l'expert estime que le véhicule aurait dû être assuré pour 18 000 euros. Comme il y a sous-assurance, l'entreprise d'assurances indemnise monsieur X en appliquant une règle proportionnelle selon le calcul qui suit :

$$\frac{\text{dommage x valeur assurée}}{\text{valeur à assurer}}$$

Sur cette base, il est indemnisé pour 12 500 euros.

Monsieur X s'étonne de ne pas recevoir les 15 000 euros prévus dans son contrat et demande l'intervention de l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances qui lui explique que, puisque le véhicule est en perte totale, le dommage de monsieur X est la valeur assurée. Comme elle applique la règle proportionnelle, le montant qu'elle verse est de :

$$\frac{15\,000 \times 15\,000}{18\,000} \text{ soit } 12\,500 \text{ euros}$$

Mais l'Ombudsman ne peut adhérer à ce raisonnement car le dommage de monsieur X n'est pas la valeur assurée mais bien la valeur du véhicule à assurer et donc 18 000 euros.
A l'image du calcul appliqué par l'assureur Incendie, il faut partir de ce montant afin d'appliquer une règle proportionnelle. Le calcul de l'indemnisation devrait donc être :

$$\frac{18\,000 \times 15\,000}{18\,000} \text{ soit } 15\,000 \text{ euros}$$

De plus, monsieur X a assuré son véhicule et payé la prime sur la base de la valeur de 15 000 euros. En appliquant le calcul de l'entreprise d'assurances, monsieur X paierait trop de prime. En effet, il serait alors indemnisé pour un montant inférieur à la valeur pour laquelle il est assuré en perte totale.

Sur la base de ces arguments, l'entreprise d'assurances a accepté de verser à monsieur X les 15 000 euros prévus dans son contrat.

Conclusion

A l'aube de l'année 2010, et parcourant l'année 2009, l'Ombudsman remarque des actions qui traduisent la volonté des entreprises d'assurances de mieux comprendre et de rencontrer les besoins des consommateurs. Parmi celles-ci, elle en relève particulièrement deux.

La première porte sur la gestion des plaintes. Les entreprises d'assurances voient un élément positif dans l'analyse des doléances. Elles sont source d'informations.

Les entreprises sont de plus en plus conscientes de cette vérité et, par là, de l'utilité de gérer les plaintes et de les analyser. Leur traitement par les informations qu'elles peuvent apporter est notamment une arme à la fidélisation de la clientèle.

Cette perception s'est traduite au cours de l'année 2009 par différentes démarches.

Il y a d'abord toutes les actions d'organisation et de renforcement des équipes qui, au sein des entreprises, se chargent de l'accueil des clients mécontents. Cette ouverture a permis à l'Ombudsman des Assurances d'enregistrer la première baisse du nombre global des réclamations qu'elle a dû négocier depuis sa création.

Dans le même état d'esprit, l'Ombudsman des Assurances a été nommée comme expert auprès de la Commission des Assurances[89]. Les pouvoirs publics et les acteurs du secteur ont estimé utile la participation de l'Ombudsman qui, au regard des plaintes qu'elle reçoit, peut éclairer les débats au sein de cette instance consultative du ministre compétent pour le secteur.

Enfin, le projet de la présence renforcée des consommateurs au sein de l'équipe de l'Ombudsman témoigne de l'intérêt de la connaissance des réclamations pour récolter des informations et y trouver la source d'évolution et d'améliorations.

La seconde démarche porte sur la communication : le consommateur a besoin de renseignements mais trop d'informations nuit car il s'y perd et devient méfiant. Il faut des informations « ciblées, pertinentes, claires et nécessaires »[90].

Afin de répondre au mieux aux attentes des consommateurs, Assuralia a innové. Ainsi, début 2010, on a pu voir le résultat des premiers travaux d'une communication coordonnée entre les représentants des entreprises d'assurances et ceux des consommateurs: la brochure en ligne sur l'assurance Automobile.

