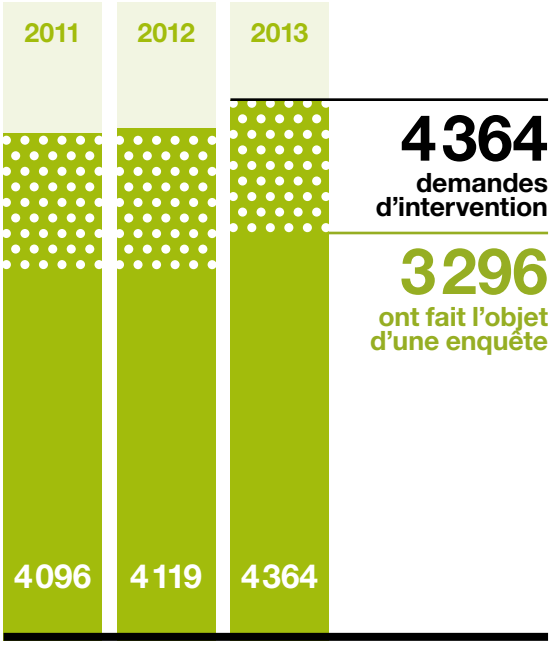
2013

CHIFFRES & ANALYSE

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

2013
en quelques chiffres-clés

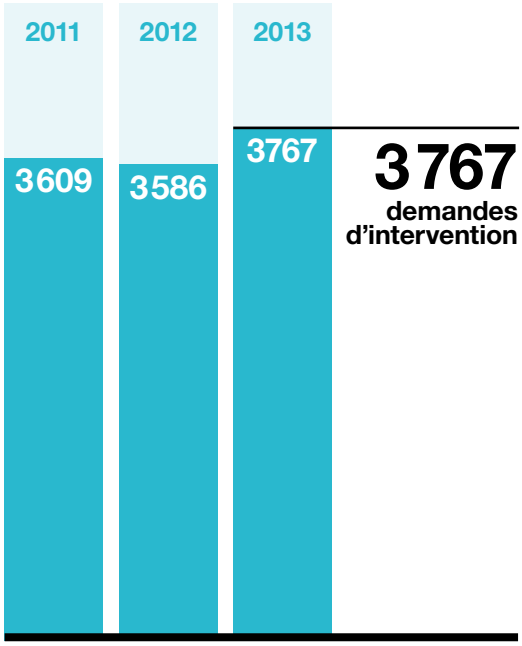


Évolution des demandes d'intervention

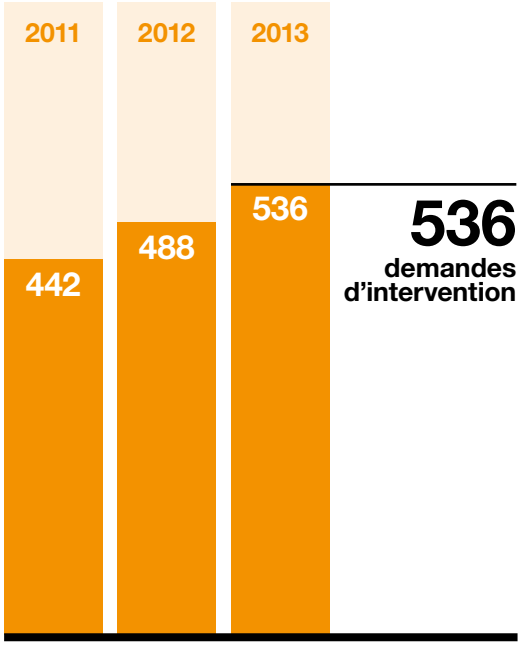
Répartition entre les acteurs du secteur

86% des demandes sont introduites à l'encontre des entreprises d'assurances

76% des demandes ont fait l'objet d'une enquête



Évolution des demandes d'intervention à l'encontre des entreprises d'assurances



Évolution des demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires en assurances

10% des demandes concernent la résiliation des contrats

50% des demandes ont obtenu une solution

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Chiffres et Analyse 2013

Préface 3

1 Aperçu de l'activité 2013 4

Combien de demandes d'intervention ? 5
Répartition entre les acteurs du secteur 5
Provenance des demandes d'intervention 7
Répartition par branche 8
Solutions apportées aux demandes 8

2 2013 pour les entreprises d'assurances 10

Auto 12
Incendie 14
Protection Juridique 18
Soins de Santé 20
Vie 23

3 2013 pour les intermédiaires en assurances 28

Un regard sur les chiffres 29
Sous la loupe, trois points d'attention 30

En 2014 32

Réseaux 34

L'équipe de l'Ombudsman 35

Glossaire 36

Préface

En 2013, l'Ombudsman a reçu 4 364 demandes d'intervention. Elle enregistre ainsi une hausse de 6 % par rapport à 2012.

Lorsque l'Ombudsman observe les réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances, elle constate que c'est dans les branches Vie et Soins de Santé que l'augmentation est la plus forte puisqu'elle enregistre 78 dossiers supplémentaires pour ces deux branches uniquement. La progression du nombre d'insatisfactions dans les produits d'Assistance et d'Annulation voyages et surtout sur la couverture des GSM reste préoccupante.

Le nombre des demandes introduites à l'encontre des intermédiaires d'assurances a augmenté principalement dans les branches Auto, Incendie et Protection Juridique. On constate que le consommateur attend non seulement un conseil lors de la conclusion du contrat mais qu'il espère également un appui de son conseiller en assurances lors du règlement d'un sinistre.

De manière globale, de plus en plus de demandes d'intervention adressées à l'encontre d'une entreprise d'assurances ou d'un conseiller en assurances portent sur les difficultés liées à la résiliation des contrats (près de 10 %). A la recherche de la solution la plus avantageuse parmi les contrats offerts sur le marché, le consommateur souhaite changer plus facilement d'entreprise d'assurances et rencontre des difficultés pour que son ancien assureur enregistre le renon demandé. De leur côté, les entreprises d'assurances sélectionnent plus strictement les risques qu'elles acceptent de couvrir. De plus, elles appliquent une politique de surveillance des contrats qu'elles ont en portefeuille et elles éliminent les risques qu'elles jugent indésirables en raison de la fréquence des sinistres ou des difficultés qu'elles rencontrent pour obtenir le paiement de la prime.

Les tensions liées à la résiliation des contrats se reflètent également dans les demandes introduites contre **Datassur** qui sont plus nombreuses en 2013 après des années de stabilisation.

En branche Incendie, le nombre de dossiers dans la garantie Vol est stable bien qu'il y ait une augmentation des cas de vol dont les circonstances évoluent. Chaque contrat d'assurance fixe les conditions dans lesquelles il couvre les conséquences d'un vol. C'est souvent au moment du sinistre que le consommateur réalise l'étendue des garanties et s'étonne voire conteste le refus d'intervention de l'assureur. Suite au refus d'intervention de l'entreprise d'assurances qui invoque l'occupation irrégulière du bâtiment, le fait qu'il n'était pas « fermé »…, le consommateur conteste cette prise de décision. Des discussions ont porté dans plusieurs cas sur les fenêtres ouvertes en oscillo-battant. Afin de les éviter, l'Ombudsman formule une recommandation pour que la couverture de ce cas d'espèce soit reprise clairement dans les conditions du contrat.

Dans la branche Vie et plus particulièrement pour les assurances Obsèques, l'Ombudsman formule une seconde recommandation en raison des difficultés rencontrées par le consommateur lorsqu'une entreprise de pompes funèbres est désignée comme bénéficiaire dans le contrat d'assurance.

Un glossaire en fin de livret reprend la description des mots en gras.

CHAPITRE 1

APERÇU DE L'ACTIVITÉ 2013

Combien de demandes d'intervention ?

En 2011, le nombre des dossiers introduits auprès de l'Ombudsman des Assurances avait franchi la barre des 4 000. En 2012, l'Ombudsman avait clôturé l'année en enregistrant 4 119 demandes d'intervention.

2011	2012	2013
4 096	4 119	4 364

En 2013, l'Ombudsman clôture l'année avec 4 364 réclamations. A ce nombre s'ajoutent les requêtes des consommateurs insatisfaits que l'Ombudsman des Assurances a dirigés vers les services d'accueil au sein des entreprises qui ont traité directement ces doléances[1].

A côté du nombre plus élevé de dossiers, le nombre de correspondance a également augmenté de 8 % soit 1 264 courriers supplémentaires. Ainsi l'Ombudsman a dû répondre à plus de lettres, courriels, fax… Ces écrits témoignent des difficultés rencontrées dans la gestion des dossiers. Les entreprises d'assurances se montrent plus strictes et plus fermes dans leur prise de position alors que les consommateurs sont plus revendicatifs.

Parmi les demandes d'intervention reçues, il y a les requêtes qui échappent à la compétence de l'Ombudsman (5 %), celles qui sont de simples demandes d'informations (13 %) ou celles qui ont été renvoyées vers une autre instance (6 %). Si on écarte ces 1 068 demandes, le nombre de dossiers qui a fait l'objet d'une analyse et de négociations s'élève à 3 296[2].

6 % **hausse de 6 % en 2013**

A côté des demandes écrites, l'Ombudsman et son équipe ont également été fortement sollicitées par téléphone. Ce premier contact a permis de rassurer le plaignant par des informations objectives ou de l'orienter vers l'instance compétente, souvent au sein même de l'entreprise d'assurances concernée. Parfois, une écoute attentive aide le consommateur à mieux cerner son problème et donc à rédiger plus précisément le motif de son insatisfaction.

