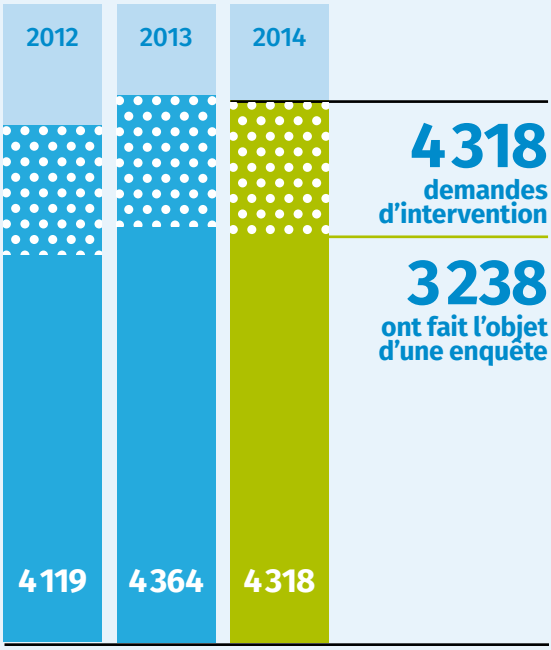
Chiffres et Analyse
2014

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

2014 en quelques chiffres-clés

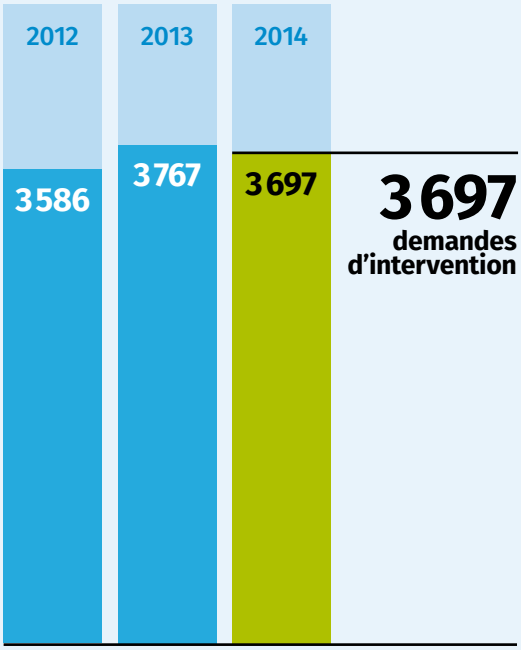


Évolution des demandes d'intervention

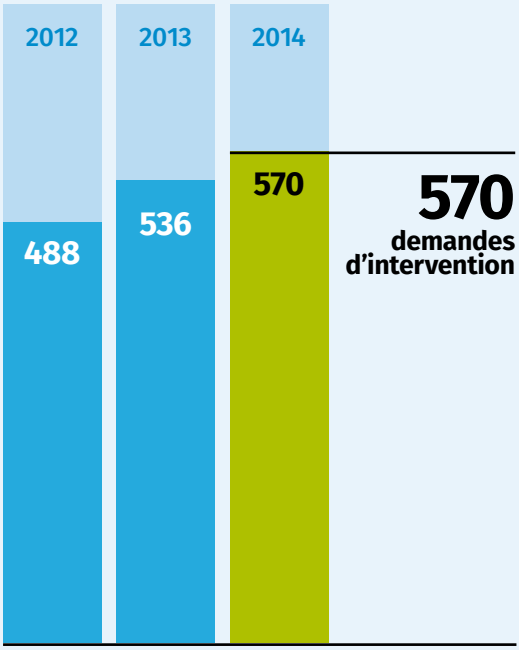
Répartition entre les acteurs du secteur

75 % des demandes ont fait l'objet d'une enquête

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



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



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

52 % des demandes ont obtenu une solution

20 % des demandes concernent les délais de gestion et le manque d'information

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Chiffres et Analyse 2014

Préface 3

Aperçu de l'activité 2014 4

Combien de demandes d'intervention ? 5
Répartition entre les acteurs du secteur 5
Répartition par branche 6
Provenance des demandes d'intervention 7
Solutions apportées aux demandes 8

2014 pour les entreprises d'assurances 10

Auto 12
Incendie 15
Protection Juridique 19
Soins de Santé 22
Vie 24

2014 pour les intermédiaires en assurances 28

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

2014, une année riche en législations 32

Réseaux 34

L'équipe de l'Ombudsman 35

Glossaire 36

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

PRÉFACE

En 2014, l'Ombudsman a enregistré 4318 demandes d'intervention. Elle relève donc une relative stabilité du nombre des dossiers par rapport à 2013. Cette situation est le résultat d'une légère baisse des réclamations dans les principales branches et de la hausse du nombre des demandes d'intervention dans les branches Soins de Santé (+ 4 %) et RC diverses (+ 8 %). Globalement, en 2014, dans 52 % des cas, le consommateur a obtenu une solution.

Les demandes enregistrées à l'encontre des entreprises d'assurances ont baissé (- 2 %). Cependant, dans la branche Incendie, le nombre de dossiers relatifs à la garantie Tempête a plus que doublé suite aux sinistres liés aux intempéries de la Pentecôte. La croissance dans la branche Soins de Santé résulte d'une hausse importante (+ 41 %) du nombre des réclamations portant sur la couverture Revenu Garanti. La progression du nombre d'insatisfaits en RC diverses résulte des contestations liées à des accidents survenus lors de prestations dans le cadre des titres-services ou de dossiers où la responsabilité d'une commune peut être mise en cause. En branche Vie, les demandes portent principalement sur la Branche 21 avec un volet épargne au moment des opérations de liquidation à l'échéance.

Les demandes introduites à l'encontre d'intermédiaires en assurances ont augmenté de 6 %. Elles portent principalement sur les branches Auto, Vie et Incendie qui représentent 65 %. L'Ombudsman constate que le consommateur attend non seulement un conseil lors de la conclusion du contrat mais espère également un appui de son conseiller en assurances dans le cadre du règlement de sinistres. En ***assurance RC Auto****, la communication de l'identité exacte du conducteur principal et habituel du véhicule reste à l'origine de tensions.*

En 2014, l'Ombudsman constate une insatisfaction croissante relative au délai de gestion et au manque d'information (20 % de l'ensemble des dossiers introduits), principalement dans les branches Auto, Incendie et Protection Juridique. L'intervention de l'Ombudsman a permis une issue favorable dans 63 % des dossiers analysés.

Par ailleurs, comme les dernières années, la résiliation des contrats est une source de discussions tant dans les relations avec les intermédiaires qu'avec les entreprises d'assurances. Elle représente près de 10 % des demandes.

En sinistre, le montant de l'intervention de l'assureur est une autre raison de réclamation (13 % des dossiers). Ainsi, en branche Incendie, les contestations portent sur le montant de l'indemnité fixée par l'expert mandaté par l'entreprise d'assurances. Afin de permettre au consommateur de donner un consentement éclairé à la proposition de cet expert, l'Ombudsman formule une recommandation pour qu'un délai de réflexion soit inséré avant que l'estimation amiable des dommages soit définitive.

En Protection Juridique, des discussions naissent avec l'assuré car il a mal évalué le montant des frais déjà consommés au regard du plafond d'intervention. L'Ombudsman recommande aux assureurs Protection Juridique d'informer régulièrement l'assuré du montant des frais déjà engagés et du solde du plafond d'intervention prévu par le contrat.

CHAPITRE 1

Aperçu de l'activité 2014

Combien de demandes d'intervention ?

En 2014, l'Ombudsman des Assurances enregistre une stabilité

Globalement, en 2014, l'Ombudsman a reçu 4318 demandes d'intervention qui ont été enregistrées comme dossiers en gestion et donc une légère baisse d'1 % des demandes écrites par rapport à l'année précédente. A ce nombre s'ajoutent les requêtes des consommateurs insatisfaits que l'Ombudsman a dirigés vers les services d'accueil au sein des entreprises qui ont traité directement ces doléances[1].

2012	2013	2014
4019	4364	4318

- 1%

Evolution des demandes d'intervention

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.

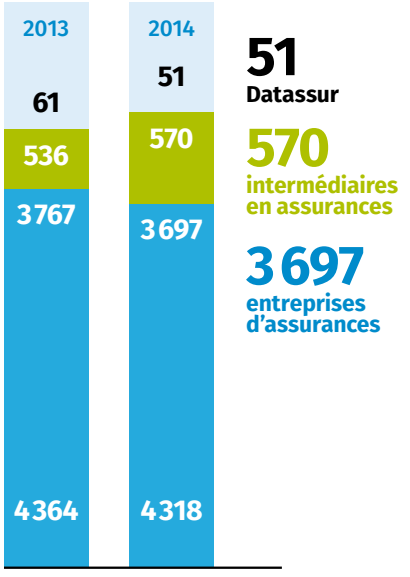
Répartition entre les acteurs du secteur

La majorité des demandes d'intervention concernent toujours les entreprises d'assurances. En 2013, l'Ombudsman avait enregistré une hausse de 5 % à leur encontre. Cependant, en 2014, le nombre des dossiers pris en gestion baisse de 2 %.

Le nombre des demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires augmente de 6 %. Cette catégorie de demandes reste peu élevée par rapport à l'ensemble des doléances puisqu'elle ne représente qu'environ 13 %. Globalement, ce nombre limité 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 souvent de désamorcer un conflit.

L'Ombudsman a reçu 51 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



Répartition entre les acteurs du secteur

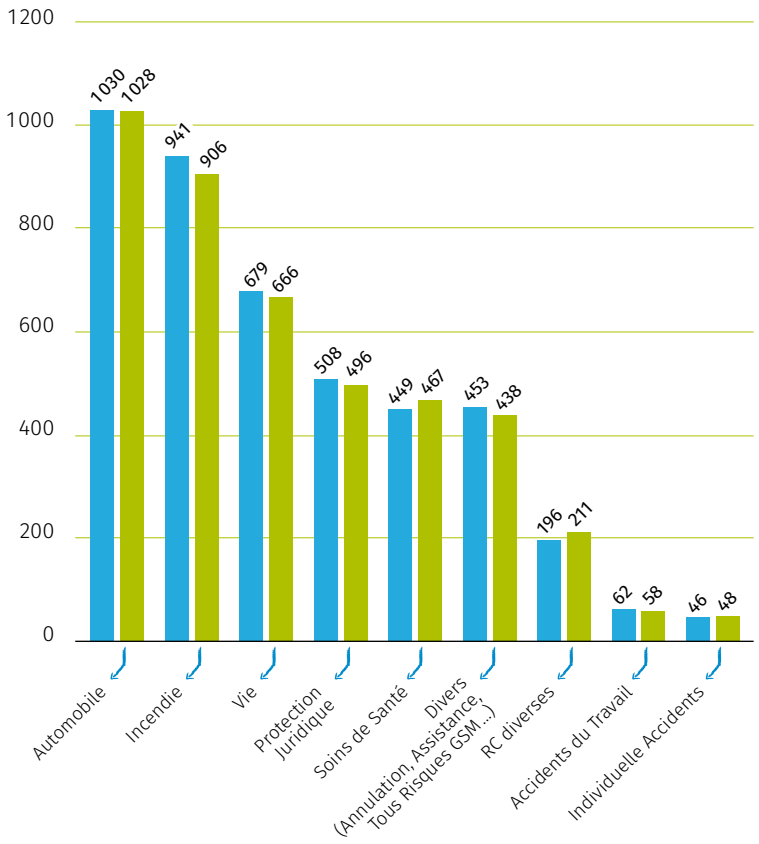
1 - Voir infra p. 11.

d'appel. **Datassur** a procédé en 2014 à 75 775 enregistrements dans le fichier **RSR** soit une baisse de 6 708 dossiers. L'Ombudsman a reçu 10 demandes de moins qu'en 2013. 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 73 % des cas.