A la conférence de presse menée conjointement, le représentant du Crioc déclarait qu' : « Il ne s'agit certainement pas d'un guide comparatif, mais d'un outil abordant les questions essentielles qu'il convient de se poser avant d'acheter une assurance Auto. Souvent, le consommateur part à la recherche du produit le moins cher, sans se demander au final ce qui est assuré ». Et le représentant d'Assuralia embrayait : « L'objectif est que le consommateur puisse faire confiance à son assureur. Pas une confiance aveugle, mais informée. Il doit être conscient de ses intérêts et capable de poser les bonnes questions »[91].

Heureuse initiative cependant encore perfectible en y incluant plus largement les droits des assurés.
On est sur la bonne voie… d'autres initiatives sont d'ailleurs annoncées !

[89] A.R. du 19 juin 2009 acceptant la démission et portant nomination de membres de la Commission des Assurances, *M.B.*, 30 juin 2009.
[90] Ph. Colle, « Audition crise financière », *Assurinfo* n°12, 26 mars 2009, p. 2.
[91] Benoît Mathieu, « Tout, ou presque, sur la RC auto », *Le Soir,* 23 et 24 janvier 2010, p. 35.

Liste des cas pratiques

Branche	Titre	Page
Assurance Compte	Le décès est-il accidentel ?	66
Auto	Formalités : où adresser valablement la lettre de résiliation ?	16
Auto	Dans quelles conditions une entreprise d'assurances peut-elle augmenter le degré bonus malus ?	19
Auto	L'assuré a-t-il priorité sur l'assureur pour récupérer la franchise ?	21
Auto / Recommandation	Quel montant l'assureur Omnium doit-il payer en cas de perte totale ?	88
Hospitalisation	Quand l'entreprise d'assurances peut-elle refuser son intervention en raison d'un état préexistant ?	54
Hospitalisation	Interprétation des conditions générales : quelle est la participation de l'entreprise d'assurances dans les frais de perruque ?	56
Incendie	Quel est le montant de la prime lorsque l'indice ABEX diminue ?	27
Incendie	Quelles sont les obligations de l'assuré lorsqu'il part en voyage ?	29
Incendie	Dans quelles conditions le chômage immobilier est-il indemnisé ?	31
Incendie	En cas de copropriété, à qui l'entreprise d'assurances doit-elle régler le sinistre ?	33
Incendie / Recommandation	Après la vente d'un immeuble, quel assureur doit intervenir ?	86
Intermédiaires	Devoir de conseil : quelles sont les formalités à la liquidation de l'assurance Vie ?	71
Intermédiaires	Sur quelle base évaluer le conseil de l'agent bancaire qui vend un produit d'assurances ?	73
Intermédiaires	Devoir de conseil : le candidat-assuré a-t-il un délai de réflexion après la souscription d'un contrat d'assurance Vie ?	75
Intermédiaires	Devoir de conseil : l'intermédiaire peut-il prouver qu'il a donné un bon conseil ?	76
Intermédiaires	Ajout d'une garantie dans un contrat : comment prouver l'accord de l'assuré ?	77
Protection Juridique	L'entreprise d'assurances doit-elle proposer de prendre l'avis d'un avocat ?	60
Protection Juridique	Quel assureur Protection Juridique doit intervenir ?	62
Vie	Quels frais peuvent être perçus lors d'un rachat ?	37
Vie	L'entreprise d'assurances doit-elle couvrir le risque de décès pour un militaire en mission à l'étranger ?	40
Vie	Formalités : comment prouver un contrat ?	41
Vie	Le montant total des primes payées peut-il dépasser le montant du capital ?	44