Répartition entre les acteurs du secteur

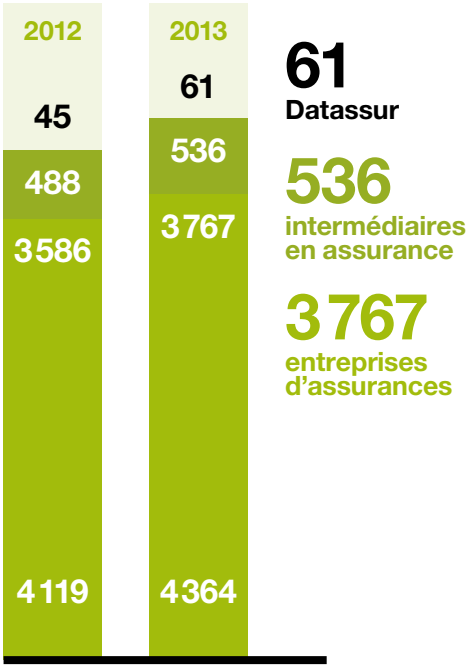
La majorité des demandes d'intervention concernent toujours les entreprises d'assurances. En 2012, l'Ombudsman avait enregistré une légère baisse du nombre des dossiers à leur encontre. En 2013, la hausse est de 5 %. A l'examen, l'Ombudsman constate que différentes branches enregistrent des fluctuations à la hausse.

Le nombre des demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires a augmenté de 10 %. Cette catégorie de demandes reste peu élevée par rapport à l'ensemble des doléances puisqu'elle ne représente qu'environ 12 %. Globalement, ce nombre limité s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par

1 - Voir infra p. 11.
2 - Voir infra p. 9.

le contact de proximité qui permet souvent de désamorcer un conflit.

L'Ombudsman a reçu 61 demandes d'intervention relatives au fichier RSR de Datassur. Ce nombre peu élevé résulte de l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première instance au sein de Datassur. L'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel. Datassur a procédé en 2013 à 82 483 enregistrements dans le fichier RSR soit 5 586 de plus qu'en 2012 mais il n'y a que 16 doléances en plus chez l'Ombudsman. La majorité des demandes reçues concernent l'assurance Auto. Parmi les réclamations qui lui ont été adressées, l'Ombudsman a d'abord orienté le plaignant vers le gestionnaire du fichier Datassur dans plus de 75 % des cas. En principe, toute personne inscrite dans le fichier doit recevoir un avis l'en informant, conformément à l'avis de la Commission de la protection de la vie privée[3]. En pratique, l'Ombudsman constate que tous les inscrits n'ont pas reçu ce document.



Répartition entre les acteurs du secteur

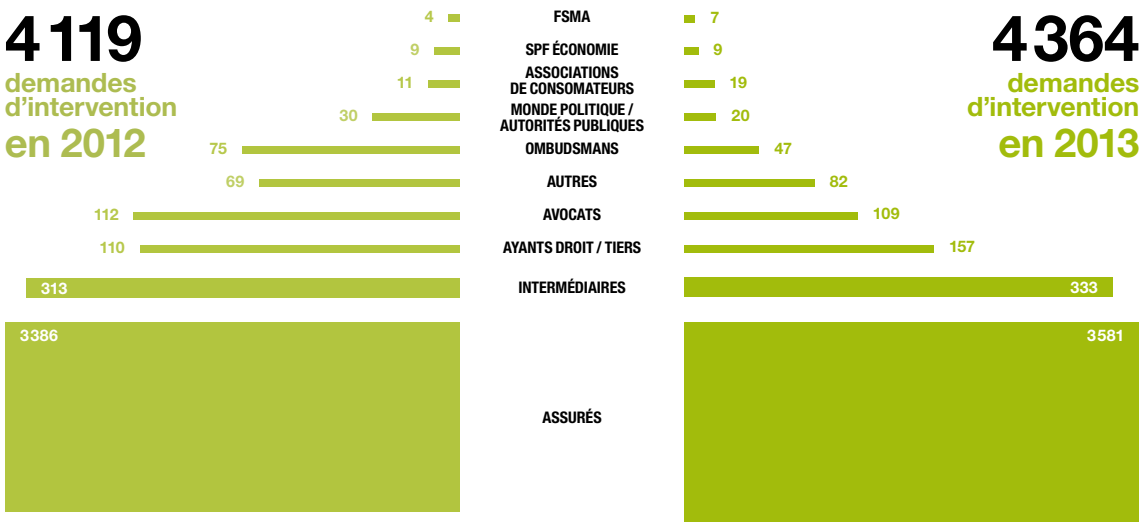
Lorsque l'assuré s'adresse à l'Ombudsman, c'est en général pour contester son enregistrement dans le fichier suite à une résiliation de son contrat pour non-paiement de la prime, après sinistre ou pour motif de fraude.

Seuls 15 dossiers ont fait l'objet de négociations et, dans sept cas, l'inscription a été corrigée ou annulée.

Le nombre de doléances enregistrées vis-à-vis de Datassur ne traduit pas l'ensemble des cas d'insatisfaction liés à l'inscription dans le fichier RSR. En effet, des consommateurs s'adressent à l'Ombudsman car ils ont un différend pour un motif qui peut donner lieu à une inscription auprès du fichier RSR de Datassur. Il s'agit par exemple des réclamations sur les résiliations de contrats ou les contentieux de primes. Dans ces cas, comme l'inscription se fait à l'initiative de l'assureur, l'Ombudsman va d'abord interroger l'entreprise d'assurances sur le fond du problème et tenter de régler cet aspect.

3 - Avis d'initiative n°21/2000 du 28 juin 2000 relatif au fichier RSR (fichier ayant pour but le signalement, entre compagnies d'assurance, des risques spéciaux en assurances incendie, accidents et risques divers) géré par le Groupement d'intérêt économique « Datassur », www.privacycommission.be/

Provenance des demandes d'intervention



La majorité des demandes d'intervention (82 %) restent introduites par les assurés, les ayants droit ou les victimes à l'encontre des entreprises et des conseillers en assurances dont ils sont clients. De leur côté, les intermédiaires, pour aider leurs clients, saisissent aussi l'Ombudsman (8 %). Il en va de même pour les avocats (2 %).

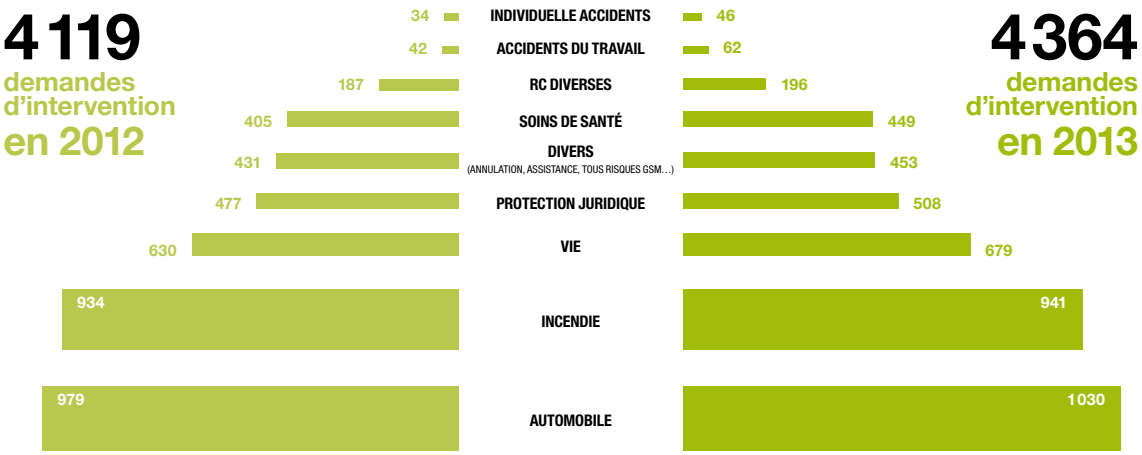
82 % des demandes sont introduites par les assurés

Dans 47 cas, c'est un collègue Ombudsman qui transmet le dossier. Il existe en effet, un protocole de collaboration entre les Ombudsmans (sur le plan belge et européen) qui prévoit que, si le plaignant se trompe de guichet, sa demande est transmise à l'instance compétente. Deux sites internet rassemblant les différentes coordonnées des Ombudsmans ont été mis en place pour permettre à tout consommateur de se diriger rapidement vers l'organe de médiation qu'il recherche[4]. La baisse du nombre des réclamations transmises entre collègues Ombudsmans témoigne de la meilleure connaissance du grand public de l'organe compétent qui pourra l'aider.

En vue de transcrire en droit belge la directive européenne relative au règlement extrajudiciaire du conflit, le gouvernement a institué un service de médiation pour le consommateur[5] : un seul point de contact pour permettre au consommateur insatisfait d'accéder facilement à une gestion amiable d'un conflit dans toutes les matières. Il pourra s'adresser à ce service qui va l'orienter vers le service de médiation compétent.

4 - www.ombudsman.be/; http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_fr.htm/
5 - Voir infra p. 32.

Répartition par branche



A l'instar des années précédentes, la majorité des requêtes concernent la branche Automobile (24 %) et principalement la RC Auto. Dans cette branche, l'Ombudsman enregistre une hausse de 5 % à l'image de la tendance globale.

Dans la branche Incendie, le nombre des dossiers n'a que légèrement progressé, principalement dans la garantie Incendie.

Ces deux branches représentent à elles seules plus de 45 % des réclamations.

L'Ombudsman a également enregistré plus de demandes dans les branches Soins de Santé et Vie alors qu'en 2012, elle avait noté une baisse dans ces deux branches.