Lorsque l'assuré s'adresse à l'Ombudsman, c'est dans la moitié des cas pour contester son enregistrement dans le fichier suite à une résiliation de son contrat pour non-paiement de la prime. Les deux autres raisons sont les contestations des résiliations après sinistre ou pour motif de fraude. Seuls 14 dossiers ont fait l'objet de négociations et, dans cinq 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 contrat 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.

Répartition par branche



2013 **Total : 4 364**
2014 **Total : 4 318**

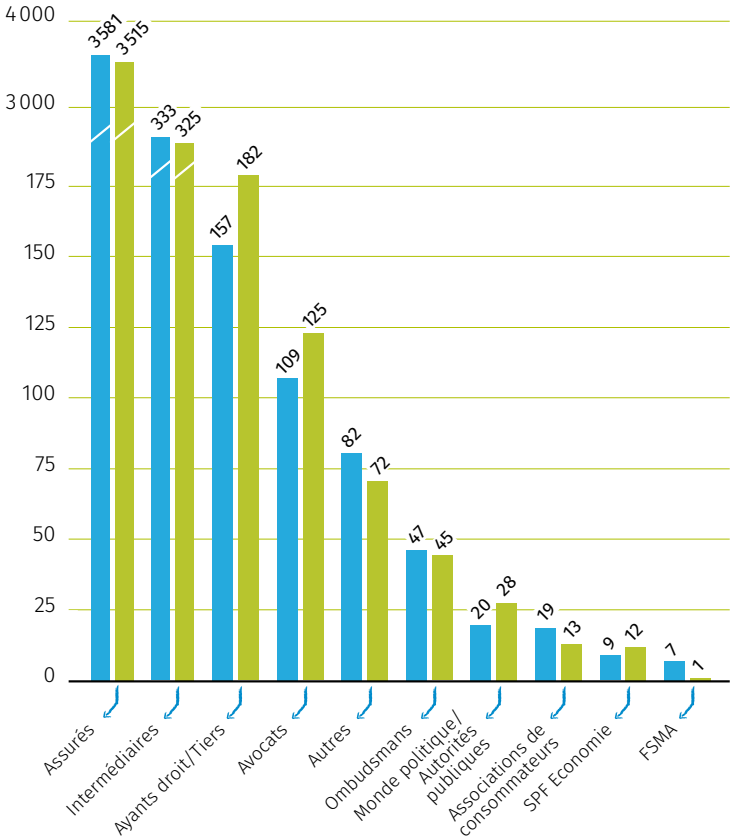
Répartition par branche

La diminution globale du nombre des demandes introduites se retrouve dans les différentes branches à l'exception des assurances RC diverses (+ 8 %) et Soins de Santé (+ 4 %).

En Incendie, s'il y a globalement une baisse du nombre de dossiers, il apparaît cependant une hausse de 118 % dans la garantie Tempête. Parmi les raisons pour lesquelles le consommateur s'est tourné vers l'Ombudsman, il y a les difficultés rencontrées par certains habitants d'une commune située en Flandre, Wingene. Lors des tempêtes de début juin 2014, ce village a été particulièrement touché. Or, sur place, une association d'assurances mutuelles, titulaire d'un portefeuille d'assurance Incendie local, n'a pu supporter la charge des sinistres et a été mise en liquidation[2]. Interrogée par les consommateurs inquiets et mécontents, l'Ombudsman n'a pu que les orienter vers les liquidateurs de la société.

De manière générale, à l'analyse des plaintes, l'Ombudsman constate que certaines réclamations se fondent sur la réglementation relative aux pratiques de commerce[3]. C'est le cas des contestations relatives aux ventes couplées et aux publicités trompeuses. Les griefs sur les publicités concernent souvent les écarts entre la présentation de produits d'assurance sur le site internet de l'entreprise d'assurances ou de l'intermédiaire et les conditions générales du même contrat ou entre les promesses de rendement et les résultats concrets. Un simple retard de mise à jour du site suite à des modifications apportées aux produits peut être à l'origine de la différence.

Provenance des demandes d'intervention



2013 Total : 4 364
2014 Total : 4 318

Provenance des demandes d'intervention

2 - Liquidation de la société "Brandverzekering van Wingene", *M.B.*, 1er décembre 2014
3 - Livre VI (Pratiques du marché et protection du consommateur) du Code de droit économique.

81 % des demandes sont introduites par les assurés

La majorité des demandes d'intervention (81 %) restent introduites par les assurés, les ayants droit ou les victimes à l'encontre des entreprises et des conseillers en assurances. De leur côté, les intermédiaires, pour aider leurs clients, saisissent aussi l'Ombudsman (8 %). Il en va de même pour les avocats dont les demandes sont en hausse de 15 %.

Dans 45 cas, c'est un collègue Ombudsman qui transmet le dossier. Il existe en effet un protocole de collaboration entre les Ombudsmans tant sur le plan belge qu'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].

En vue de transcrire en droit belge la directive européenne relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation, le gouvernement a institué un service de médiation pour le consommateur: 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. Ce nouveau guichet entre en vigueur le 1er juin 2015[5].

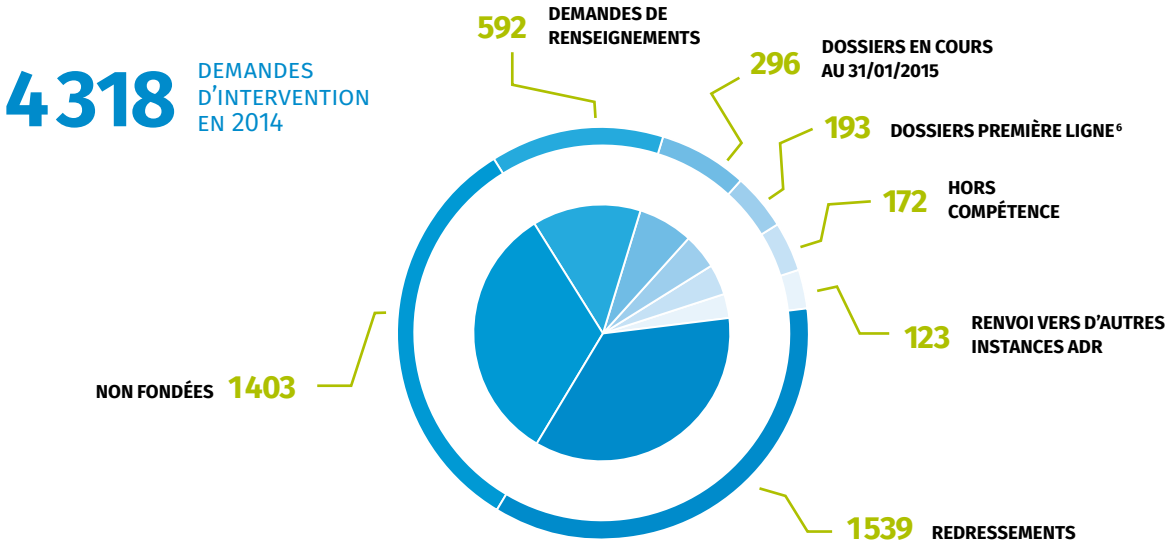
Solutions apportées aux demandes d'intervention

Parmi les 4 318 demandes d'intervention reçues, il y a les requêtes qui sont de simples demandes d'information (14 %), celles qui ont été renvoyées vers une autre instance (7 %) ou celles qui échappent à la compétence de l'Ombudsman (4 %). Si on écarte ces 1 080 demandes, le nombre de dossiers qui a fait l'objet d'une analyse et de négociations s'élève à 3 238 dont 2 942 sont clôturés.

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman des Assurances, à l'instar des autres Ombudsmans, constate que les consommateurs l'interrogent pour obtenir des renseignements. Malgré les efforts réalisés par les entreprises d'assurances, notamment par une meilleure organisation de la gestion des réclamations 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 informations recueillies. A côté de ces demandes écrites de renseignements, l'Ombudsman reçoit également de nombreux appels téléphoniques.

4 - www.ombudsman.be/; http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_fr.htm/
5 - Voir infra p. 33.



Solutions apportées aux demandes d'intervention

Son site internet, et plus particulièrement le volet des questions fréquemment posées (FAQ), est par ailleurs régulièrement consulté. En 2014, il y a eu environ 33 000 consultations.

Dans 52 % des cas, le consommateur a obtenu une solution

Fin janvier 2015, l'équipe de l'Ombudsman a négocié et clôturé 2 942 dossiers. Parmi ces demandes, le consommateur a obtenu une solution dans 52 % des cas. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui de l'année précédente qui s'élevait à 50 %.

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.

Il ressort de l'analyse par catégorie d'acteurs du secteur que les réclamations négociées à l'encontre des entreprises d'assurances ont, dans 51 % des cas, trouvé une issue positive pour le plaignant. Les doléances qui concernent les intermédiaires sont fondées dans 60 % des cas. Quant aux demandes adressées à l'encontre de **Datassur**, plus de 70 % des cas ont été réorientés vers **Datassur** même. Lorsque l'Ombudsman a analysé le dossier, l'enregistrement a été supprimé dans cinq cas, soit seulement 36 %.

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

CHAPITRE 2

L'année 2014 pour les entreprises d'assurances

Combien de demandes d'intervention ?

En 2014, le nombre des demandes traitées à l'encontre des entreprises d'assurances auprès de l'Ombudsman est de 3 697 et a donc diminué de 2 %. Cette fluctuation peu marquante est le résultat de la balance de légères augmentations dans certaines branches (Soins de Santé et RC diverses) et de baisses peu significatives dans les autres branches.

2012	2013	2014
3 586	3 767	3 697

- 2 %

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

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 2013, 453 consommateurs avaient été guidés vers les entreprises d'assurances. En 2014, ils sont 685, ce qui représente une hausse de 51 %. 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 4 382 soit une hausse de près de 4 % par rapport à 2013.