Réseaux

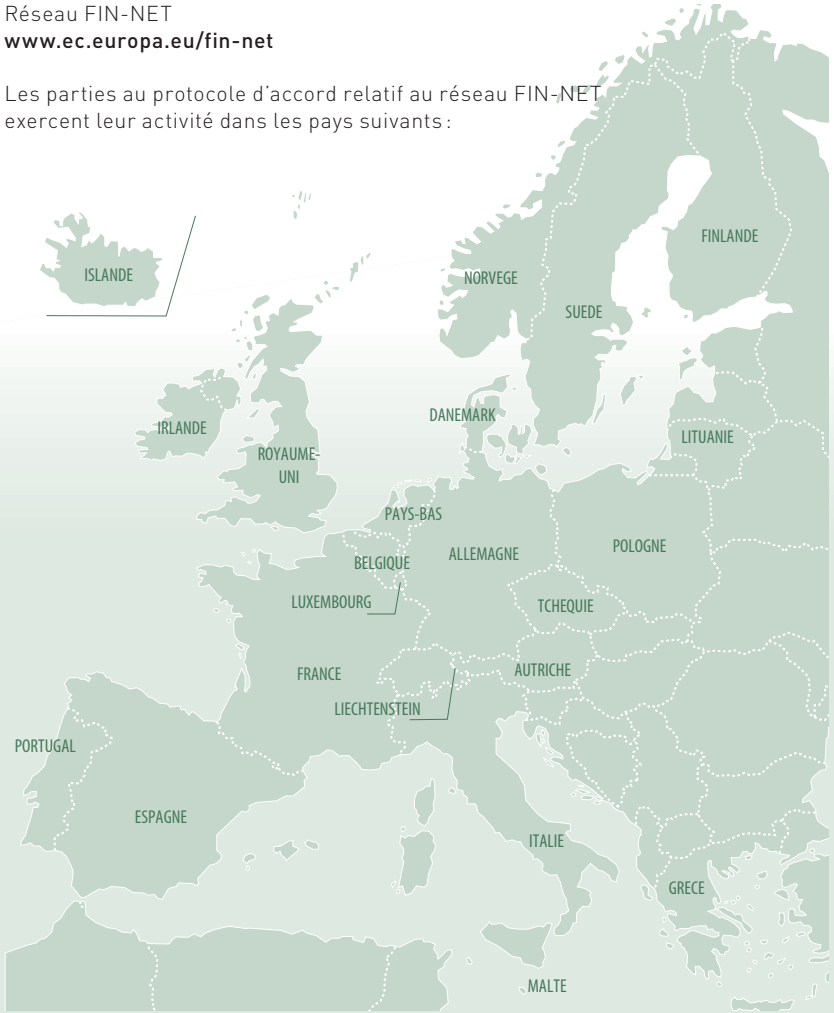
En Belgique :

CPMO (concertation permanente des médiateurs et 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 :



Les représentants belges sont les suivants :

Assurances :
Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles
Tél. : **+32 (0)2 547 58 71**
Fax : **+32 (0)2 547 59 75**

info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

Banques, Crédit, Placements :
Service de Médiation Banques – Crédit - Placements

Rue Belliard, 15-17
1040 Bruxelles
Tél. : **+32 (0)2 545 77 70**
Fax : **+32 (0)2 545 77 79**

ombudsman@ombfin.be
www.ombfin.be

L'équipe de l'Ombudsman des Assurances

Ombudsman

Josette **Van Elderen**

Conseillers

Magali **André**
☎ +32 (0)2 547 57 80

Hans **Claes**
☎ +32 (0)2 547 58 73

Sandrine **Irrera**
☎ +32 (0)2 547 58 79

Joëlle **Kint**
☎ +32 (0)2 547 58 75

Nathalie **Peetroons**
☎ +32 (0)2 547 58 74

Sylvie **Scheerlinck**
☎ +32 (0)2 547 58 76

Elke **Stillaert**
☎ +32 (0)2 547 57 70

Secrétariat

Valérie **Saussez**
☎ +32 (0)2 547 58 71

Carroll **Verlaeckt**
☎ +32 (0)2 547 58 77

Sommaire

I. Préface 3

II. Analyse et statistiques 5

Chapitre 1 : Aperçu global 5
A. Combien de plaintes ? 5
B. A l'encontre de qui ? 6
C. Dans quelle langue ? 7
D. Qui introduit une plainte ? 8
E. Dans quelles branches ? 9
F. Quelle est la solution apportée à la plainte ? 10