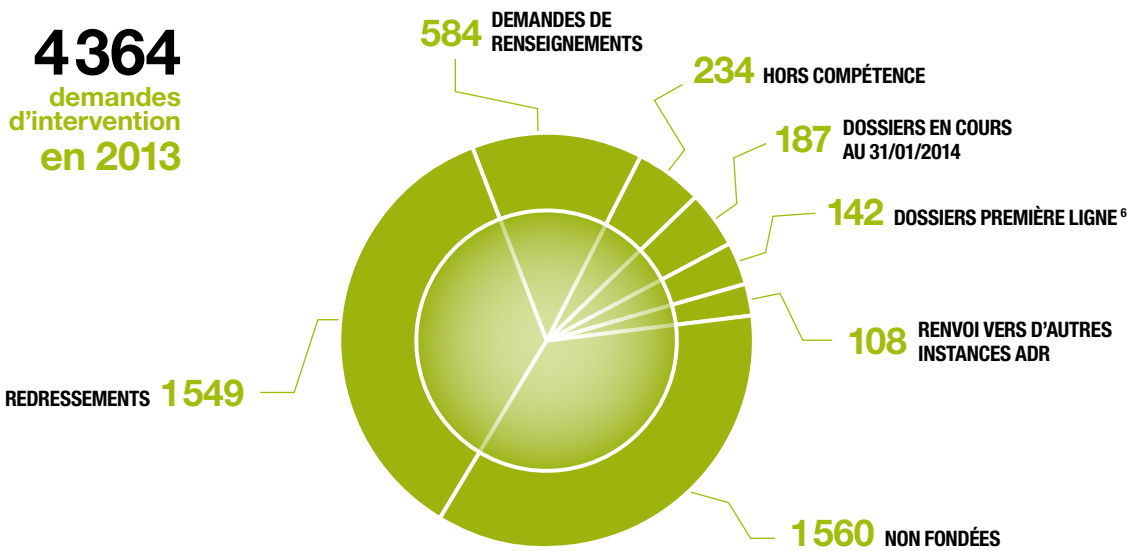
Cette croissance se marque tant dans les dossiers à l'encontre des entreprises d'assurances que des intermédiaires.

Il y a une augmentation des dossiers en Accidents du Travail. La majorité d'entre eux (61 %) portait sur des sinistres et a été transmise au Fonds des Accidents du Travail seul compétent en la matière. Les plaintes des opérations en production portaient sur les calculs des primes ou le respect des délais en matière de résiliation.

Solutions apportées aux demandes d'intervention

Sur 4 364 demandes, 3 109 dossiers ont fait l'objet de négociations et sont clôturés. Parmi les 1 068 requêtes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête, 584, soit plus de 13 % du total, sont des demandes d'informations générales.

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman des Assurances, à l'instar des autres Ombudsmans, constate que les consommateurs les interrogent pour obtenir des renseignements. Malgré les efforts réalisés par les entreprises d'assurances, notamment par une meilleure organisation de la gestion des réclama-



tions en première ligne, force est de constater que le consommateur se tourne encore spontanément vers l'Ombudsman, en tant qu'instance neutre et indépendante pour obtenir des informations objectives.

Méfiant, inquiet, doutant de l'information qu'il a reçue, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour obtenir la confirmation des renseignements recueillis. A côté de ces demandes écrites de renseignements, l'Ombudsman reçoit également de nombreux appels téléphoniques. Son site internet, et plus particulièrement le volet des questions fréquemment posées (FAQ), est par ailleurs régulièrement consulté. En 2013, il y a eu 33 000 consultations.

Fin janvier 2014, l'équipe de l'Ombudsman a négocié 3 109 dossiers. Parmi les demandes négociées et clôturées, le consommateur a obtenu gain de cause dans 50 % des cas. Ce pourcentage est bien supérieur à celui de l'année précédente qui s'élevait à 44 %.

Lorsque l'assuré n'obtient pas satisfaction, il reçoit, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, les explications et les justifications objectives quant au bien-fondé de la position de l'instance concernée. Ainsi, l'Ombudsman pallie un défaut dans la communication et elle reçoit des remerciements du plaignant dont les doutes, les frustrations et les incompréhensions ont été écartés.

50 % **Dans 50 % des cas, le consommateur a obtenu gain de cause**

Il ressort de l'analyse par catégorie d'acteurs du secteur que les réclamations négociées à l'encontre des entreprises d'assurances ont, dans 50 % des cas, trouvé une issue positive pour le plaignant. Les doléances qui concernent les intermédiaires sont fondées dans 51 % des cas. Quant aux demandes adressées à l'encontre de Datassur, plus de 75 % des cas ont été réorientés vers Datassur même. Lorsque l'Ombudsman a analysé le dossier, l'enregistrement a été supprimé dans 7 cas, soit 50 %.

6 - A différencier des simples e-mails, voir infra p. 11.

CHAPITRE 2

L'ANNÉE 2013 POUR LES ENTREPRISES D'ASSURANCES

Combien de demandes d'intervention ?

Un retour à la hausse : + 5 %

En 2013, l'Ombudsman enregistre 3767 dossiers à l'encontre des entreprises d'assurances soit une hausse de 5 %.

2011	2012	2013
3609	3586	3767

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman a conseillé à certains plaignants qui l'interrogeaient par voie électronique de s'adresser d'abord à l'entreprise d'assurances et de ne revenir qu'en cas d'insatisfaction persistante. Elle les a dirigés vers les structures d'accueil et de gestion des plaintes que les entreprises d'assurances ont développées en leur sein. Ainsi, en 2012, 403 consommateurs avaient été guidés vers les entreprises d'assurances. En 2013, ils sont 453, ce qui représente une hausse de 12 %[7]. En ajoutant ces demandes pour lesquelles l'Ombudsman n'ouvre pas de dossier à celles qu'elle a analysées, le nombre total d'insatisfactions à l'égard des entreprises d'assurances s'élève à 4220 soit une hausse de près de 6 % par rapport à 2012.

Il faut cependant relever des écarts au regard des branches et des motifs d'insatisfaction. C'est dans la branche Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM…) que la hausse est la plus marquée avec 63 dossiers supplémentaires (+17 %) par rapport à 2012. L'application de certains contrats d'assurance couvrant les GSM est source de tensions en cas de perte ou de vol en raison du caractère restrictif des conditions de couverture.

La branche Soins de Santé suit avec une augmentation sensible (+10 %). En assurance Vie, il y a également une augmentation de 43 demandes (+8 %).

Par contre, l'Ombudsman enregistre une légère baisse des doléances en assurance Incendie.

Globalement, lorsque le consommateur a saisi l'Ombudsman et qu'elle a procédé à une enquête, il a obtenu gain de cause dans 50 % des cas.

Répartition par branche d'assurance	2011	2012	2013
Automobile	879	838	852
Incendie	767	836	824
Vie	540	521	564
Protection Juridique	434	452	468
Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM…)	373	362	425
Soins de Santé	388	365	400
RC diverses	174	171	173
Accidents du Travail	54	41	61
Total	**3609**	**3586**	**3767**

7 - Voir supra p. 9.

Un regard sur les chiffres

La branche Auto, en particulier la garantie Responsabilité Civile obligatoire (80 %), reste la branche d'assurance au sujet de laquelle l'Ombudsman reçoit le plus de demandes d'intervention. Cette branche, qui représente 23 % des dossiers introduits à l'encontre des entreprises d'assurances, enregistre une légère progression de 2 % par rapport à 2012. Comme les années précédentes, les réclamations relatives aux opérations de production sont plus nombreuses que celles relatives à la gestion des sinistres. La première catégorie représente 61 % des dossiers.

Parmi les 608 dossiers qui ont fait l'objet de négociations en 2013, l'Ombudsman a pu apporter une solution pour le consommateur dans 53 % des cas. Deux types de demandes s'écartent sensiblement de cette moyenne. D'une part, les requêtes portant sur l'attestation de sinistralité sont fondées pour 77 %. Dans ces cas, l'attestation contient une erreur ou n'est pas envoyée à temps. D'autre part, les réclamations sur le délai de règlement d'un sinistre sont fondées dans 66 % des cas.

Répartition assurance Auto	2011	2012	2013
RC Auto	680	677	686
Dégâts matériels (Omnium)	178	130	141
Vol	21	31	25
Total	**879**	**838**	**852**

Sous la loupe, trois points d'attention

30 % des demandes sur les opérations de production portent sur la résiliation des contrats

Les résiliations de contrats sont source de tensions, qu'elles soient demandées par l'entreprise d'assurances ou par le preneur d'assurance.

En 2013, les dossiers relatifs aux difficultés que rencontrent les consommateurs pour résilier leur contrat d'assurance sont nettement plus nombreux. Les contestations concernent la date de fin du contrat mais aussi l'obligation de payer la prime.

Suite à une augmentation tarifaire, le preneur résilie son contrat d'assurance avec effet immédiat. L'entreprise d'assurances n'enregistre le renon que pour l'échéance principale suivante sans respecter les délais particuliers qui s'appliquent en cas de modification du tarif de la compagnie.

Dans d'autres cas, le consommateur demande la résiliation du contrat car il ne possède plus le véhicule assuré. L'assureur exige la preuve de la radiation de la plaque d'immatriculation parce que la loi prévoit une obligation de fidélité à charge du preneur qui change de véhicule[8]. Le consommateur ignore souvent cette contrainte ou se laisse convaincre par un nouvel intermédiaire de changer d'entreprise d'assurances pour se tourner vers un assureur qui offre de meilleures conditions.

8 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances*, n° 1.

Enfin, alors qu'il a résilié le contrat, le consommateur constate que l'entreprise d'assurances continue à prélever des primes sur son compte bancaire par le canal d'une domiciliation ou lui envoie toujours des avis d'échéance alors qu'il a déjà payé une prime à son nouvel assureur.

L'Ombudsman a pu trouver une solution favorable dans 66 % de ces cas.

Lorsque l'entreprise d'assurances résilie le contrat, elle le fait à l'échéance principale ou se fonde principalement sur deux motifs : le non-paiement de la prime et la fréquence des sinistres. Si elle résilie à l'échéance principale du contrat, le preneur d'assurance souhaite en connaître le détail et les raisons même si, selon la loi, l'entreprise d'assurances ne doit pas motiver sa décision. En l'absence d'explications, le consommateur interroge l'Ombudsman afin de recevoir plus d'informations, de connaître ses droits et parfois même d'être guidé vers un autre assureur. S'il n'en trouve pas, l'Ombudsman lui rappelle l'existence du Bureau de Tarification. Ce type de plaintes est seulement fondé dans 32 % des cas.

28 % des demandes introduites à propos du règlement des sinistres portent sur le montant de l'indemnité

Lorsque le consommateur se plaint de la gestion des sinistres, il conteste souvent le montant de l'indemnité. En effet, privé de son véhicule, le propriétaire souhaite être dédommagé de la manière la plus complète possible. Il n'accepte pas le montant des frais de réparation fixés par l'expert ou il n'admet pas la déduction de frais relatifs à des dégâts antérieurs. Dans ces cas, il peut demander une contre-expertise dont les frais sont éventuellement pris en charge par un assureur Protection Juridique. Souvent aussi, l'assuré souhaite le remboursement du coût d'un véhicule de remplacement, des frais de gardiennage ou du chômage de son véhicule.