L'environnement législatif ou économique ou même des circonstances atmosphériques exceptionnelles influencent la nature des réclamations. En 2014, le nombre de dossiers a plus que doublé dans la garantie Tempête suite aux 179 607 sinistres du week-end de Pentecôte[7] et ce, bien que la branche Incendie enregistre, de manière générale, une baisse de 2 %. Le nombre plus élevé des demandes dans la branche Soins de Santé est influencé par une hausse de 41 % des dossiers qui portent sur la couverture Revenu Garanti. La légère augmentation en assurances RC diverses est, quant à elle, liée aux demandes d'intervention plus nombreuses suite à des accidents survenus lors de prestations dans le cadre des titres-services ainsi que suite à des dommages subis lors d'un accident où la responsabilité de la commune est mise en cause. En assurance Vie, la garantie assurance Groupe enregistre une baisse de 26 %. Dans les produits de la **Branche 23,** la diminution du nombre des dossiers s'explique notamment par la reprise boursière.

Globalement, lorsque le consommateur a saisi l'Ombudsman et qu'elle a procédé à une enquête, il a obtenu gain de cause dans 51 % des cas, là où en 2013, le pourcentage s'élevait à 50 %.

Répartition par branche d'assurance	2012	2013	2014
Automobile	838	852	843
Incendie	836	824	807
Vie	521	564	524
Protection Juridique	452	468	460
Soins de Santé	365	400	419
Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM ...)	362	425	399
RC diverses	171	173	187
Accidents du Travail	41	61	58
Total	3 586	3 767	3 697

7 - Communiqué de presse d'Assuralia, 24 février 2015, www.assuralia.be/

AUTO

ASSURANCE AUTO

Un regard sur les chiffres

En 2014, l'Ombudsman a traité 843 demandes à l'encontre des entreprises d'assurances en branche Auto. Cette branche représente 23 % des dossiers introduits et 82 % de ces requêtes concernent l'assurance RC obligatoire. Parmi ces demandes d'intervention, 59 % portent sur des opérations de production. Les motifs les plus souvent invoqués sont liés aux difficultés rencontrées lors de la résiliation des contrats d'une part (34 %) ou de la formation des contrats d'autre part (19 %).

Dans 41 % des cas, le consommateur est insatisfait de la gestion d'un sinistre. Qu'il soit assuré ou victime, il se plaint souvent du montant de l'indemnité (31 %) mais également du délai dans lequel le dossier est réglé (18 %) ou du manque d'information (18 %). En assurance Vol par contre, les contestations suite à un sinistre portent principalement sur le refus d'intervention (54 %).

Parmi les 559 demandes qui ont fait l'objet d'une enquête par l'Ombudsman en 2014, 53 % ont trouvé une issue favorable au consommateur. Lorsque le consommateur se plaint de la lenteur de règlement d'un sinistre, sa demande a trouvé une solution positive dans 57 % des cas.

Répartition assurance Auto	2012	2013	2014
RC Auto	677	686	692
Dégâts matériels (Omnium)	130	141	126
Vol	31	25	25
Total	**838**	**852**	**843**

Sous la loupe, trois points d'attention

En production, 34 % des demandes portent sur la résiliation du contrat

A l'instar des années antérieures, la résiliation du contrat reste une des raisons principales de tension. Les contrats peuvent être résiliés par les deux parties. L'entreprise d'assurances initie la résiliation car elle refuse de maintenir dans son portefeuille un risque dont le profil ne correspond plus à sa politique de souscription. Différentes raisons peuvent être l'élément déclencheur: la faute grave commise par l'assuré, la fréquence des sinistres ou les difficultés rencontrées pour obtenir la prime. Lorsque le contrat est résilié, le consommateur souhaite, de plus en plus souvent, des explications sur les motifs qui ont conduit l'assureur à prendre cette décision et conteste parfois ces raisons. Ces demandes d'intervention suite à la résiliation du contrat sont en augmentation, tant par écrit que par téléphone.

De plus, si le contrat a été résilié, le consommateur rencontre souvent des difficultés à s'assurer à nouveau ou à tout le moins à trouver une couverture à un prix raisonnable ou qu'il estime acceptable. Il s'adresse alors à l'Ombudsman pour demander son appui. Cette dernière vérifie si les dispositions légales ont été respectées et dans l'affirmative, oriente le consommateur vers les voies de solutions possibles telles que la procédure pour introduire un dossier auprès du Bureau de Tarification[8]. En effet, les politiques de souscription des entreprises d'assurances, pour autant qu'elles respectent la législation, échappent à l'appréciation de l'Ombudsman.

8 - Voir *Astuces 2014 Ombudsman des Assurances*, n°1.

AUTO

Mais il y a d'autres cas où c'est le consommateur qui souhaite changer d'assureur et il rencontre des obstacles. Par exemple, à l'occasion de l'achat d'un nouveau véhicule, il souhaite le couvrir auprès d'une autre entreprise d'assurances. L'Ombudsman doit lui rappeler alors l'obligation de fidélité imposée par la loi ainsi que les conditions dans lesquelles il pourra résilier son contrat pour pouvoir souscrire une police auprès d'un nouvel assureur[9].

L'Ombudsman constate fréquemment que le consommateur ne respecte pas les formalités de résiliation prévues par la loi. Ainsi le preneur d'assurance oublie d'envoyer un courrier par pli recommandé, l'envoie à la mauvaise adresse ou ne respecte pas le délai de trois mois avant la date d'échéance annuelle.

Soucieuses de maintenir les bons risques en portefeuille, les entreprises d'assurances s'accrochent avec rigueur aux formalités prescrites par la loi. Elles interprètent de manière stricte les dispositions qui règlent les modalités pratiques de l'envoi d'une résiliation. Or, des erreurs ou oublis administratifs peuvent s'y glisser. Ainsi, l'absence des différentes références des contrats concernés, l'usage du nom erroné de l'entreprise d'assurances après une fusion, le non-respect du délai après une augmentation tarifaire et l'envoi de la lettre recommandée de résiliation à l'intermédiaire sont autant de raisons qu'invoque l'assureur pour refuser la résiliation. Cette attitude semble paradoxale lorsqu'il s'avère que les entreprises d'assurances s'écartent elles aussi parfois, pour des raisons pratiques et de coût, des formalités légales contraignantes. Mais vers quelle solution se tourner ? La nouvelle loi relative aux assurances[10] n'apporte pas de réponse. Ses dispositions ne sont pas adaptées aux besoins actuels et aux moyens de communication modernes.

La portée de l'obligation de décrire le risque à la conclusion du contrat

L'Ombudsman a reçu de nombreuses réclamations concernant l'obligation de description correcte du risque. Au moment de la souscription d'une couverture d'assurance, le preneur a, selon la loi, l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances qu'il connait et qu'il doit raisonnablement considérer comme étant utiles à l'assureur pour apprécier correctement le risque à couvrir. Le non-respect de cette obligation est sanctionné lourdement[11].

Parmi les éléments omis ou mal communiqués, il y a le nombre de sinistres encourus, le motif de résiliation de l'assureur précédent, les caractéristiques ou l'usage du véhicule… La raison la plus fréquente pour laquelle l'Ombudsman est saisie est cependant la déclaration inexacte du conducteur principal ou habituel du véhicule. Dans un souci d'économie du montant de la prime, le jeune conducteur habituel est volontairement omis du contrat au profit d'un parent qui a une plus longue expérience de conduite. Cette pratique est à première vue séduisante car elle permet d'éviter la charge financière liée à l'âge et l'inexpérience du conducteur mais elle est illégale et frappée de lourdes sanctions. Sur ce point, le rôle de conseil de l'intermédiaire en assurances est primordial[12].

Globalement, les dossiers à l'encontre les entreprises d'assurances relatifs à une déclaration incorrecte du risque ne sont pas fondés.

Le délai de gestion d'un sinistre et le défaut d'information restent une source d'insatisfaction (36 %)

Trop souvent le consommateur s'adresse encore à l'Ombudsman car il est confronté au silence de son assureur lors de la gestion d'un sinistre. Il s'inquiète du délai mis à traiter son dossier. A l'analyse, l'Ombudsman relève différents motifs qui ralentissent ou bloquent le règlement du dossier. Ainsi la gestion peut être freinée car l'assureur attend la déclaration de la partie adverse ou le passage et parfois même le rapport de l'expert. Dans d'autres cas, l'assuré attend la réponse et l'explication de l'assureur sur certains postes de l'indemnité qu'il conteste ou la prise de décision sur les responsabilités de l'accident. Dans de nombreux cas, le rapport établi par la police est l'élément attendu pour poursuivre la procédure de règlement.

Au niveau européen, la quatrième directive sur l'assurance automobile a fixé des délais relatifs à l'indemnisa-

9 - Art. 33 **contrat type** ; voir aussi *Astuces 2014 Ombudsman des Assurances*, n°2.
10 - Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
11 - Art. 58 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 et art. 25.b **contrat type**.
12 - Voir infra p. 30.

AUTO

tion des victimes[13]. Ces délais ont été repris dans la loi sur l'assurance **RC Auto** obligatoire[14]. Le non-respect de ces délais par l'assureur peut être lourd de conséquences. L'absence de réponse motivée à la victime dans les trois mois à partir de sa demande d'indemnisation dans les cas prévus par la législation est sanctionnée par le paiement d'une somme forfaitaire de 250 euros par jour. Certains consommateurs se sont directement adressés aux tribunaux qui ont appliqué strictement la loi et même condamné, dans un cas, une entreprise d'assurances à payer la somme totale de 20750 euros (83 jours x 250 euros) à titre d'indemnité de retard[15] !

Lors de l'examen de tels dossiers auprès de l'entreprise d'assurances, l'Ombudsman constate toutefois fréquemment que le gestionnaire suit le dossier mais il ne tient pas l'assuré informé. Dans ce cadre, lorsque la garantie Protection Juridique est intégrée dans le contrat d'assurance RC obligatoire, cette couverture manque encore trop souvent d'être activée. En effet, ni l'assureur RC ni l'intermédiaire ne demande l'intervention de cette garantie. Quant à l'assuré, il ne déclare pas le sinistre sous cette couverture car il pense n'avoir qu'un seul contrat et donc un seul interlocuteur. Il est important que les règles de gestion interne des entreprises d'assurances reprennent l'obligation, dans l'hypothèse décrite ci-dessus, de signaler la nécessité d'activer cette garantie à l'intermédiaire et à l'assuré.

13 - Directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 mai 2000 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE du Conseil (Quatrième directive sur l'assurance automobile), *J.O.C.E.*, L. 181 du 20 juillet 2000.

14 - Loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, chapitre IV, *M.B.*, 8 décembre 1989, modifiée par la loi du 22 août 2002 portant diverses dispositions relatives à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 17 septembre 2002.

15 - Trib. Tongres, 24 mars 2014, non publié ; « Indemnisation – Le jackpot grâce à l'assureur RC », *Lettre d'info Auto Kluwer*, octobre 2014, n° 9.