Chapitre 2 : Plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances 13
Tableau global par branche 13
A. Assurance Auto 15
1. En chiffres 15
2. Analyse 15
– **Résiliation du contrat 15**
– **Adaptation de la prime 17**
– **Montant de l'indemnité 20**
– **Refus d'intervention 22**
– **Délai de règlement 22**
– **Défaut d'information 23**
3. Résultats 23

B. Assurance Incendie 25
1. En chiffres 25
2. Analyse 25
– **Résiliation et reprise du contrat 25**
– **Adaptation de la prime 26**
– **Offres conjointes 28**
– **Refus d'intervention 28**
– **Chômage immobilier 30**
– **Copropriété 32**
3. Résultats 32

C. Assurance Vie 35
1. En chiffres 35
2. Analyse 35
– **Opérations de rachat 35**
– **Codes de bonne conduite 39**
– **Application de la législation sur l'anti-discrimination 42**
– **Montant du capital liquidé 43**
– **Refus du paiement du capital 45**
3. Résultats 47

D. Assurance Soins de Santé 49
1. En chiffres 49
2. Analyse 50
– **Augmentations tarifaires 51**
– **Application de la législation sur l'anti-discrimination 53**
– **Refus d'intervention 53**
– **Montant de l'indemnité 55**
– **Délai de remboursement 55**
3. Résultats 57

E. Assurance Protection Juridique 59
1. En chiffres 59
2. Analyse 59
– Protection Juridique auto :
• **Gestion passive 59**
– Protection Juridique de base non auto ou étendue :
• **Refus d'intervention 59**
• **Montant couvert 63**
3. Résultats 63

F. Cas particulier : Assurance Compte 65

Chapitre 3 : Plaintes à l'encontre des intermédiaires d'assurances 69
1. En chiffres 69
2. Analyse 69
– **Devoir d'information et de conseil 69**
3. Résultats 79

Chapitre 4 : Plaintes à l'encontre de Datassur 81
1. En chiffres 81
2. Analyse 81
3. Résultats 82

III. Recommandations 85
A. Incendie : quel est l'assureur qui couvre les dégâts au bâtiment ? 85
B. Auto : en assurance Omnium, quelle est l'indemnité à verser en cas de perte totale lorsque la valeur du véhicule est supérieure à la valeur assurée ? 87

IV. Conclusion 91

V. Liste des cas pratiques 93

VI. Réseaux 95

Comment introduire une plainte ?

Il faut un écrit qui peut être transmis :

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

soit par le formulaire de plainte du site
www.ombudsman.as

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

soit par courriel à
info@ombudsman.as

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

soit par lettre adressée à
Ombudsman des Assurances,
Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

soit par fax au
+32 **(0)2 547 59 75**

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Carnet 2009

Editeur responsable : J. Van Elderen
Le carnet 2009 est disponible en format PDF sur le site
www.ombudsman.as
Nederlandse versie is verkrijgbaar op eenvoudig verzoek.

Conception & réalisation :
PIXALYS Communication
✆ +32 (0)2 478 64 99
info@pixalys.be

D 2010-0377-3

Imprimé sur OLIN. Ce papier est certifié FSC (Conseil de Soutien de la Forêt). La certification signifie qu'en choisissant un tel papier, l'Ombudsman des Assurances opte pour des produits forestiers responsables.

FSC
Sources Mixtes
Groupe de produits issu de forêts bien gérées et d'autres sources contrôlées.
www.fsc.org Cert no. CU-COC-809718-E
© 1996 Forest Stewardship Council

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 547 58 71
Fax +32 (0)2 547 59 75

info@ombudsman.as
www.ombudsman.as