Ces contestations sur le montant de l'indemnité trouvent une issue positive dans la majorité des cas (64 %).

Au niveau de la garantie Dégâts matériels, l'assuré insatisfait du montant de l'indemnité se tourne vers l'Ombudsman car il souhaite la réparation de son véhicule et non son déclassement. Dans d'autres cas, il postule le remboursement de frais que l'assureur lui refuse estimant qu'ils sont la conséquence de son comportement par lequel il a aggravé le dommage. Enfin, le consommateur proteste car la TVA ne lui est pas remboursée ou car l'expert estime qu'il ne s'agit pas d'un seul sinistre mais de plusieurs, ce qui entraine l'application de plusieurs franchises. Ces demandes ne sont fondées que dans 37 % des cas.

L'assuré s'adresse à l'Ombudsman plus fréquemment pour contester le recours de l'entreprise d'assurances

Enfin, à la suite d'un sinistre, l'assureur découvre parfois un élément sur lequel il peut se fonder pour réclamer au responsable le remboursement des indemnités payées à des tiers. Il constate que ce responsable, souvent jeune, est en réalité le conducteur habituel du véhicule mais n'est pas mentionné comme tel dans le contrat[9] ou que le conducteur était en état d'ivresse ou encore qu'il n'était pas titulaire d'un permis de conduire valable. Dans certains cas, la responsabilité professionnelle de l'intermédiaire peut être engagée car, disposant de toutes les informations, il a donné un conseil inapproprié à son client en acceptant et même parfois en proposant de souscrire le contrat à son nom sans y mentionner son fils ou sa fille comme conducteur habituel. Parfois, le recours est exercé car les garanties du contrat sont suspendues pour non-paiement de la prime alors que l'enquête conclut au paiement régulier. En général, les réclamations qui portent sur les recours sont non fondées.

9 - *Voir Astuces 2013 Ombudsman des Assurances,* n° 3.

Un regard sur les chiffres

En 2013, l'Ombudsman enregistre une légère baisse du nombre des demandes d'intervention en assurance Incendie alors que la tendance générale est à la hausse. Cette diminution résulte principalement d'un nombre inférieur de doléances au niveau du règlement de sinistres relatifs aux garanties Dégâts des eaux (- 12 %) et Tempête (- 11 %). Cette constatation est en lien avec les circonstances climatiques. En effet, en 2013, les tempêtes et les pluies diluviennes ont globalement engendré moins de dégâts et donc moins de sinistres.

Parmi les 650 demandes qui ont fait l'objet d'une enquête, 49 % ont connu une issue favorable pour le consommateur alors qu'en 2012, ces dossiers représentaient 43 %. Ce résultat diverge de la tendance générale principalement car les plaintes introduites dans la garantie Vol ne sont fondées que pour 47 % et dans la garantie Dégâts des eaux que pour 44 %. C'est principalement lorsque le refus d'intervention est contesté que la doléance n'est pas fondée.

Répartition assurance Incendie	2011	2012	2013
Incendie	289	346	368
Dégâts des eaux	272	289	253
Vol	82	114	111
Tempête	50	37	33
RC Immeuble	9	9	18
Bris de vitrages	20	7	16
Catastrophes naturelles	25	18	15
Risque électrique	20	16	10
Total	**767**	**836**	**824**

Sous la loupe, deux points d'attention

En assurance Incendie, 38 % des réclamations portent sur les opérations de production.

La hausse de 6 % pour la garantie Incendie résulte de litiges lors de la résiliation des contrats

Dans cette catégorie, une large part des demandes d'intervention soit 41 %, porte sur les résiliations de contrats. Comme dans les autres branches, les entreprises d'assurances ont une politique active de surveillance des risques dans leur portefeuille. Ainsi suite à un sinistre, l'assureur réexamine le contrat en raison de la fréquence des sinistres ou de la nature des dégâts. Sur cette base, il peut tout simplement renoncer à couvrir le risque et résilier le contrat. Mais il peut aussi proposer la résiliation d'une garantie (généralement la garantie Dégâts des eaux) ou l'introduction d'une franchise majorée.

Sur le plan juridique, il s'agit de modifications contractuelles que le preneur d'assurance peut accepter ou refuser. Le refus entraîne généralement la résiliation du contrat à la date d'échéance annuelle suivante. Dans ce cas, le consommateur qui cherche à trouver un nouvel assureur peut rencontrer des difficultés pour s'assurer ou à tout le moins pour obtenir une couverture à une prime qu'il estime acceptable. En effet, ce nouvel assureur lui demande en général si son contrat précédent a été résilié et, le cas échéant, pour quel motif. Ces demandes portant sur des résiliations initiées par l'assureur ne sont généralement pas fondées.

Lorsque l'assuré décide de résilier son contrat, il peut aussi rencontrer des difficultés. Par exemple, s'il résilie suite à une augmentation de la prime sans cependant en préciser le motif, l'assureur refuse d'enregistrer le renon avec effet immédiat. Dans d'autres cas, la résiliation prend effet après la date d'échéance et l'assureur calcule le prorata de la prime due sur la base du nouveau tarif alors que l'ancien doit rester d'application. Lorsque le litige porte sur une résiliation introduite par le consommateur, une issue positive a été trouvée dans 65 % des cas.

En 2013, l'Ombudsman a reçu plus de réclamations liées à des difficultés lors de l'encaissement de la prime. Elles peuvent résulter de contestations sur le montant à payer ou de complications administratives liées à un changement d'adresse ou à une domiciliation bancaire. Parfois même, le consommateur reçoit une invitation à payer une prime alors qu'il n'a demandé qu'une offre de couverture d'assurance. 58 % de ces dossiers ont obtenu un règlement positif.

La majorité des dossiers relatifs à un sinistre concerne le refus d'intervention

Les doléances portant sur un refus d'intervention de l'assureur représentent 52 % des plaintes dans les garanties Dégâts des eaux et Vol.

L'assuré qui souhaite l'intervention de son entreprise d'assurances doit rapporter la preuve que la cause du dommage est couverte par les garanties du contrat, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un contrat « Tout sauf ». Dans certains cas, et en particulier pour les dégâts causés par l'eau, il faut faire des investigations et

même faire appel à une société spécialisée pour identifier l'origine des dégâts. Ces frais de recherche et ceux de remise en état sont remboursés par l'assureur sous certaines conditions. Il faudra se référer aux conditions générales du contrat pour demander leur indemnisation. En effet, certains contrats prévoient que ces frais ne sont pris en charge que pour autant qu'il s'agisse d'un sinistre couvert. Or, ce n'est qu'à la fin des travaux de recherche que l'origine du sinistre est déterminée et que l'assuré est donc fixé sur sa couverture. Le consommateur a du mal à accepter que le remboursement de ces frais nécessaires pour identifier la cause du dommage lui soit refusé. D'autant que ces frais peuvent être bien plus élevés que le dommage lui-même. D'autres contrats couvrent les frais de recherche dès qu'il y a un dommage

apparent (traces d'humidité, indices de consommation anormale d'eau…). D'autres encore prévoient une intervention en fonction du type de conduite (canalisation d'eau ou tuyauterie d'évacuation).

En 2013, l'Ombudsman a été saisie, dans le cadre de la garantie Dégâts des eaux, de plusieurs cas de mérule. Souvent, l'assureur prend en charge les frais de réparation des dommages dus à la mérule pour autant que cette mérule résulte d'un dégât des eaux couvert par le contrat. Au moment où elle est décelée, différentes questions se posent : quand la mérule a-t-elle débuté ? Comment s'est-elle développée ? Quelle en est la cause ? Cette cause est-elle couverte par le contrat ? Or, c'est fréquemment lors de travaux de rénovation que la mérule est découverte. Comme les rénovations sont souvent réalisées lors de l'achat d'un immeuble, les discussions se compliquent aux fins de savoir si c'est l'assureur du vendeur ou celui de l'acheteur qui doit éventuellement intervenir.

Dans la garantie Dégâts des eaux, ces dossiers sur le refus d'intervention ne sont fondés que dans 37 % des cas.

En ce qui concerne la garantie Vol, les entreprises d'assurances exigent généralement que le bien soit régulièrement occupé afin d'être couvert. Les conditions du contrat précisent la notion d'occupation régulière en limitant le nombre de jours d'inoccupation successifs et en imposant une limite globale annuelle. Dans les faits, cette obligation pose problème dans le cas de résidence secondaire ou de résidence de vacances lorsque, pour de multiples raisons, l'assuré ne s'y est pas rendu aussi souvent qu'il l'avait prévu au départ. En cas de vol, la sanction est lourde. Le même cas peut se présenter lorsqu'une maison reste vide suite à un décès. Les héritiers reprennent le contrat d'assurance mais ne vérifient pas les conditions de couverture Vol.

Dans d'autres cas, l'entreprise d'assurances refuse d'intervenir car les mesures de prévention imposées par le contrat n'ont pas été respectées[11]. Sur le plan juridique se pose la question de savoir s'il s'agit d'une cause de déchéance, auquel cas le refus est une sanction basée sur un manquement de l'assuré.

Dans ce cas, il appartient à l'assureur d'en rapporter la preuve. Par contre, si le non-respect d'une mesure de prévention, comme la fermeture de tous les accès du bâtiment, est prévu comme une cause d'exclusion, c'est alors à l'assuré de prouver que sa maison était bien fermée. La question de la maison fermée à suffisance se pose notamment en cas d'ouverture de fenêtres en oscillo-battant.

Dans la garantie Vol, les litiges portant sur le refus d'intervention ne sont fondés que dans 38 % des cas.

10 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances*, n° 8.

Recommandation assurance Vol

Le nombre de vols augmente sensiblement. Les entreprises d'assurances couvrent ce risque sous certaines conditions et/ou pour autant que certaines mesures de précaution et de prévention soient prises. Ces exigences sont la fermeture à clé des portes, la fermeture des fenêtres, le placement et l'armement d'un système d'alarme... Afin de connaître les conditions qui s'appliquent à un bâtiment, il faut se référer aux conditions générales et particulières du contrat d'assurance. La formulation de ces conditions est souvent trop générale et est sujette à interprétations. C'est une source de discussions.