INCENDIE

ASSURANCE INCENDIE

Un regard sur les chiffres

En 2014, l'Ombudsman a reçu 807 demandes d'intervention relatives à la branche Incendie. Elles représentent 22 % des dossiers à l'encontre des entreprises d'assurances. Globalement, ce nombre reflète une légère baisse des réclamations par rapport à l'année précédente. Cette diminution provient essentiellement d'un nombre moins élevé de demandes introduites dans la garantie Incendie suite aux opérations de production. Plus précisément, ce sont les réclamations qui portent sur l'encaissement et l'adaptation du montant de la prime, sur la résiliation du contrat par l'entreprise d'assurances ou sur la double assurance qui sont moins nombreuses.

Dans la garantie Tempête par contre, l'Ombudsman a enregistré une hausse importante puisque le nombre des demandes a plus que doublé! Cette croissance est en lien avec les violentes tempêtes de grêle et de grêlons qui ont traversé le pays le week-end de la Pentecôte et ont occasionné 179 607 sinistres[16]. Certaines régions ont été plus particulièrement touchées comme la Flandre Occidentale où est localisée la commune de Wingene[17].

Parmi les motifs les plus fréquemment invoqués à l'encontre de la gestion des sinistres, on identifie le refus d'intervention (47 %), le montant de l'indemnité (25 %) et le délai de gestion (24 %). Dans les branches Dégâts des eaux, Vol et Tempête, le refus d'intervention représente près de 50 % des dossiers. En garantie Tempête, le refus est fondé sur différents motifs: la vitesse insuffisante du vent[18], le bâtiment ne répond pas aux critères de bâtiment fermé, la non-couverture des frais d'évacuation d'un arbre tombé… La majorité des contestations sur le montant de l'indemnité sont enregistrées dans les garanties Tempête et Vol où elles représentent plus de 25 %.

En 2014, 602 dossiers ont fait l'objet d'une enquête et ont été clôturés. Dans 52 % des cas, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête. Lorsqu'il se plaint de la lenteur de règlement ou de l'absence de motivation, une solution a été apportée à sa doléance dans 60 % des cas.

Répartition assurance Incendie	2012	2013	2014
Incendie	346	368	315
Dégâts des eaux	289	253	267
Vol	114	111	111
Tempête	37	33	75
RC Immeubles	9	18	11
Bris de vitrages	7	16	10
Catastrophes naturelles	18	15	9
Risque électrique	16	10	9
Total	**836**	**824**	**807**

16 - Communiqué de presse d'Assuralia, 24 février 2015, www.assuralia.be/
17 - Voir supra p. 7.
18 - C'est-à-dire moins de 100 km/h, comme prévu par l'annexe à l'A.R. du 24 décembre 1992 règlementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples, *M.B.*, 31 décembre 1992, inséré par l'A.R. du 14 mars 1995, *M.B.*, 11 avril 1995. Les conditions générales d'un contrat d'assurance peuvent y déroger en faveur de l'assuré, par exemple 80 km/h.

INCENDIE

Sous la loupe, trois points d'attention

La garantie Vol n'est en principe acquise qu'en cas d'occupation régulière du bâtiment

L'Ombudsman a reçu 57 dossiers suite au refus de l'entreprise d'assurances d'intervenir après un vol. Parmi les motifs de refus, l'assureur invoque souvent que le bâtiment n'est pas occupé régulièrement. Or les conditions exigées par le contrat pour répondre aux critères d'occupation régulière, peuvent ne pas être remplies pour diverses raisons. C'est le cas des absences pour des voyages professionnels fréquents, pour des séjours prolongés dans une seconde résidence, pour de longues hospitalisations, pour une admission en centre de revalidation… Par ailleurs, la seconde résidence ou une maison de vacances ne répond généralement pas à la notion d'occupation régulière exigée par les contrats. Dans ce cas, le preneur d'assurance doit informer l'entreprise d'assurances afin d'obtenir une couverture adaptée au risque. Après un décès, une habitation peut également rester longtemps vide.

Face au refus d'intervention de l'assureur, les consommateurs répondent souvent que l'habitation est sous la surveillance des voisins ou des enfants qui visitent régulièrement la maison. Ils invoquent également qu'ils ont installé un système d'éclairage automatique qui donne l'impression que l'habitation est occupée. Les conditions générales des contrats d'assurance décrivent habituellement la notion d'occupation régulière. Elles exigent souvent que le bâtiment ne soit pas inoccupé durant un certain nombre de nuits consécutives à combiner avec un nombre maximum de nuits par an où l'absence est tolérée. L'Ombudsman analyse au cas par cas les circonstances afin de vérifier si la notion d'occupation régulière décrite par les conditions générales est respectée.

La réparation en nature fait débat

En assurance Incendie, les demandes d'intervention relatives à un sinistre portent, dans 25 % des cas, sur le montant de l'indemnité. En 2014, l'Ombudsman enregistre une hausse de 4 % pour ce type de motif. Les raisons de mécontentement sont diverses. L'Ombudsman est notamment saisie d'insatisfactions d'assurés dans le cadre de réparations en nature proposées par leur entreprise d'assurances. Différents assureurs offrent, lors d'un sinistre, à leurs assurés de prendre en charge les démarches et la remise en état du bien. Cette offre est avantageuse pour l'assuré qui ne doit ni se préoccuper de trouver un réparateur, ni s'inquiéter du montant des réparations ou rechercher différents devis, ni supporter le montant de la franchise. La plupart des entreprises d'assurances vont même jusqu'à donner une garantie si la réparation n'apporte pas le résultat escompté.

INCENDIE

A l'analyse des dossiers et des sources d'insatisfaction, l'Ombudsman constate que la formulation de la clause sur la réparation en nature manque de précision dans certaines conditions générales. Ainsi, les assureurs se basent souvent sur le montant des remises en état estimé par une société agréée avec laquelle ils ont conclu

un accord général de collaboration. Ils fixent l'indemnité à allouer à leur assuré en tenant compte de ce montant même si celui-ci n'utilise pas l'option de réparation en nature. Or, ces accords de collaboration incluent des réductions forfaitaires des coûts qui peuvent aller facilement jusqu'à 30 %. L'assuré, qui opte pour la réparation par une société de son choix, n'en trouve aucune qui soit disposée à réaliser les travaux pour ce montant alloué. Saisie par de telles discussions techniques, l'Ombudsman, oriente les négociations, sur la base de la loi, vers la désignation d'un expert ou un contre-expert[19].

De nombreuses insatisfactions portent sur le retard dans le règlement d'un sinistre

En 2014, l'Ombudsman a encore été saisie de nombreuses réclamations portant sur la lenteur de règlement des sinistres (24 %). Les dispositions de la loi traduites dans les conditions générales prévoient des délais stricts à respecter par l'entreprise d'assurances dans le règlement des sinistres[20]. En cas de non-respect, la législation prévoit des sanctions. Il reste cependant des situations où l'assuré est insatisfait du délai dans lequel son dossier est géré. Diverses causes peuvent être à l'origine du retard. Un motif fréquent de lenteur est la présence de différentes parties à la cause dont les responsabilités respectives doivent être établies et éventuellement réparties. Chaque assureur concerné va en effet désigner son expert. La mission de ces différents experts est de s'accorder sur l'origine et de l'ampleur des dommages.

Un autre motif de retard est l'attente pour que l'entreprise d'assurances obtienne l'autorisation de prendre connaissance du dossier répressif. Or, elle peut avoir besoin du rapport de police pour disposer de certaines informations pertinentes. La loi prévoit expressément que l'entreprise d'assurances peut attendre ce document en cas de soupçon d'acte intentionnel. Par ailleurs, dans la garantie Vol, l'entreprise d'assurances peut toujours attendre de consulter le dossier répressif avant d'indemniser l'assuré[21].

19 - Art. 121, § 2, 2° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 ; *Astuces 2014 Ombudsman des Assurances*, n° 8.
20 - Art. 121, § 2, § 3 et § 7 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
21 - Art. 121, § 3, 2° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

RECOMMANDATION

Laisser un temps de réflexion après l'estimation amiable des dommages

Frappé par un sinistre, le consommateur est souvent assailli par le nombre de démarches qu'il doit entreprendre. Ainsi, il doit penser à prendre des mesures provisoires pour que les dégâts ne s'aggravent pas, demander des devis, conserver les éléments endommagés, prendre des photos permettant de décrire la situation juste après l'évènement accidentel, rassembler des éléments de preuve…

Afin de contribuer à l'évaluation des dégâts et des moyens de réparation, l'entreprise d'assurances délègue en général un expert qui établira un rapport et, souvent à cette occasion, une estimation amiable et contradictoire des dommages. Cependant, il arrive que les négociations entre les assurés et le délégué se passent difficilement. Insuffisamment informés, les assurés évaluent parfois mal le montant des réparations ou l'étendue des dégâts. Or, une fois que la convention de règlement amiable est signée avec l'expert mandaté à cet effet, ce document fait la loi entre les parties. Sur cette base, l'entreprise d'assurances se limitera à exécuter l'accord dans la limite des conditions du contrat. Dès lors, si aucune réserve n'est formulée dans la convention, l'assureur a le droit de s'y tenir sur le plan juridique.

En 2014, à l'instar des années antérieures, l'Ombudsman a reçu de nombreuses demandes d'assurés qui contestent certains postes de l'accord signé, relèvent un oubli, reviennent sur des estimations car ils ne trouvent pas de réparateur pour ce montant…

Avis de l'Ombudsman

Afin d'éviter de telles situations, l'Ombudsman recommande que, dans la procédure d'accord sur l'estimation des dommages, un délai de réflexion soit inséré. Ce délai permettrait de revenir sur les termes de l'accord avant que celui-ci ne soit définitif. A cet égard, l'Ombudsman se réfère au délai de réflexion et de rétractation en matière contractuelle qui existe déjà dans certaines législations et qui est généralement fixé à 14 jours[22].

22 - Notamment art. 57 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 et art. VI.47 du code de droit économique.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

Un regard sur les chiffres

En 2014, l'Ombudsman a reçu 460 demandes d'intervention. Globalement, ce nombre confirme la tendance de 2013. Cependant, l'analyse de la ventilation entre les couvertures spécifiques conclut à une hausse importante des dossiers relatifs au volet Protection Juridique d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile non auto. Cette catégorie représente désormais 40 % de l'ensemble de la branche et devient ainsi la plus importante. Le nombre des dossiers qui portent sur des contrats offrant des garanties étendues est relativement stable. Par contre, la branche Protection Juridique auto enregistre une baisse marquante de 20 %.

En Protection Juridique, le consommateur saisit le plus souvent l'Ombudsman car il est insatisfait de la gestion des sinistres (94 %). Les doléances sont principalement de deux ordres: le refus d'intervention (39 %) et le délai de règlement des dossiers (33 %).

L'entreprise d'assurances refuse de prendre en charge les frais de défense pour différentes raisons. Elle estime que le sinistre est survenu durant le délai d'attente, que l'activité ou le bâtiment sur lequel porte le recours n'est pas couvert par les garanties du contrat, que le montant en jeu est inférieur à celui du seuil d'intervention…

Les raisons du retard apporté au règlement d'un sinistre sont de divers ordres. La lenteur dans la gestion est souvent due à l'attente du dossier répressif mais aussi aux appréciations divergentes de l'assureur et de l'assuré sur les responsabilités ou sur le montant de l'indemnité à réclamer. L'assuré qui n'a pas été tenu informé du suivi de la gestion de son dossier peut aussi ressentir une impression de lenteur.