L'Ombudsman a été saisie de plusieurs dossiers car l'entreprise d'assurances refusait d'intervenir suite à un vol commis en l'absence des occupants alors qu'une fenêtre était ouverte en oscillo-battant. A travers les réclamations, l'Ombudsman constate que cette situation particulière n'est jamais explicitement prévue et que l'interprétation donnée aux conditions générales et aux circonstances du sinistre varie d'un assureur à l'autre. Ainsi, si une fenêtre est ouverte en oscillo-battant à l'étage et qu'il y a des traces d'effraction, certains assureurs refusent leur garantie au motif que la maison n'était pas entièrement fermée alors que d'autres estiment que les traces d'effraction prouvent à suffisance la volonté des voleurs de pénétrer le bâtiment. Certains assureurs invoquent dans ces circonstances le fait que l'assuré n'a pas agi en bon père de famille prudent et vigilant car il a facilité l'accès aux voleurs alors que ce n'est pas par là qu'ils sont entrés dans la maison... Un jugement intéressant a estimé qu'une fenêtre ouverte en oscillo-battant ne peut être considérée comme un accès au bâtiment[11].

L'avis de l'Ombudsman

Sur base de ces constatations, l'Ombudsman recommande plus de transparence dans les conditions de couverture du risque Vol. Il faudrait que les entreprises d'assurances décrivent la notion de « bâtiment fermé », de « fenêtres closes »... en prévoyant explicitement le cas de l'oscillo-battant afin que les assurés soient parfaitement informés des conditions d'intervention.

11 - Civ. Dinant, 23 mai 2013, *R.G.A.R.,* 2013, p. 15015 ; D. Gouzée, « Assurance vol : Un oscillo-battant est une fenêtre fermée », *Principium,* 2014, n° 2, p. 8.

Un regard sur les chiffres

En 2013, l'Ombudsman enregistre 468 demandes d'intervention relatives à l'assurance Protection Juridique. Le nombre présente une légère croissance par rapport aux années précédentes.

Par ailleurs, la répartition entre les différentes garanties reste identique. La Protection Juridique auto représente 44 %.

Sur l'ensemble des dossiers qui ont fait l'objet d'une enquête auprès de l'Ombudsman, soit 377, 50 % ont trouvé une issue favorable au consommateur. Cependant, en assurance Protection Juridique auto, 58 % des cas étaient fondés alors que dans les autres garanties Protection Juridique les solutions positives ne représentaient que 44 %.

Répartition assurance Protection Juridique	2011	2012	2013
Protection Juridique auto	165	190	206
Protection Juridique de base non auto	160	165	157
Protection Juridique étendue	109	97	105
Total	**434**	**452**	**468**

Sous la loupe, trois points d'attention

Dans 52 % des sinistres, l'assuré s'inquiète de la lenteur de la gestion de son dossier

En assurance Protection Juridique, 91 % des dossiers concernent les sinistres. Au niveau des contrats d'assurance Protection Juridique auto, les réclamations qui ont pour objet la gestion passive représentent plus de 50 %. L'assuré se plaint car il n'accepte pas les délais de traitement de son dossier, il ne se sent pas épaulé par son assureur. Fréquemment, l'Ombudsman relève que la lenteur de la gestion du dossier trouve sa source dans le retard de la communication du dossier répressif. Comme déjà relevé à diverses reprises, l'Ombudsman rappelle aux autorités compétentes la nécessité de prendre des mesures afin de simplifier et d'accélérer la procédure d'accès à ce dossier[12].

La gestion du dossier d'assurance peut également être freinée par les complications liées à un sinistre survenu à l'étranger ou avec un conducteur étranger. Le délai de gestion est, dans ce cas, encore plus long lorsque la partie adverse n'est pas assurée ou difficilement identifiable. Le sinistre doit être réglé sur la base des dispositions légales du pays où l'accident est survenu tant sur le plan des responsabilités que de l'indemnisation du dommage. Or, elles sont généralement moins favorables aux victimes que celles établies en Belgique.

Dans 55 % des cas, la gestion du dossier a été relancée grâce à l'Ombudsman.

12 - *Carnet 2009 Ombudsman des Assurances*, p. 23 et *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances*, p. 25.

Le recours n'est couvert par l'assurance Protection Juridique que pour certains dommages

Dans le cadre des garanties Protection Juridique connexes à une assurance Responsabilité Civile non auto ou de celles qui prévoient des couvertures étendues, le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances est le motif le plus fréquemment invoqué.

L'analyse des dossiers a porté à plusieurs reprises sur la notion de dommages matériels. Les conditions des contrats déterminent les frais de défense pris en charge par l'assureur. Ils dépendent de la nature du dommage subi. Le consommateur interroge l'Ombudsman car il ne comprend pas le refus de l'assureur de prendre en charge ses frais de défense contre des nuisances sonores, des troubles de voisinage immatériels ou car il veut exercer un recours pour obtenir l'indemnisation de dommages moraux ou esthétiques. La plupart de ces plaintes sont non fondées.

La garantie Insolvabilité des tiers de plus en plus sollicitée

Les contrats d'assurance Protection Juridique prévoient souvent une garantie appelée Insolvabilité des tiers. Par cette garantie, l'assureur Protection Juridique va se substituer au responsable insolvable et payer l'indemnité qui revient à son assuré jusqu'à un certain plafond. L'intervention suite à l'insolvabilité du responsable est décrite par les conditions générales du contrat qui varient d'une entreprise à l'autre. Ainsi, la couverture de l'assureur est prévue lorsqu'il s'agit d'indemnités liées à un accident de la circulation, à un accident qui tombe sous la couverture de la garantie Recours civil, à des dommages matériels causés à l'habitation de l'assuré…

Mais l'assureur interviendra-t-il si le tiers responsable demeure introuvable ? La jurisprudence est divisée sur ce point. Selon certains, le fait que le tiers soit introuvable démontre qu'il organise son insolvabilité. Pour d'autres, le simple fait qu'une décision judiciaire soit inexécutable ne signifie pas que le tiers soit insolvable. L'Ombudsman tente de trouver une solution équitable au cas par cas, au regard des éléments particuliers de la demande et de la bonne foi des parties. Elle a pu ainsi apporter une solution amiable dans plusieurs cas.

Un regard sur les chiffres

Hausse de 19 % en assurance individuelle

En 2013, l'Ombudsman enregistre 400 demandes d'intervention en assurance Soins de Santé soit une hausse de 10 %. Cette augmentation est issue des doléances dans les contrats individuels (+ 19 %) et plus particulièrement d'insatisfactions suite aux augmentations de primes introduites en 2013.

Il faut souligner également un nombre plus important de réclamations formulées à propos des produits d'assurance distribués par les mutualités et pour lesquels l'Ombudsman n'est compétente que depuis deux ans. Apparemment, le consommateur est mieux informé sur l'organe compétent pour connaître ses insatisfactions. Toutefois, l'Ombudsman n'est pas compétente pour les demandes relatives aux prestations propres aux mutualités. Elle renvoie dans ces cas le consommateur auprès du service de plaintes interne ou auprès de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

Par contre, il y a une baisse (-25 %) du nombre des demandes d'intervention concernant les **assurances Hospitalisation collectives**. Moins de travailleurs ayant quitté leur employeur s'adressent à l'Ombudsman après avoir rencontré des difficultés pour prolonger, à titre individuel, la couverture d'**assurance Hospitalisation collective** dont ils bénéficiaient. Cette tendance souligne les efforts des employeurs pour mieux communiquer à leur personnel les possibilités de passage vers une couverture individuelle [13].

Parmi les 287 demandes introduites auprès de l'Ombudsman qui ont fait l'objet de négociations, 49 % des cas ont été résolus en faveur du consommateur. Ce résultat est influencé par les plaintes introduites à propos des assurances collectives qui ne sont fondées que pour 47 %. Ce sont principalement les contestations qui portent sur le montant de l'indemnité qui sont non fondées.

Répartition assurance Soins de Santé	2011	2012	2013
Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle	250	227	269
Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle	80	93	70
Revenu Garanti	56	44	58
Assurance d'Attente	2	1	3
Total	**388**	**365**	**400**

13 - Art. 138*bis*-8 **L.C.A.T.**

Sous la loupe, trois points d'attention

La loi encadre les augmentations tarifaires en assurance Hospitalisation

L'augmentation du montant des primes entraîne un mécontentement de nombreux assurés. Certains s'interrogent sur la régularité de ces hausses et s'adressent à l'Ombudsman. La loi fixe le cadre dans lequel une augmentation peut être demandée en assurance individuelle[14]. En 2013, une entreprise d'assurances a appliqué une augmentation supérieure à l'index. L'Ombudsman a vérifié le respect de la procédure et constaté que la Banque nationale avait ratifié la hausse après un avis positif de la FSMA. Ces dossiers sont principalement non fondés. Mais l'Ombudsman a pu trouver dans certains cas des solutions amiables en proposant par exemple des conditions de couverture moins étendues.

Quand la résiliation du contrat doit-elle prendre effet ?

Des discussions répétitives portent sur le moment de la prise d'effet des résiliations des contrats individuels. De plus en plus d'employeurs offrent une couverture d'assurance Hospitalisation à leur personnel. Bénéficiant de cette couverture collective, le travailleur souhaite mettre fin immédiatement à son contrat individuel. Sur le plan juridique, il s'agit cependant de deux contrats distincts. La résiliation ne peut donc se faire qu'à l'échéance principale ultérieure. Néanmoins, comme il y a un double emploi à tout le moins pour certaines couvertures et que l'affiliation est obligatoire dans certains cas, l'Ombudsman plaide pour que la résiliation prenne effet selon le souhait du consommateur[15]. Dans 50 % de ces cas, une solution a pu être offerte à celui-ci.

En assurance Revenu Garanti, l'assuré qui est en incapacité de travail résilie le contrat estimant que cette couverture n'est plus utile puisqu'il n'a plus d'activité professionnelle. Agissant ainsi, il perd de vue que la résiliation du contrat entraine l'arrêt du paiement des prestations qui lui sont versées en raison de son invalidité[16].

14 - Art. 138*bis*-4 §4 **L.C.A.T.**
15 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances,* n° 11.
16 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances,* n° 12.

Les refus d'intervention dans un sinistre représentent 32 % des dossiers

En cas de refus d'intervention de l'assureur suite à une hospitalisation, les discussions portent souvent sur la nécessité médicale de l'intervention. Elles sont issues de la difficulté de fixer la frontière entre l'opération purement esthétique et l'intervention curative.

Cette controverse concerne le traitement de l'obésité (by-pass…), les opérations des paupières, les corrections abdominales... A la lumière de la gestion de ces dossiers, l'Ombudsman recommande aux patients d'obtenir au préalable l'autorisation de leur assureur qui prendra dès lors en charge les frais et, à défaut, d'introduire un dossier médical étoffé auprès du médecin-conseil de l'assureur[17]. Dans le cadre de ces interventions, la contestation peut également porter sur la préexistence de l'affection à la conclusion du contrat.

Par ailleurs, les entreprises d'assurances refusent dans certains cas le remboursement de frais de traitement qui ne sont pas encore reconnus par l'INAMI. Selon elles, cette absence de nomenclature démontre qu'il s'agit d'un traitement expérimental. Mais d'autres raisons peuvent être à l'origine de l'absence de code INAMI. Comme le problème est essentiellement d'ordre médical, l'Ombudsman invite le médecin traitant et le médecin-conseil de l'assureur à en débattre afin d'objectiver le caractère curatif et thérapeutique ainsi que la nécessité médicale du traitement.

Dans ces dossiers, le consommateur a reçu une solution dans 52 % des cas grâce à une nouvelle expertise, une reprise des négociations…

17 - Voir aussi *Rapport annuel 2002 Ombudsman des Assurances,* p. 41 et *Astuces 2012 Ombudsman des Assurances,* n° 10.

Un regard sur les chiffres

Les demandes d'intervention introduites en branche Vie dépassent légèrement la tendance générale avec une progression de 8 %. Cette croissance est essentiellement issue des doléances relatives aux assurances Solde restant dû (+ 23 %) et Groupe (+ 42 %).

Par contre, l'Ombudsman enregistre une diminution des dossiers qui ont pour objet un produit **Branche 23** émis par des entreprises d'assurances belges. Globalement, 54 % des dossiers ayant trait à la **Branche 23** sont introduits à l'encontre d'entreprises étrangères.

A l'instar des années antérieures, l'Ombudsman reçoit de nombreuses demandes (41 %) sur le montant des réserves acquises, que ce soit au terme du contrat ou en cours de contrat, sur l'évolution de ces réserves, sur le taux d'intérêt appliqué et sur l'incidence des frais de rachat.

En outre, depuis quelques années, l'Ombudsman enregistre une hausse des réclamations relatives au délai mis à répondre à l'assuré ainsi qu'au temps nécessaire pour effectuer le paiement du capital à l'expiration du contrat. Ces doléances représentent 18 % des requêtes.

Parmi les dossiers introduits auprès de l'Ombudsman en 2013, 14 % sont des demandes d'informations. Lorsque de nombreuses années s'écoulent entre le dernier versement de prime et le terme du contrat, le consommateur, perdu dans les fusions et les acquisitions d'entreprises d'assurances, ignore l'identité de l'assureur qui détient au final son contrat et interroge l'Ombudsman sur ce point.

Parmi les 365 dossiers qui ont fait l'objet d'une enquête, 47 % ont trouvé une réponse favorable pour le consommateur alors qu'en 2012, ces cas ne représentaient que 42 %.

Répartition assurance Vie	2011	2012	2013
Branche 21	344	350	370
• Classique / Universal Life	230	232	233
• Solde restant dû	88	90	111
• Assurance Funérailles	26	28	26
Assurance Groupe	68	55	78
Branche 23	77	81	69
Garanties complémentaires ACRI/ACRA	31	22	27
Emprunt hypothécaire	20	13	20
Total	**540**	**521**	**564**

Sous la loupe, deux points d'attention

Le nombre des dossiers introduits en assurance Solde restant dû a quasi doublé en cinq ans

Une part des demandes d'intervention de l'Ombudsman dans le cadre de l'assurance Solde restant dû porte sur les difficultés que le consommateur rencontre pour accéder à une couverture d'assurance à cause de sa santé. Il se sent discriminé. En 2013, cette tendance s'est renforcée. A diverses reprises, la presse a mis l'accent sur la nouvelle législation régissant l'accès à l'assurance Solde restant dû en soulignant notamment que les arrêtés d'exécution devaient toujours être pris [18]. Par ailleurs, Assuralia a anticipé en établissant un code de bonne conduite [19].

Face à toutes ces informations, le candidat-assuré interroge l'Ombudsman sur l'application de cette nouvelle loi afin de savoir dans quelle mesure il pourrait obtenir une couverture. Parfois, il se plaint du montant de la surprime qui lui est demandée. Actuellement, le montant de cette surprime est, sur la base du code de bonne conduite, limité à 200 % mais l'Ombudsman constate que ce plafond est encore trop peu connu et même parfois ignoré par les gestionnaires au sein des entreprises d'assurances. Par ailleurs, il n'est pas encore clairement défini comment une surprime, qui ne doit être payée que les premières années de couverture, doit être répartie dans le temps. La justification de la surprime est attendue par le candidat-assuré qui cherche à comprendre. Il s'étonne que les entreprises d'assurances s'appuient sur des études médicales anciennes alors que les traitements médicaux ont fortement évolué. Il ne peut accepter qu'il soit un risque aggravé. Le consommateur se plaint du délai mis pour l'informer des conditions dans lesquelles l'entreprise d'assurances peut lui accorder sa garantie. Informé peu avant le passage à l'acte authentique devant le notaire, il se sent mis devant un fait accompli car il ne dispose plus de temps pour chercher une alternative.

Dans 45 % des demandes pour lesquelles le consommateur s'adresse à l'Ombudsman car il estime qu'il y a discrimination pour une assurance Solde restant dû, elle a pu trouver une solution favorable pour le candidat-assuré.

Le consommateur qui rembourse de manière anticipée son crédit hypothécaire rencontre des difficultés. Certains contrats d'assurance Solde restant dû prennent automatiquement fin lors du remboursement anticipé, d'autres continuent par contre à

18 - Chapitre V inséré dans la loi sur le contrat d'assurance terrestre par la 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.

19 - Code de bonne conduite visant à améliorer l'accès à l'assurance de solde restant dû pour les candidats à l'assurance présentant un risque accru du fait de leur état de santé, non publié.

courir. Dans ce dernier cas, ce n'est que quelques années plus tard que le preneur d'assurance, se rendant compte de la situation, demande la résiliation avec effet rétroactif. Il postule également le remboursement du prorata de prime[20].

A l'inverse, dans d'autres cas, le consommateur, s'oppose à ce que le contrat soit arrêté automatiquement. Il souhaite maintenir la couverture car entretemps il a connu des problèmes de santé ou tout simplement parce qu'il est plus âgé et que la prime de couverture sera plus élevée en raison du risque de décès accru[21]. Ce type de discussions pourrait facilement être évité si l'institution de crédit devait informer automatiquement l'entreprise d'assurances que le contrat était libéré et si le preneur d'assurance avait le choix de l'arrêter ou de le poursuivre.

Lors du rachat d'une assurance Solde restant dû, l'Ombudsman est interpelée pour différentes raisons.

Certains consommateurs s'adressent à l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances s'oppose au rachat du contrat. A l'analyse de ces réclamations, l'Ombudsman doit souvent conclure que le preneur ne connaissait pas la disposition légale qui exclut le rachat pour les assurances temporaires Décès à primes périodiques constantes pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat[22].

L'opération de rachat met en évidence la structure des coûts de gestion du contrat d'assurance Solde restant dû. Parmi ces coûts, les frais d'entrée qui comprennent entre autres la commission de l'intermédiaire, peuvent être très élevés dans certains cas, notamment pour les crédits court terme. Or, le consommateur a difficilement accès à cette information et ignore souvent qu'elle est à sa disposition[23]. Il est vrai que, contrairement aux autres contrats d'assurance Vie, aucune fiche d'information financière du produit n'est établie et donc ne lui est communiquée.

Le consommateur interroge également l'Ombudsman au sujet du retard au niveau du paiement des capitaux après le décès[24].

Les dossiers relatifs à l'assurance Solde restant dû ne sont globalement fondés que dans 40 % des cas. Cependant, lorsque le litige porte sur le rachat du contrat, l'Ombudsman a apporté une solution au consommateur dans 53 % des dossiers.

Une hausse de 42 % en assurance Groupe

En 2012, le gouvernement a pris un ensemble de dispositions modifiant de manière globale le régime

20 - Voir *Astuces 2011 Ombudsman des Assurances,* n° 12.
21 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances,* n° 13.
22 - Art. 17 §1 **A.R. Vie.**
23 - Art. 23 **A.R. Vie** qui prévoit l'accès à cette information.
24 - Voir aussi *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances,* p. 46.

des pensions. Ces mesures ont des incidences sur les pensions complémentaires appelées « deuxième pilier » offertes sous le couvert de contrats d'assurance. Une des mesures les plus importantes vise à relever l'âge de la pension anticipée à 62 ans. Or, sur le marché, il existe encore des contrats d'assurance Groupe dont le terme est prévu aux 60 ans de l'assuré. Se pose dès lors la question de la compatibilité

entre ces plans et les nouvelles obligations légales. Ne devraient-ils pas être adaptés puisque le paiement du capital avant 62 ans est entaché d'une pénalité fiscale (un taux de 20 % est appliqué au lieu de 16,5 %)[25]? Cette situation a été la source de nombreuses questions de travailleurs bénéficiant d'assurance Groupe.