Alors que l'on pouvait craindre que l'introduction de la TVA sur les honoraires de l'avocat soit source de réclamations, l'Ombudsman n'a enregistré, à cet égard, que très peu de dossiers.

Sur l'ensemble des dossiers qui ont fait l'objet d'une enquête auprès de l'Ombudsman (soit 377), une solution a pu être proposée à 54 % des consommateurs. Ce pourcentage atteint les 60 % en Protection Juridique auto. Dans les garanties **Protection Juridique de base non auto** et auto, lorsque le consommateur est insatisfait du délai de règlement, il obtient gain de cause dans 67 % des cas.

Répartition assurance Protection Juridique	2012	2013	2014
Protection Juridique de base non auto	165	157	183
Protection Juridique auto	190	206	164
Protection juridique étendue	97	105	113
Total	452	468	460

PROTECTION JURIDIQUE

Sous la loupe, trois points d'attention

Lors du cumul des responsabilités contractuelle et extra-contractuelle, les frais de défense font débat

Dans le cadre d'une couverture Protection Juridique en extension d'une garantie Responsabilité Civile Vie privée, les frais de défense principaux que l'entreprise d'assurances prend en charge sont les coûts liés au recours civil basé sur la responsabilité extra-contractuelle du tiers. En principe, l'assureur ne couvre pas les litiges contractuels. Le consommateur, lui, fait difficilement la distinction entre la nature juridique de ces deux recours. Or, dans le cas d'un recours fondé sur la responsabilité professionnelle telle que celle des médecins, entrepreneurs, experts-comptables, tant une faute contractuelle qu'une faute extra-contractuelle peuvent souvent être invoquées. Déjà, dans un rapport précédent, l'Ombudsman a décrit les discussions relatives à cette ambiguïté[23].

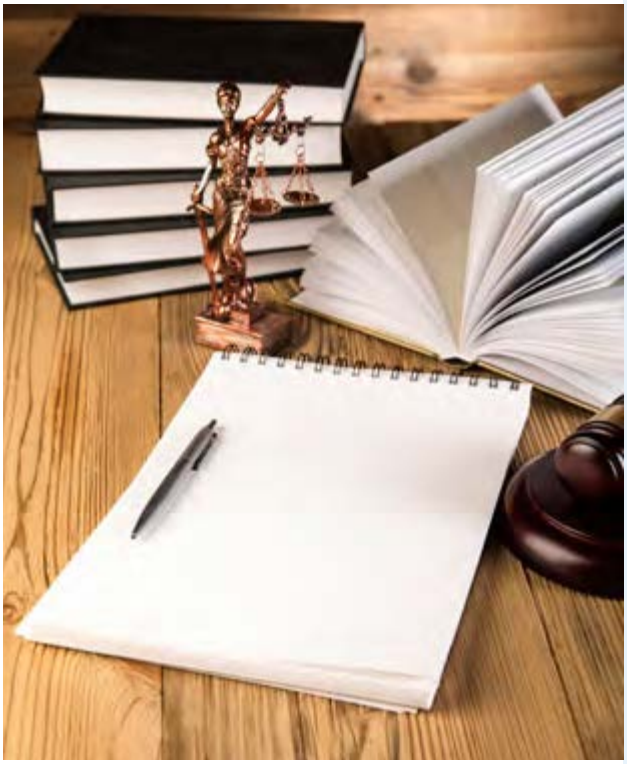
Ainsi, elle a souligné l'importance pour l'entreprise d'assurances de préciser, en toute transparence, la portée de la garantie qu'elle accorde. Sur la base de cet avis, certaines entreprises d'assurances ont mentionné explicitement, dans leurs contrats **RC Vie Privée**, si les litiges suite à une erreur médicale étaient couverts.

Malgré ces mesures, l'Ombudsman a encore reçu des réclamations sur la couverture en cas de cumul de responsabilités en 2014. Elle insiste donc pour que les assureurs mentionnent clairement si, dans le cas du cumul de responsabilités où le volet contractuel est exclu, ils prennent en charge le volet extra-contractuel.

Le délai d'attente du dossier répressif reste une source d'insatisfaction

Les consommateurs saisissent encore régulièrement l'Ombudsman quand ils estiment que le règlement de leur dossier est trop long. C'est principalement dans la garantie Protection Juridique auto qu'ils invoquent cet argument (54 %). A l'analyse, l'Ombudsman constate que l'attente de recevoir l'autorisation du Parquet pour consulter le dossier établi par la police est souvent à l'origine du retard dans la gestion. Depuis des années, ce motif revient de manière répétitive. L'Ombudsman a déjà insisté et insiste encore sur l'importance des démarches entreprises entre le secteur et les pouvoirs judiciaires afin de trouver une voie administrative rapide et simplifiée pour que les entreprises d'assurances aient un accès rapide au dossier répressif[24].

La procédure « papier » d'autorisation de consultation des dossiers répressifs fait l'objet d'un projet qui permettrait de communiquer par voie électronique entre le SPF Justice et les acteurs du secteur. Il devrait se réaliser prochainement. Mais l'accès au contenu du rapport de police constitue une étape supplémentaire dont la réalisation est liée au développement global de l'informatisation de la justice en Belgique.



23 - *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 27.

24 - *Carnet 2009 Ombudsman des Assurances*, p.23; *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p.26; *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances* p.34; *Chiffres et Analyse 2012 Ombudsman des Assurances*, p.30; *Chiffres et Analyse 2013 Ombudsman des Assurances*, p.18.

RECOMMANDATION

Une meilleure communication sur le montant des dépenses

En souscrivant une assurance Protection Juridique, le consommateur attend un appui dans les démarches nécessaires à la défense de ses droits mais également une protection financière par la prise en charge par l'assureur de l'ensemble des frais liés à cette défense. Dans cette branche, 16 % des réclamations sur la gestion des sinistres portent sur le montant d'intervention de l'entreprise d'assurances. Cette intervention n'est pas illimitée. Des discussions portent sur le plafond d'intervention et plus précisément sur le point d'en connaître le montant exact. Pour identifier le montant du plafond d'intervention, il faut se référer aux conditions générales et particulières. De plus, un litige peut relever de plusieurs garanties et les plafonds peuvent varier en fonction de la garantie concernée.

Par ailleurs, les règles de conduite des entreprises d'assurances Protection Juridique prévoient que les assureurs doivent tenir les assurés informés de l'état financier du dossier[25]. Dans les faits, cette information n'est pas toujours transmise à l'assuré. L'assureur en informe parfois uniquement l'avocat chargé du dossier ou le conseiller en assurances. De plus, bien qu'il y ait des frais de défense de nature différente, la communication sur l'aspect financier se limite souvent aux honoraires de l'avocat.

Il arrive donc que l'assuré ne soit pas au courant du montant des dépenses déjà réalisées et soit étonné de devoir supporter lui-même des frais de défense lorsque le plafond d'intervention est déjà atteint. Or, si le consommateur était au courant du solde financier disponible, cette surprise serait évitée car il pourrait évaluer plus adéquatement les mesures qu'il souhaite prendre pour défendre ses intérêts.

Avis de l'Ombudsman

Face à ce manque d'information, l'Ombudsman recommande la stricte application des règles de conduite. En pratique, celles-ci devraient aussi préciser que l'entreprise d'assurances communique automatiquement au consommateur le plafond d'intervention à l'ouverture du dossier et lui transmet un aperçu des frais déjà engagés au moment de la désignation de l'avocat. Lorsque 50 % du plafond sont atteints et ensuite 80 %, il serait utile de donner à l'assuré un relevé de l'ensemble des coûts engagés.

Dans ce même souci de transparence, l'entreprise d'assurances devrait renseigner le consommateur sur le sort de l'indemnité de procédure s'il gagne son procès[26]. Même si elle revient en principe à l'assureur, celui-ci doit l'utiliser par priorité pour apurer les frais qui ont excédé le plafond d'intervention et que l'assuré a supportés.

25 - Règles de conduite de l'assureur de protection juridique, www.assuralia.be/
26 - Voir *Astuces 2014 Ombudsman des Assurances*, n° 10.

SOINS DE SANTÉ

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Un regard sur les chiffres

A la différence de la tendance générale, l'Ombudsman enregistre en 2014 une augmentation de 5 % en assurance Soins de Santé. Cette hausse résulte du nombre élevé de dossiers introduits dans la couverture Revenu Garanti où les réclamations sur le refus d'intervention dans des sinistres représentent 33 %.

Globalement dans la branche Soins de Santé, les demandes relatives aux opérations de production des contrats représentent 35 %. En 2014, l'Ombudsman a enregistré une baisse de 50 % des dossiers relatifs à l'augmentation de la prime. D'autres raisons d'insatisfaction en production sont les difficultés que le consommateur rencontre pour résilier son contrat (27 %) ou pour prolonger de manière individuelle une assurance Maladie liée à l'activité professionnelle (8 %).

Lorsque le consommateur est mécontent de la gestion des sinistres (65 %), il conteste principalement le refus d'intervention (48 %) ou le montant de l'indemnité qui lui est allouée (32 %).

Parmi les demandes introduites auprès de l'Ombudsman, certaines contestations portent sur le refus d'intervention de l'assureur dans les frais de soins de santé car ils sont liés à une affection exclue par les conditions du contrat. Ce type de litige peut être soumis à la **Commission de conciliation Assurance Soins de Santé** créée suite à la **loi Verwilghen** en 2011[27]. Depuis sa création, elle n'a pas encore connu de dossiers. Les entreprises d'assurances orientent de préférence le dossier vers une expertise médicale amiable ou un arbitrage pour trouver une solution au problème soulevé.

En 2014, parmi les 318 dossiers qui ont fait l'objet d'une enquête, 46 % ont trouvé une solution favorable au consommateur. Ce pourcentage inférieur aux autres branches s'explique par le fait que 59 % des dossiers introduits à propos du refus d'intervention et du montant de l'indemnité sont non fondés.

Répartition assurance Soins de Santé	2012	2013	2014
Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle	227	269	268
Revenu Garanti	44	58	82
Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle	93	70	66
Assurance d'Attente	1	3	3
Total	**365**	**400**	**419**

Sous la loupe, trois points d'attention

Lors de la résiliation d'un contrat, une nouvelle couverture n'est pas automatiquement acquise

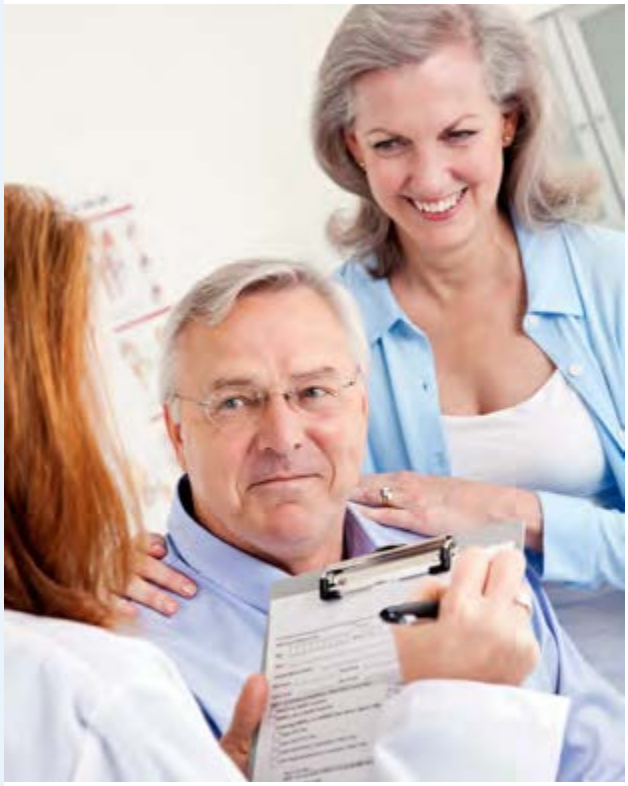
L'Ombudsman est régulièrement saisie par des consommateurs qui rencontrent des difficultés lorsqu'ils ont décidé de changer d'assureur. Attiré par des conditions tarifaires plus avantageuses, des couvertures de garanties plus larges ou simplement l'espoir d'un meilleur service, le consommateur résilie son contrat d'assurance

27 - Art. 206 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

SOINS DE SANTÉ

Soins de Santé auprès de son ancien assureur. Il introduit une demande de couverture après de l'entreprise d'assurances qu'il a sélectionnée pour le futur et est étonné d'être soumis à une procédure d'acceptation. En effet, ce nouvel assureur va couvrir le candidat-assuré tenu compte de l'état de santé dans lequel il se trouve au moment de la conclusion du contrat. Il peut ainsi exclure de la couverture des problèmes de santé existants, alors même que ces soucis étaient couverts par le contrat auprès de l'assureur précédent. En effet, en cours de contrat, un assureur ne peut pas exclure la survenance d'un problème de santé mais il peut refuser de le garantir au moment de l'acceptation de la couverture[28].

A l'occasion de la gestion de ces demandes d'intervention, l'Ombudsman constate que les sociétés mutualistes d'assurance (**SMA**) traitent différemment le candidat-assuré antérieurement couvert au sein d'une **SMA** de celui qui était assuré auprès d'une entreprise d'assurances privée. Dans le premier cas, la **SMA** reprend la couverture et la prolonge sans imposer aucune condition. L'Ombudsman s'interroge sur le caractère discriminatoire de ce traitement différent pour le consommateur.



A partir de 60 ans, quand peut-on bénéficier des indemnités « Revenu Garanti » ?

En 2014, un plus grand nombre d'assurés se sont tournés vers l'Ombudsman, car ils étaient étonnés d'avoir une période d'attente plus longue en raison de leur âge. La plupart des contrats d'assurance offrant la couverture Revenu Garanti prévoient, en effet, une période d'attente d'un mois avant le paiement d'indemnités. Cette période est, en général, portée à un an à partir de l'âge de 60 ans. Cette disposition est souvent méconnue par l'assuré. Il a, à cet âge, tout simplement oublié la limite introduite dans un contrat qu'il a souscrit bien des années plus tôt ! L'Ombudsman a également constaté à l'analyse des dossiers que l'articulation entre les conditions générales et particulières était parfois défaillante et par conséquent appliquer un délai d'attente porté à un an était discutable. Dans certains dossiers, la contestation porte sur le fait que le traitement ne se réalise qu'après les 60 ans de l'assuré notamment parce qu'il était sur une liste d'attente de soins alors que l'affection était née avant le cap de la soixantième année. Dans ces cas, en collaboration avec l'entreprise d'assurances, l'Ombudsman a recherché une solution équitable.

Les conventions entre l'INAMI et les hôpitaux ne sont pas sans conséquence pour le patient !

L'Ombudsman a reçu différentes réclamations suite au refus de l'entreprise d'assurances de prendre en charge les frais d'hospitalisations couvertes antérieurement dans le cadre du code INAMI « mini-forfait ». En effet, depuis le 1er janvier 2014, la convention nationale a prévu la suppression de la couverture « mini-forfait » de l'intervention des mutualités[29]. Dans les faits, cette annulation entraîne le refus d'intervention de l'assureur car ce traitement médical ne peut être assimilé à un cas d'hospitalisation. Sur cette base, il refuse de rembourser les frais qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle. L'INAMI s'est rendu compte des effets collatéraux de la suppression du « mini-forfait » et a, par une circulaire du 24 mars 2014, rectifié la situation. Face à ce revirement, les entreprises d'assurances ont revu leur position.

28 - Art. 206 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
29 - Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, conclue le 29 novembre 2013, www.inami.be/

VIE

ASSURANCE VIE

Un regard sur les chiffres

En 2014, l'Ombudsman enregistre une baisse de 7 % du nombre des demandes qui portent sur l'assurance Vie. Cette diminution résulte principalement d'un nombre nettement moins élevé de dossiers en **Branche 23** (- 58 %) et en assurance Groupe (- 26 %).

Par contre, pour les produits d'assurance **Vie Branche 21** avec un volet épargne, le nombre des réclamations augmente de 10 %. Cette augmentation porte essentiellement sur les opérations de liquidation des contrats à l'échéance ou en cas de décès. Ces dossiers représentent 41 % de cette branche et touchent plus particulièrement les produits classiques et les assurances **Universal Life**. Dans ces cas, l'Ombudsman est saisie par les assurés qui s'inquiètent de la lenteur de la liquidation du contrat, de l'absence de réponse à des demandes d'information, du montant du capital qui leur sera versé ou du refus de l'assureur d'exécuter le versement.

En assurance Solde restant dû, le nombre des demandes d'intervention s'élève à plus d'une centaine et reste dans la tendance de 2013.

La baisse marquante dans les produits de la **Branche 23** s'explique principalement par la reprise des marchés financiers et une meilleure connaissance par les consommateurs du risque inhérent au produit. En effet, à la suite de la crise financière, le secteur et les autorités de contrôle ont mis l'accent sur les nécessités de communication et de transparence sur les caractéristiques des produits. Ceux-ci sont actuellement vendus avec l'appui d'une fiche d'information qui en souligne les aspects techniques et met l'accent sur le facteur de risque qu'ils représentent.

En assurance Groupe, la baisse ramène le nombre de dossiers à celui enregistré en 2012. En 2013, la hausse trouvait son origine dans les modifications fiscales importantes qui sont actuellement mieux connues.

Parmi les 338 dossiers dont l'enquête est clôturée, le consommateur a reçu une réponse favorable dans 46 % des cas. Mais, lorsqu'il est insatisfait de la communication ou du délai de liquidation du contrat, la demande de l'assuré ou du bénéficiaire est plus souvent fondée, comme c'était déjà le cas les années antérieures.

Répartition assurance Vie	2012	2013	2014
Branche 21	350	370	388
- Classique / Universal Life	232	233	257
- Solde restant dû	90	111	106
- Assurance Funérailles	28	26	25
Assurance Groupe	55	78	58
Garanties complémentaires ACRI/ACRA[30]	22	27	35
Branche 23	81	69	29
Emprunt hypothécaire	13	20	14
Total	**521**	**564**	**524**

30 - ACRI : assurance complémentaire contre le risque d'invalidité ; ACRA : assurance complémentaire contre le risque d'accident.

VIE

Sous la loupe, trois points d'attention

38 % des demandes portent sur le délai lors de la liquidation du contrat

Lors de la liquidation de contrats d'assurance Vie à l'échéance, de nombreux bénéficiaires s'adressent à l'Ombudsman. Les sources de difficultés qu'ils rencontrent sont diverses. De manière générale, le consommateur se tourne vers des produits d'assurance Vie pour placer son épargne. Dans cette idée, il s'attend à voir gérer les opérations du contrat d'assurance de la même manière que des produits financiers d'épargne souscrits auprès d'un organisme bancaire. Or, les contrats prévoient certaines formalités à respecter comme par exemple l'attestation de vie, le certificat de décès, l'identification des bénéficiaires… Cependant, la loi ne stipule aucun délai dans lequel le paiement du capital doit s'effectuer. Saisie de telles doléances, l'Ombudsman va analyser le dossier en appréciant les délais sous l'angle du temps raisonnablement nécessaire à la réalisation des différentes étapes liées à la liquidation du contrat. Dans deux tiers de ces dossiers, les négociations ont abouti à une solution amiable.

Lors de la liquidation du contrat, d'autres difficultés peuvent également surgir. Ainsi, il arrive que le consommateur ne sache plus à quelle entreprise d'assurances il doit s'adresser pour obtenir le paiement du capital qui lui revient. En général, les contrats d'assurance Vie sont des polices de longue durée. Or, ces dernières années, dans le secteur, différentes fusions et acquisitions de sociétés ou reprises de portefeuilles d'assurances ont eu lieu et parfois même ces opérations se sont réalisées de manière successive de telle sorte que le consommateur n'identifie plus l'assureur qui gère son contrat au moment de la liquidation.

Ce volet a déjà fait l'objet d'une recommandation de l'Ombudsman en 2012[31]. Son souhait était que les autorités de contrôle, la Banque nationale et la **FSMA**, ainsi qu'**Assuralia** publient les données utiles sur les changements de portefeuille afin de permettre au consommateur d'identifier l'entreprise d'assurances qui détient son contrat.

L'entreprise d'assurances doit prouver que le contrat a été liquidé

Lorsque le consommateur interroge l'entreprise d'assurances gestionnaire du contrat dont il est bénéficiaire, elle lui répond dans certains cas qu'elle ne trouve aucune trace de cette police d'assurance Vie dans sa base

de données. Ce cas de figure se présente le plus souvent après un décès. En effet, les héritiers découvrent dans les papiers du défunt les documents originaux d'une police d'assurance. L'entreprise d'assurances interrogée qui ne retrouve trace du dossier estime soit que le contrat a dû

31 - *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances*, p. 61.

être liquidé entre-temps soit que la réserve financière de cette police devait être négative car le preneur n'avait payé que quelques primes. Sur cette base, elle refuse tout paiement de capital. Dans les faits, l'entreprise d'assurances ne dispose généralement d'aucun document permettant de prouver ses allégations. Elle n'est légalement

tenue de conserver les documents que durant un délai de cinq ans après les opérations de liquidation[32]. Lors d'un décès, le capital du contrat peut être réclamé durant un délai de trois ans après la date de la disparition. Par ailleurs, en cas de vie, le versement du capital peut être exigé durant 30 ans après l'échéance du contrat[33].