Quelques questions portent également sur le régime de taxation applicable lorsque le travailleur atteint 60 ans avant le 1er juillet 2013 mais que le capital assuré ne lui est versé que plus tard. Les règles de taxation changent en effet à partir du 1er juillet 2013. Selon l'administration fiscale, il faut se référer à la date du paiement. Dès lors, si le bénéficiaire se plaint du retard dans le paiement du capital, l'Ombudsman vérifie le déroulement des différentes étapes de la liquidation du capital afin d'identifier l'origine et le motif du délai pris pour liquider le contrat.

Une autre interrogation porte sur les situations assimilables à de l'emploi. En effet, qu'en est-il en cas de chômage, d'incapacité de travail ?

Au niveau de l'assurance Groupe, l'Ombudsman a aussi été saisie par des assurés précédemment chefs d'entreprise. Ils souhaitent toucher le capital de l'assurance Dirigeant d'entreprise alors que la société elle-même est déjà liquidée. Lorsqu'une assurance Dirigeant d'entreprise vient à échéance, l'entreprise d'assurances doit verser le capital au bénéficiaire désigné dans le contrat. En principe, c'est en faveur de la société dans laquelle le dirigeant est actif. Mais, lorsque cette société a disparu entre-temps, l'entreprise d'assurances est dans l'impossibilité de lui verser le capital. Elle doit le transférer à la Caisse des dépôts et consignations[26]. L'ex-dirigeant d'entreprise devra s'y adresser en justifiant de son droit à la perception du capital déposé.

Parmi les litiges sur les assurances Groupe qui ont fait l'objet d'une enquête, 60 % ont trouvé une solution favorable. C'est surtout le cas lorsque la doléance portait sur les délais de règlement, les formalités de transfert de réserves ou l'indexation.

25 - Art. 171 3°*bis* Code des impôts sur les revenus.
26 - Art. 192 A.R. du 30 janvier 2001 portant exécution du Code des sociétés, *M.B.*, 6 février 2001.

Recommandation assurance Obsèques

L'assurance Obsèques est une forme d'assurance Décès. Le consommateur souscrit une assurance qui prévoit le paiement d'un capital au jour de son décès. Ce capital sert à financer les frais de ses funérailles. Il souhaite ainsi protéger sa famille qui ne devra pas supporter ces frais et, dans certains cas, il fait également le choix de l'organisation de ces évènements. Dans le contrat d'assurance, il désigne de plus en plus directement comme bénéficiaire un entrepreneur de pompes funèbres chargé d'organiser ses funérailles. Cet entrepreneur accepte le bénéfice du contrat. Par conséquent, en vertu de la législation, le preneur d'assurance ne peut apporter ultérieurement de modification sans l'accord de l'entreprise de pompes funèbres considérée comme bénéficiaire acceptant[27].

Cependant, le consommateur peut vouloir changer d'avis en cours de contrat c'est-à-dire racheter son contrat, changer de société de pompes funèbres... mais il n'est pas libre de le faire puisque il faut l'accord de la société désignée[28].

En pratique, le preneur d'assurance n'est pas suffisamment informé de la portée des engagements qu'il souscrit. En effet, il n'y a pas de fiche d'information du produit et la notion de bénéficiaire acceptant et ses conséquences restent inconnues ou incomprises.

Dans d'autres cas, l'entreprise de pompes funèbres va même jusqu'à souscrire le contrat d'assurance à son propre nom alors que le contrat est financé par la personne dont le risque de décès est assuré. Comme la société est preneur d'assurance, elle est propriétaire du contrat et prive l'assuré de tout droit sur le contrat.

De plus, au moment du décès de l'assuré, la famille ignore souvent l'existence d'un tel contrat. Elle doit prendre à ce moment-là rapidement différentes mesures dont l'organisation des funérailles. Lorsqu'elle n'est pas informée du choix du défunt, elle choisit un entrepreneur pour organiser les funérailles dont elle prend en charge les frais. Dans ce cas, il est possible que l'entrepreneur bénéficiaire de l'assurance Décès encaisse le capital sans devoir exécuter la moindre prestation.

Autant de situations où une entreprise de pompes funèbres a un pouvoir exorbitant.

L'avis de l'Ombudsman

Il faudrait étudier une solution adaptée et équitable pour ce type particulier de contrat qu'est l'assurance Obsèques.

Les règles et techniques habituelles de l'assurance Vie s'appliquent en principe mais elles devraient être modulées au regard des particularités de la situation. A tout le moins, l'entreprise d'assurances et le réseau de distribution devraient fournir, lors de la souscription, une explication transparente sur les conséquences et le caractère irrévocable de la formule choisie. De plus, il faudrait que le preneur d'assurance soit sensibilisé à en informer les membres de sa famille.

Si le bénéficiaire désigné dans le contrat d'assurance est une société de pompes funèbres, le contrat ne devrait-il pas préciser que le capital assuré est versé à cette société uniquement si elle réalise effectivement les funérailles ? A défaut, elle pourrait se voir attribuer une somme couvrant ses frais administratifs.

Mais ne pourrait-on pas privilégier la désignation comme bénéficiaire de la personne qui supporte les frais des funérailles ? Les éventuels écarts entre ces frais et le capital décès assuré pourraient être réglés par une clause du contrat.

27 - Art. 114 **L.C.A.T.**
28 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances*, n° 15.

CHAPITRE 3

L'ANNÉE 2013 POUR LES INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

Un regard sur les chiffres

En 2013, l'Ombudsman a reçu 536 demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires, soit une hausse de 10 % par rapport à 2012.

2011	2012	2013
442	488	536

C'est principalement dans les branches Incendie, Auto et Protection Juridique que l'Ombudsman a enregistré une croissance du nombre des dossiers. Si, dans les deux premières branches, l'augmentation s'explique principalement par les nombreuses demandes portant sur la résiliation et l'encaissement des primes, en assurance Protection Juridique, elle s'explique essentiellement par la lenteur de gestion des sinistres. Mécontent du délai que prend le règlement d'un dossier, l'assuré s'adresse à l'intermédiaire et ne comprend pas pourquoi il ne peut agir pour en activer la gestion. Malheureusement, la lenteur du règlement est souvent la conséquence d'éléments extérieurs, tels que l'attente du dossier répressif, l'absence de collaboration de la partie adverse responsable et même parfois le retard de gestion au sein d'entreprises des assurances, sur lesquels l'intermédiaire n'a pas ou peu de prise.

La baisse marquante enregistrée dans la branche Divers (- 60 %) s'explique par la situation ponctuelle de 2012 où l'Ombudsman avait reçu une trentaine de doléances suite à la faillite de Pro-Assist[29].

Parmi les 536 demandes introduites auprès de l'Ombudsman, 10 % étaient des demandes d'informations. Parmi les 421 dossiers qui ont fait l'objet d'une enquête, 51 % ont connu une issue favorable au consommateur.

L'Ombudsman relève cependant certaines particularités. Les plaintes relatives à la gestion d'un vol ne sont fondées que dans 23 % des cas. Par contre, 64 % des réclamations relatives à la vente des produits d'assurance Vie émis par des entreprises étrangères sont fondées.

Répartition par branche d'assurance	2011	2012	2013
Auto	101	108	127
Vie	123	109	115
Incendie	64	88	108
Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM…)	70	93	66
Soins de Santé	41	40	49
Protection Juridique	26	25	40
RC diverses	12	16	22
Individuelle Accidents	4	8	8
Accidents du Travail	1	1	1
Total	**442**	**488**	**536**

29 - *Chiffres et Analyse 2012 Ombudsman des Assurances*, p. 50.

Sous la loupe, trois points d'attention

Près de 10 % des dossiers portent sur les résiliations de contrats

Les demandes d'intervention relatives à la résiliation des contrats représentent près de 10 % du nombre des plaintes à l'encontre des conseillers en assurances. Il peut s'agir de résiliations que le preneur adresse à l'intermédiaire ou que l'intermédiaire lui-même introduit auprès de l'entreprise d'assurances. Le consommateur se plaint que la résiliation de son contrat ne soit pas enregistrée. En fait, il a adressé son renon à l'intermédiaire ou lui a demandé verbalement de résilier le contrat. De son côté, le conseiller en assurances n'a pas précisé à son client le délai ou les formalités (l'envoi d'une lettre recommandée à l'entreprise d'assurances) à respecter pour que la résiliation soit valablement actée par l'assureur. Dans certains cas, l'intermédiaire a conseillé au consommateur de changer d'entreprise d'assurances mais n'a pas envoyé le renon à l'ancien assureur. Enfin, le conseiller en assurances a parfois pris l'initiative de résilier le contrat sans en informer son client. C'est quelquefois contraint de déplacer son portefeuille d'assurances à la demande d'une entreprise d'assurances que l'intermédiaire résilie le contrat pour placer le risque auprès d'un autre assureur.

Ce type de doléances a mené à une issue positive dans plus de 50 % des cas.

14 % des demandes en RC Auto portent sur l'encaissement de la prime

Suite à la crise économique, de plus en plus de consommateurs rencontrent des difficultés à payer le montant global d'une prime annuelle. Ainsi, en assurance RC Auto, 1 % des plaintes concernent des problèmes liés au paiement de la prime. A l'analyse, les contestations portent notamment sur les conséquences des facilités de paiement accordées par l'intermédiaire. Ce dernier autorise verbalement un étalement du paiement de la prime puis change d'avis ou le client ne respecte pas le plan d'apurement et conteste le décompte des paiements.

Les problèmes d'encaissement de la prime peuvent aussi être liés tant à la souscription du contrat qu'à sa résiliation. L'intermédiaire a parfois considéré une simple demande d'informations comme une demande de souscription d'un nouveau contrat. Dans d'autres cas, l'entreprise d'assurances réclame le paiement de la prime car le renon n'a pas été enregistré.

Le consommateur a finalement pu obtenir satisfaction dans 50 % des dossiers.

Quelle est la portée du devoir de conseil ?