Selon les principes généraux, il appartient à l'entreprise d'assurances qui invoque qu'elle ne doit plus aucune prestation d'en rapporter la preuve. Le simple fait de ne pas retrouver de trace du contrat dans la banque de données informatiques n'est pas une preuve pertinente et suffisante à l'encontre de bénéficiaires d'un contrat qui en détiennent l'original. En effet, l'assureur doit apporter des éléments de preuve, par exemple que la police a été liquidée dans le passé, qu'il dispose d'une déclaration de perte signée par le preneur d'assurance, qu'il a adressé une lettre recommandée annonçant la réduction du contrat… Pour des raisons de coûts élevés de classement et de conservation, ces documents ne peuvent fréquemment pas être produits. Sur le plan juridique, l'entreprise d'assurances peut, dans ce cas, difficilement refuser un paiement si la demande n'est pas prescrite.

Des discussions sur la clause bénéficiaire…

L'Ombudsman est de plus en plus souvent saisie de discussions relatives à la clause du contrat qui en désigne le bénéficiaire. Ainsi, elle reçoit des questions telles que: puis-je être bénéficiaire à la place de mon père désigné bénéficiaire mais qui est décédé entre-temps? Quelles sont les conséquences de mon divorce? Est-il normal que je ne puisse désigner un autre bénéficiaire car le premier bénéficiaire nommé a accepté explicitement le bénéfice du contrat? J'ai souscrit un contrat d'épargne en faveur de ma fille afin qu'elle dispose d'un capital à ses 17 ans pour financer l'apprentissage à la conduite d'un véhicule; pourquoi ne peut-elle disposer de cette somme alors qu'elle a 17 ans? La nouvelle loi sur l'assurance répond à cette dernière question en prévoyant explicitement que tant que le bénéficiaire n'a pas atteint sa majorité, les capitaux doivent être virés à un compte bloqué[34].

Sur le plan technique, la majorité des doléances sont non fondées. Cependant, l'analyse de ces réclamations souligne l'importance qui doit être accordée à la formulation de la clause bénéficiaire et à son suivi durant la vie du contrat.

32 - Art. 80, **A.R. Vie**.
33 - Art. 88 §1er de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
34 - Art. 68 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

VIE

Un grand pas en avant en assurance Solde restant dû

En 2014, l'Ombudsman a été à nouveau saisie d'une trentaine de demandes portant sur les difficultés de souscrire une assurance Solde restant dû. Le consommateur s'étonne du montant de la surprime qui lui est réclamé et trouve que ce montant ne peut pas être justifié par le risque plus élevé de décès qui résulte de son état de santé.

Ces demandes d'intervention ont surtout été introduites durant les derniers mois de l'année. C'est, certainement, la conséquence de l'annonce dans les médias de la mise en vigueur d'un nouveau système de solidarité repris dans la loi dite Partyka[35].

Depuis 2012, les entreprises d'assurances membres d'**Assuralia** avaient pris certaines dispositions pour alléger la surprime en la limitant à 200 %[36]. Ces dispositions sont reprises dans un code de bonne conduite qui malheureusement est peu connu du grand public et même souvent ignoré par les gestionnaires des entreprises d'assurances. Lorsque l'Ombudsman a connu de tels dossiers, elle a demandé l'application de ce code de bonne conduite pour obtenir que l'entreprise d'assurances limite la surprime demandée au consommateur à 200 %.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi Partyka, ces dossiers peuvent, sous certaines conditions, dorénavant être soumis à l'analyse du Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû[37].

35 - 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, reprise par les art. 212 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

36 - 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, 2012, non publié.

37 - Voir infra p. 32.

CHAPITRE 3

L'année 2014 pour les intermédiaires en assurances

Un regard sur les chiffres

En 2014, l'Ombudsman a reçu 570 demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires en assurances, soit une hausse de 6 % (34 dossiers) par rapport à 2013. Cependant, grâce au contact de proximité que l'intermédiaire en assurances entretient avec son client, le nombre d'insatisfactions reste relativement bas. Leur relation proche et interactive permet de personnaliser la communication avec le consommateur dans le choix et la gestion de ses assurances.

2012	2013	2014
488	536	570

+ 6%

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

L'Ombudsman est toutefois saisie par le consommateur qui reproche à son conseiller en assurances de ne pas l'avoir bien assisté et informé lors de la souscription du contrat.

Sous l'angle des branches pour lesquelles les demandes d'intervention sont introduites, l'Ombudsman constate que la majorité des dossiers concernent les branches Auto, Vie et Incendie. Ensemble, ces trois branches représentent plus de 65 % des réclamations à l'encontre des intermédiaires.

Dans la branche Auto, ce sont principalement les contrats d'assurance RC obligatoire qui sont source d'insatisfaction. En 2014, la croissance est de 14 %. Les motifs de mécontentement concernent, dans 75 % des cas, les opérations de production. Le consommateur se plaint du conseil qu'il a reçu lors de la souscription du contrat. Il estime que la recommandation de l'intermédiaire était inadéquate, qu'il a été induit en erreur ou simplement qu'il n'a pas reçu d'informations suffisantes.

Répartition par branche d'assurance	2012	2013	2014
Auto	108	127	143
Vie	109	115	142
Incendie	88	108	94
Soins de Santé	40	49	48
Protection Juridique	25	40	35
Tous risques (bijoux, GSM, PC, animaux domestiques...)	46	17	33
RC diverses	16	22	24
Individuelle Accidents	8	8	16
Divers (transport, crédit, non précisé)	28	34	15
Annulation	14	7	14
Assistance	5	8	6
Accidents du Travail	1	1	0
Total	488	536	570

En branche Vie, la hausse est de 23 %. Les demandes d'intervention portent principalement sur des produits émis par des entreprises d'assurances établies en Belgique alors que, suite à la crise financière, l'Ombudsman avait enregistré de nombreuses plaintes pour des produits de placement étrangers. Les motifs de mécontentement sont divers. Le consommateur estime ne pas avoir été informé à suffisance du risque lié au produit souscrit. Lors d'un rachat anticipé, il reproche au conseiller de ne pas avoir été informé des frais liés à cette opération. Dans d'autres cas, alors qu'il est âgé de plus de 65 ans, il conteste le conseil qui lui a été donné de souscrire un produit sans capital garanti. Enfin, dans les assurances Funérailles, il s'étonne du montant du capital qui sera versé au regard de la somme des primes qu'il paie.

En branche Incendie, le nombre de dossiers a globalement diminué malgré une légère hausse dans la garantie Tempête suite à des réclamations pour le règlement de sinistres dus aux intempéries exceptionnelles. L'assuré a l'impression d'être trop peu soutenu dans ses démarches ou critique le montant de l'indemnité. Ces reproches sont souvent liés à l'impatience qu'il a de retrouver une situation normale. L'Ombudsman a, dans la plupart des cas, clôturé son enquête en estimant la réclamation non fondée.

Globalement, lorsqu'un consommateur s'est plaint à l'encontre d'un intermédiaire en 2014, sa demande est justifiée dans 60 % des cas. Plus précisément, en assurance **RC Auto** obligatoire, 54 % des dossiers relatifs aux opérations de production sont fondés et en assurance Vie, 62 % des dossiers ont trouvé une issue favorable. Parmi les demandes introduites à l'encontre d'un intermédiaire gérant un sinistre au nom et pour le compte de l'entreprise d'assurances, 61 % des requêtes ont abouti favorablement pour le plaignant.

Sous la loupe, trois points d'attention

Les incidences de la nouvelle réglementation TWIN PEAKS II

La nouvelle réglementation **Twin Peaks II** pour la distribution de produits d'assurance, introduit, dans le secteur de l'assurance, les règles **MiFID** qui étaient antérieurement uniquement d'application au niveau bancaire[38]. Ces législations ont pour objectif de mieux protéger le consommateur et d'avoir des règles équivalentes pour les produits d'assurance et les produits bancaires. Cette législation impose de nouvelles exigences pour les intermédiaires et les entreprises d'assurances. Si l'une des obligations n'est pas respectée, le lien avec le dommage réclamé par le consommateur est présumé. Cette présomption peut cependant être renversée. L'intermédiaire devra donc redoubler de vigilance pour apporter la preuve qu'il a bien donné toutes les informations et le bon conseil personnalisé sur le choix et les caractéristiques d'un produit en tenant compte des exigences et des besoins du consommateur. Sur ce dernier point, l'analyse des réclamations montre qu'il peut parfois y avoir un écart entre les besoins objectifs du consommateur et ses exigences. Il faudra que le conseiller en assurances consigne sur un support durable ce type de divergence afin de se protéger contre des recours éventuels. Dans le vécu journalier, la mise en œuvre des réglementations **Twin Peaks II** est complexe et peut même conduire à des situations disproportionnées[39]. Une différence fondamentale doit être opérée entre les produits financiers et d'épargne d'une part et les contrats Non Vie d'autre part. L'autorité de contrôle a confirmé cette approche.

Des discussions sur l'identité du conducteur habituel

En **RC Auto**, l'Ombudsman a souvent reçu des dossiers dans lesquels la contestation est liée à la qualité de conducteur principal ou habituel du véhicule. Parmi les critères repris pour fixer le montant de la prime du contrat, le profil de risque que présente le conducteur est essentiel. Il est donc important que le conducteur principal soit renseigné correctement[40]. Mais, dans les faits, il est fréquent de constater une discordance entre les mentions du contrat et la réalité. C'est, en général,

38 - Voir infra p. 33.
39 - Hans Housen, « Twin Peaks II à l'affiche », *Le Monde de l'assurance,* Kluwer, 3 décembre 2014, p. 31.
40 - Voir supra, p. 13.

à l'occasion d'un sinistre que l'entreprise d'assurances découvre l'identité exacte du conducteur habituel. Si au moment de l'accident, le conducteur du véhicule est le conducteur habituel ou principal et qu'il n'est pas mentionné intentionnellement en cette qualité dans le contrat, l'entreprise d'assurances demande le remboursement des indemnités payées et annule le contrat sans remboursement de primes[41].

A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman rencontre bien des obscurités sur le contenu des échanges tenus lors de la conclusion du contrat. Même lorsque le consommateur a signé la demande de couverture qui ne mentionne pas correctement le conducteur habituel, il conteste avoir été suffisamment informé des conséquences de cette omission. Dans certains cas, l'intermédiaire prétend, lui, ne pas avoir reçu les informations pertinentes et n'avoir pu dès lors donner un conseil avisé. Or, la loi impose au candidat-assuré de déclarer spontanément toutes les informations susceptibles d'influencer l'évaluation du risque par l'assureur[42]. Dans le contrat d'assurance, celui qui est désigné comme conducteur occasionnel ne peut pas être dans les faits le conducteur principal ou habituel du véhicule. Afin de se protéger contre d'éventuels griefs, il est important pour l'intermédiaire de consigner sur un support durable les éléments sur la base desquels il a conseillé le contrat. Afin d'éviter certaines difficultés, il serait utile que les entreprises d'assurances définissent plus explicitement les notions de conducteur habituel, principal et occasionnel.

Des intermédiaires gèrent les sinistres en lieu et place de l'entreprise d'assurances qu'ils représentent

Parmi les demandes d'intervention suite à un sinistre, près de 14 % des dossiers sont introduits à l'égard d'un nombre restreint d'intermédiaires qui agissent au nom et pour compte d'une entreprise d'assurances. Ce type de réclamations a augmenté de 50 % en 2014 principalement en raison de réclamations pour une série de produits d'assurance spécifiques comme les contrats d'assurance Annulation vacances et surtout les polices d'assurance Tous Risques qui couvrent les GSM ainsi que celles qui couvrent les frais de soins d'animaux domestiques. Ces intermédiaires en assument entièrement la gestion. En effet, ils règlent les sinistres mais gèrent aussi les conditions de couverture. A l'analyse de ces

réclamations, l'Ombudsman a dû constater l'absence de suivi des déclarations de sinistre, la non-justification du refus d'intervention dans les dossiers et tout simplement des difficultés de communication et d'accès à ces sociétés. De plus, elle a découvert, pour l'un de ces produits, qu'une série de dossiers étaient réglés sur la base de conditions générales dont les textes en français et néerlandais étaient différents, et dans certains cas même, plusieurs clauses étaient contraires aux prescrits de la loi relative aux assurances. L'Ombudsman a communiqué ces irrégularités aux autorités de contrôle.

41 - Art. 59 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
42 - Art. 58 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

2014 une année riche en législations

Une nouvelle loi relative aux assurances

Une nouvelle loi relative aux assurances est entrée en vigueur en 2014[43]. Elle poursuit un double objectif: la codification des lois existantes et le renforcement de la protection des consommateurs en matière d'assurance. Sans vouloir être exhaustif, il faut souligner certaines dispositions qui apportent une réponse à des motifs d'insatisfaction. Ainsi, la loi impose que les contrats soient rédigés de manière claire et précise. En cas de doute sur la portée des dispositions contractuelles, celles-ci doivent être interprétées en faveur des consommateurs[44]. Le législateur transpose ainsi, dans le secteur des assurances, un principe général de droit civil relatif aux contrats d'adhésion. Quant aux publicités, elles doivent répondre à des exigences de forme[45]. Si la communication a un caractère promotionnel, il doit ressortir clairement. C'est ainsi qu'en assurance Vie, les communications publicitaires sur les participations bénéficiaires doivent éviter, par leur rédaction, d'induire de faux espoirs aux consommateurs[46].

Afin que la prime corresponde le plus exactement au profil du risque à couvrir, les entreprises d'assurances appliquent généralement une politique de segmentation liée à la technique de l'assurance. Cette politique peut, dans certains cas, être favorable au consommateur. En effet, par le fait de mieux cibler les risques, certains paieront un prix plus juste. Par contre, d'autres présentant un risque plus important devront payer une prime plus lourde voire être exclus. Afin d'éviter toute discrimination, le législateur ne s'oppose pas au principe de la liberté de contracter mais il y met un frein en imposant une plus grande transparence[47]. En effet, si une entreprise d'assurances refuse d'octroyer une couverture ou applique des conditions plus sévères sur l'étendue des garanties ou du tarif, elle doit justifier objectivement sa décision. De même, elle doit expliquer les raisons pour lesquelles tout critère à la base de la segmentation est utilisé, ce qui permettra d'identifier si l'objectif qu'elle poursuit est légitime.

La création du Bureau du suivi de tarification assurance solde restant dû

L'année 2014 est celle de la concrétisation législative de l'accès à l'assurance Solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru[48] et, par la même occasion, l'aboutissement d'une recommandation formulée en 2008[49]. En effet, l'Ombudsman avait appelé à trouver une réponse structurelle aux difficultés rencontrées par les consommateurs ayant un problème de santé. Leur santé déficiente était un obstacle à la souscription d'une assurance Solde restant dû et par là à un prêt hypothécaire leur permettant d'acquérir leur habitation propre.

La loi organise l'accès à cette assurance afin que les conditions de couverture soient acceptables pour le

43 - Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
44 - Art. 23 de la. loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
45 - Art. 28 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
46 - Art. 35 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
47 - Art. 42 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
48 - Art. 212 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 et A.R. du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, *M.B.*, 10 juin 2014.
49 - *Carnet 2007 Ombudsman des Assurances*, p. 121

consommateur. A cet effet, elle instaure un Bureau du suivi de la tarification dont la mission principale est de vérifier si la surprime demandée ou le refus de couverture est légitime d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance. Le support administratif de ce bureau est confié au Service Ombudsman[50].

La loi prévoit également l'instauration d'une caisse de compensation qui va prendre en charge la partie excédant la surprime de 125 %. Grâce à cette intervention législative, le consommateur ne devra plus, sous les conditions prévues, supporter la partie dépassant ce plafond.

La loi Twin Peaks II

Dans le même but de préserver les intérêts du consommateur, le législateur a adopté la loi dite « **Twin Peaks II** » dont le champ d'application est très étendu. Les mesures d'exécution de cette législation sont, en grande partie, entrées en vigueur le 30 avril 2014 non sans des difficultés pratiques conséquentes. Cette législation poursuit deux objectifs principaux: l'un vise à une cohérence transversale des règles visant la protection des utilisateurs de produits et services financiers et l'autre à renforcer l'efficacité du contrôle et par là des compétences nécessaires de la **FSMA**.

Dans le but de protéger le consommateur, les règles de conduite **MiFID** sont étendues au secteur de l'assurance. Les dispositions ont notamment trait aux informations précontractuelles qui doivent être transmises au candidat-assuré. Lorsque le contrat d'assurance est une assurance d'épargne ou d'investissement, des exigences spécifiques supplémentaires sont requises. Les nouvelles exigences sont lourdes et leur application fait l'objet de controverses[51].

A la lumière de la gestion des réclamations, l'Ombudsman souligne un régime allégé de la charge de la preuve pour le consommateur d'une erreur, d'une omission ou d'une négligence du professionnel de l'assurance. Dorénavant, il existe, dans certains cas, une présomption du lien de causalité entre le dommage subi par le consommateur et l'absence du respect de certaines obligations. Le professionnel pourra cependant renverser cette présomption en rapportant les éléments pour établir qu'il n'a pas commis de faute.

Le Service de médiation pour le consommateur

La transposition en droit belge de la directive européenne sur les **ADR** ainsi que la volonté de faciliter l'accès du consommateur insatisfait à une solution amiable, rapide et sans frais lors d'un litige, ont amené le législateur à créer un Service de médiation pour le consommateur[52]. Tout consommateur insatisfait pourra s'adresser à partir du 1er juin 2015 à ce guichet unique qui l'orientera vers l'entité qualifiée compétente pour traiter son problème. En l'absence d'entité pouvant gérer le litige, ce service prendra lui-même en charge le traitement du dossier. L'Ombudsman des Assurances participe activement au sein de ce nouveau service en siégeant dans le comité de direction.

50 - Art. 302 §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
51 - Voir supra p. 30.
52 - Livre XVI du Code du 28 février 2013 de droit économique, inséré par la loi du 4 avril 2014 portant insertion du Livre XVI, « Règlement extrajudiciaire des litiges de consommations » dans le Code droit économique, *M.B.*, 12 mai 2014.

Réseaux

DANS LE MONDE

The INFO Network (International Network Financial services Ombudsman Schemes)

www.networkfso.org

EN EUROPE

Réseau FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)

www.ec.europa.eu/fin-net

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

Allemagne	Espagne	Hongrie	Lituanie	Pologne
Autriche	Estonie	Irlande	Luxembourg	Portugal
Belgique	Finlande	Islande	Malte	République tchèque
Croatie	France	Italie	Norvège	Royaume-Uni
Danemark	Grèce	Liechtenstein	Pays-Bas	Suède

EN BELGIQUE

CPMO (Concertation permanente des Médiateurs et Ombudsmans)

www.ombudsman.be

Belmed (plate-forme en ligne du SPF Economie pour le règlement alternatif des litiges)

www.belmed.fgov.be

Service de médiation pour le consommateur

North Gate II
Boulevard du Roi Albert II, 16
1000 Bruxelles

www.mediationconsommateur.be

L'équipe de l'Ombudsman

Ombudsman:

Josette Van Elderen

Conseillers:

Magali André
02/547 57 80

Hans Claes
02/547 58 73

Patricia De Jaegher
02/547 58 72

Céline Paque
02/547 58 69

Nathalie Peetroons
02/547 58 74

Sylvie Scheerlinck
02/547 58 76

Guido Schmitz
02/547 58 68

Roselinde Sneyers
02/547 58 75

Vincent Théate
02/547 58 79

Marie Vermeiren
02/547 57 79

Organisation du Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû:

Siemon Crosiers
02/547 57 70

Secrétariat:

Valérie Saussez
02/547 58 71

Françoise Vanhee
02/547 58 77

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 de fixer la prime du contrat individuel en fonction de l'âge lors de la souscription à l'assurance d'Attente ou d'obtenir une réduction.

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.

Commission de conciliation Assurance Soins de Santé :

Organisme compétent pour les contestations relatives à une exclusion reprise dans les conditions particulières d'une assurance Hospitalisation. Cette commission composée paritairement de représentants des consommateurs et des entreprises d'assurances est chargée de tenter de trouver une solution amiable en formulant une proposition pour concilier le consommateur et l'assureur.

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, de veiller sur les marchés financiers et au traitement loyal du consommateur financier.

Loi Verwilghen :

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. Cette loi a été complétée par la loi dite de « réparation » du 17 juin 2009 (*M.B.* 8 juillet 2009).

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.

Protection Juridique de base non auto :

Protection juridique qui peut être comprise dans des contrats d'assurance Responsabilité Civile (comme RC Vie Privée, RC 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, fichier géré par **Datassur**.

SMA :

Société mutualiste d'assurance. Ces sociétés ont été créées car, depuis le 1er janvier 2012, les assurances Hospitalisation complémentaires ne peuvent plus être proposées par les mutualités. Celles-ci interviennent depuis lors comme intermédiaires en assurances pour les SMA.

Twin Peaks II :

Lois des 30 et 31 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 ; A.R. du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, *M.B.*, 7 mars 2014 ; A.R. du 21 février 2014 relatif aux règles de conduite et aux règles relatives à la gestion des conflits d'intérêts, fixées en vertu de la loi, en ce qui concerne le secteur des assurances, *M.B.*, 7 mars 2014 ; A.R. du 21 février 2014 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 7 mars 2014 ; A.R du 25 avril 2014 imposant certaines obligations en matière d'information lors de la commercialisation de produits financiers auprès des clients de détail, *M.B.*, 12 juin 2014. Cette législation est également appelée « AssurMiFID ».

Universal Life :

Assurance vie flexible dans laquelle le preneur d'assurance dispose de la liberté de verser la prime qu'il veut, quand il veut et dans laquelle le taux d'intérêt n'est pas garanti pour les primes futures.

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 :

www.belmed.fgov.be

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 2014 est 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/2015/0377-3

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