L'intermédiaire a un devoir de conseil à l'égard de son client dans toutes les branches d'assurance. Lorsque son client lui reproche de l'avoir mal guidé, c'est souvent au moment d'un sinistre ou suite à l'évolution négative du rendement d'une assurance Vie. De telles doléances doivent s'apprécier, au cas par cas, à la lumière des différents éléments du dossier. Il n'est cependant pas facile d'établir le contenu du dialogue qui s'est tenu entre le conseiller en assurances et son client candidat-assuré. Au moment de la conclusion du contrat, des questions ont été posées, mais ont-elles bien été comprises ? Les réponses étaient-elles adéquates ? Le consommateur a fait un choix mais peut avec le recul (après un sinistre, après une évaluation boursière…) avoir oublié sa décision ou se raviser… Ainsi il se plaint que l'intermédiaire ne l'ait pas correctement informé au sujet de la valeur de l'habitation, l'étendue des garanties, l'absence de protection du capital… [30]

En assurance Vie, l'Ombudsman a reçu une série de plaintes de consommateurs qui ont racheté leur contrat d'assurance Vie et sont déçus par le montant qu'ils ont perçu. Ils estiment que leur intermédiaire leur avait proposé un mauvais produit, un produit inadéquat. L'Ombudsman constate que, pour certains contrats, la moins-value n'est pas due à la baisse de valeur des unités mais aux différents frais de gestion. Lorsqu'il décide de racheter, le preneur d'assurance oublie que de nombreux frais sont retenus sur le contrat les premières années. Ce n'est qu'après cette période que le rendement du contrat peut, le cas échéant, être positif.

Une majorité des dossiers relatifs au devoir d'information des courtiers concernait la branche assurance Vie. Dans plus de la moitié de ces dossiers, les revendications formulées par le plaignant étaient fondées.

Transposant une directive européenne, le législateur belge a inséré le devoir d'information dans la loi relative à l'intermédiation en assurances en 2006 afin d'encadrer le dialogue entre le consommateur et son conseiller avant la souscription du contrat et de garder des traces sur les circonstances et les échanges d'informations [31]. Par ailleurs, plus récemment, le législateur a prévu une extension des règles de conduite MiFID aux assureurs et intermédiaires en assurances par la loi du 30 juillet 2013, dont les dispositions entrent en vigueur le 30 avril 2014 [32]. Fin janvier 2014, les arrêtés royaux d'exécution de la loi n'ont pas encore été publiés, seules les grandes lignes sont déjà connues. Il apparait notamment que les informations à fournir au consommateur seront plus conséquentes et que la vente des produits d'épargne et d'investissement sera plus encadrée [33].

30 - Voir *Astuces 2013 Ombudsman des Assurances,* n° 16.

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

32 - Loi du 30 juillet 2013 visant à renforcer la protection des utilisateurs de produits et services financiers ainsi que les compétences de l'Autorité des services et marchés financiers, et portant des dispositions diverses, *M.B.,* 30 août 2013, nommée aussi loi « Twin Peaks II ».

33 - V. Schreurs, « Course contre la montre MiFID », *Assurinfo,* 16 janvier 2014 ; G. Vessière, « Une réforme pour mieux conseiller l'épargnant », *Le Soir,* 25-26 janvier 2014, p. 27.

En 2014,

La transposition en droit belge de la directive européenne sur le règlement extrajudiciaire des litiges de consommation[34] a conduit le Ministre de tutelle en charge de la protection des consommateurs à revoir globalement l'organisation de la gestion des plaintes des consommateurs pour tous les secteurs d'activité.

Deux idées sous-tendent les mesures qu'il a initiées : d'une part, l'accès facile et gratuit du consommateur insatisfait auprès d'une instance neutre et objective dans tous les secteurs d'activité et d'autre part, l'obligation pour les entreprises d'organiser, en leur sein, l'accueil et la gestion des doléances des clients mécontents. Ainsi, le ministre J. Vande Lanotte a lancé la création d'un guichet unique où le consommateur pourrait s'adresser en cas d'insatisfaction pour tous les secteurs d'activités économiques[35].

Par ailleurs, la FSMA va revoir, sur la base des orientations européennes propres au secteur des assurances[36], les principes de gestion des doléances au sein des entreprises d'assurances. Elle arrêtera ainsi des principes d'accueil des clients insatisfaits. Elle établira également un schéma qui doit servir de base à l'établissement et au suivi des statistiques.

34 - Directive européenne 2013/11/UE du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant le règlement (CE) n° 2006/2004 et la directive 2009/22/CE, *J.O.C.E.,* n° L165/63 du 18 juin 2013, www.eur-lex.europa.eu/

35 - Le service fédéral de médiation pour le consommateur, conférence de presse SPF Economie, 18 février 2014.

36 - The proposal for Guidelines on Complaints-Handling by Insurance Intermediaries, www.eiopa.europa.eu/

la gestion des insatisfactions des consommateurs prend un virage.

L'Ombudsman des Assurances collabore activement à ces deux innovations. En effet, elle fait partie du guichet unique en tant qu'entité qualifiée et membre du conseil de direction de ce nouveau service public. Depuis 2012, elle participe à la plateforme fédérale ODR du traitement des réclamations en ligne (BEL-MED). Par ailleurs, elle travaille en collaboration étroite avec la FSMA en vertu d'un protocole d'accord ainsi qu'avec les entreprises d'assurances par le canal du réseau des correspondants qui accueillent en leur sein les clients mécontents.

Les textes législatifs sont lancés, les idées fusent, les projets de mise en place voient le jour…

L'année 2014 sera celle de la concrétisation et de la coordination des différents volets de l'évolution du paysage de la gestion des plaintes.

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. : 02/547 58 71

Fax : 02/547 59 75

info@ombudsman.as

www.ombudsman.as

Banques, Crédits, Placements :

Ombudsfin

Rue Belliard, 15-17

1040 Bruxelles

Tél. : 02/545 77 70

Fax : 02/545 77 79

ombudsman@ombudsfin.be

www.ombudsfin.be

L'équipe de l'Ombudsman

Ombudsman :

Josette Van Elderen

Conseillers :

Magali André	Tél. : 02/547 57 80
Hans Claes	Tél. : 02/547 58 73
Siemon Crosiers	Tél. : 02/547 58 69
Patricia De Jaegher	Tél. : 02/547 58 72
Nathalie Peetroons	Tél. : 02/547 58 74
Sylvie Scheerlinck	Tél. : 02/547 58 76
Guido Schmitz	Tél. : 02/547 58 68
Roselinde Sneyers	Tél. : 02/547 58 75
Vincent Théate	Tél. : 02/547 58 79
Marie Vermeiren	Tél. : 02/547 57 79

Secrétariat :

Valérie Saussez	Tél. : 02/547 58 71
Françoise Vanhee	Tél. : 02/547 58 77

Josette **Van Elderen**

Magali **André**

Hans **Claes**

Siemon **Crosiers**

Patricia **De Jaegher**

Nathalie **Peetroons**

Sylvie **Scheerlinck**

Guido **Schmitz**

Roselinde **Sneyers**

Vincent **Théate**

Marie **Vermeiren**

Valérie **Saussez**

Françoise **Vanhee**

Glossaire

- **ADR :**

  Alternative Dispute Resolution ou modes alternatifs de règlement des conflits (MARC). Terminologie désignant les voies de résolution des conflits en dehors du système judiciaire.

- **A.R. Vie :**

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

- **Assuralia :**

  Union professionnelle des entreprises d'assurances, autrefois UPEA.

- **Assurance d'Attente :**

  Assurance Maladie permettant de payer une prime complémentaire qui, au moment de la poursuite à titre individuel d'une couverture collective, a pour effet soit que la prime du contrat individuel est fixée non en fonction de l'âge atteint à ce moment mais de l'âge lors de la souscription à l'assurance d'attente soit d'obtenir une réduction.

- **Assurance Hospitalisation individuelle :**

  Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle. Cette assurance est conclue par un individu pour lui-même et/ou sa famille.

- **Assurance Hospitalisation collective :**

  Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle. Cette assurance est conclue par une entreprise ou un employeur au profit d'une ou plusieurs catégories de ses travailleurs.

- **Branche 21 :**

  Assurance Vie prévoyant un capital ou rendement garanti en cas de décès ou au terme du contrat.

- **Branche 23 :**

  Assurance Vie liée à des fonds d'investissement sans garantie du capital investi.

- **Contrat type :**

  Assurance Automobile obligatoire reprise dans l'annexe intitulée contrat type de 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.

- **Datassur :**

  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.

- **FSMA :**

  Autorité des services et marchés financiers, autrefois CBFA. Autorité belge chargée, notamment, à veiller des marchés financiers et au traitement loyal du consommateur financier.

- **INAMI :**

  Institut national d'assurance maladie-invalidité, www.inami.be/

- **L.C.A.T. :**

  Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.,* 20 août 1992.

- **MiFID :**

  Markets in Financial Instruments Directive, A.R. du 27 avril 2007 visant à transposer la Directive européenne concernant les marchés d'instruments financiers, *M.B.,* 31 mai 2007.

- **ODR :**

  Online Dispute Resolution

- **Protection Juridique de base non auto :**

  Protection juridique comprise dans des contrats d'assurance Responsabilité Civile (comme RC Vie Privée, Incendie, RC Exploitation)

- **RC Auto :**

  Assurance couvrant la responsabilité liée à la mise en circulation de véhicules automoteurs.

- **RC Vie privée :**

  Assurance qui couvre la responsabilité civile extracontractuelle relative à la vie privée, appelée également RC Familiale.

- **RSR :**

  Risques Spéciaux/Speciale Risico's.

- **SPF Economie :**

  Service Public Fédéral Economie.

Comment introduire une demande d'intervention ?

Il faut un écrit qui peut être transmis :

→ soit directement

- par le formulaire de plainte du site www.ombudsman.as
- par courriel à info@ombudsman.as
- par lettre adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles
- par fax au 02/547 59 75

→ soit par Belmed, le guichet unique du SPF Economie :
http://economie.fgov.be/fr/litiges/litiges_consommation/Belmed/

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

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

Ce rapport 2013 est également disponible en format PDF sur le site www.ombudsman.as.
Een Nederlandstalige gedrukte versie van dit jaarverslag is ook op eenvoudig verzoek verkrijgbaar.

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

D/377/3

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

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