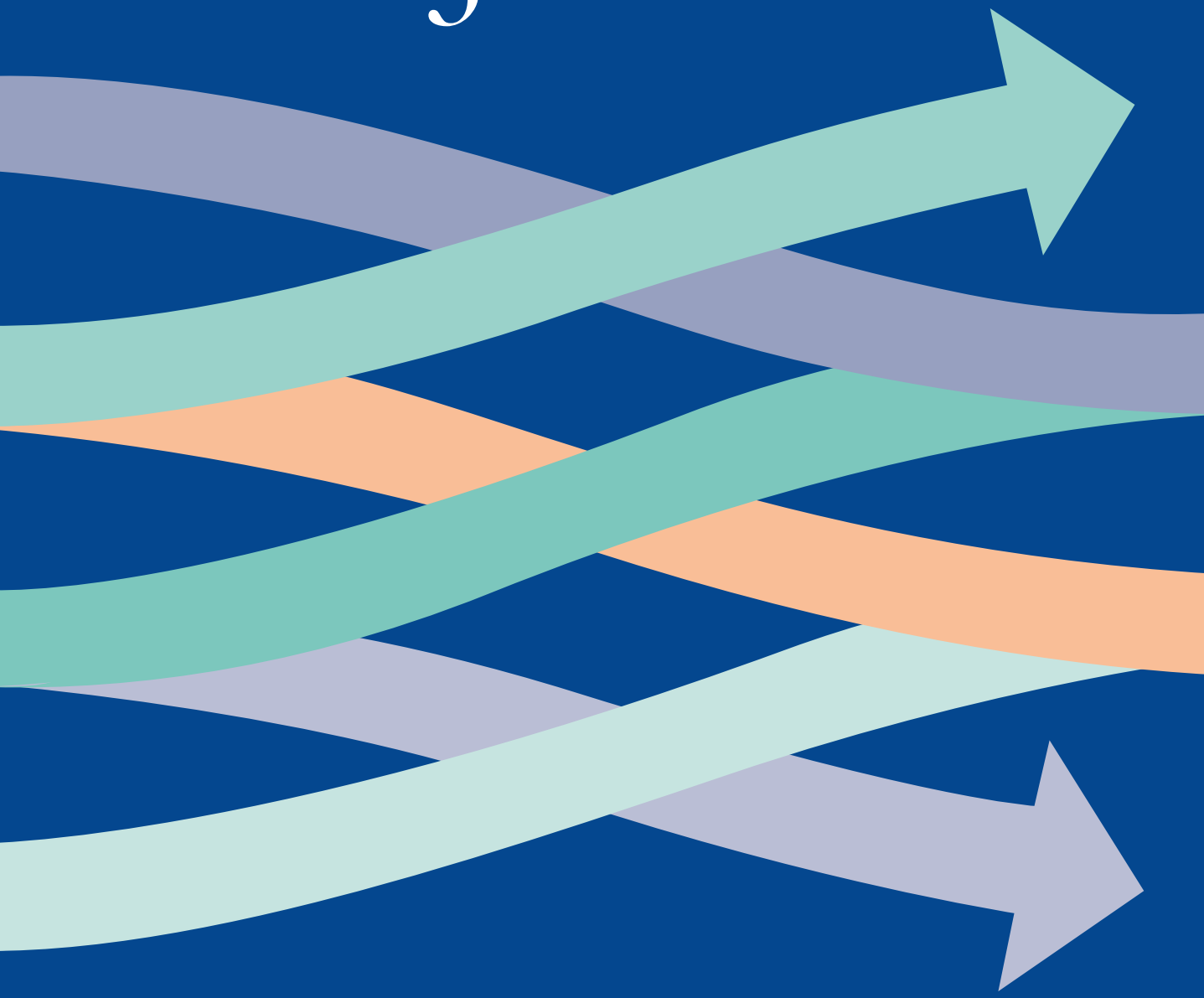
Chiffres et Analyse

2015



OMBUDSMAN DES ASSURANCES

2015
en quelques chiffres-clés

5 171 demandes d'intervention

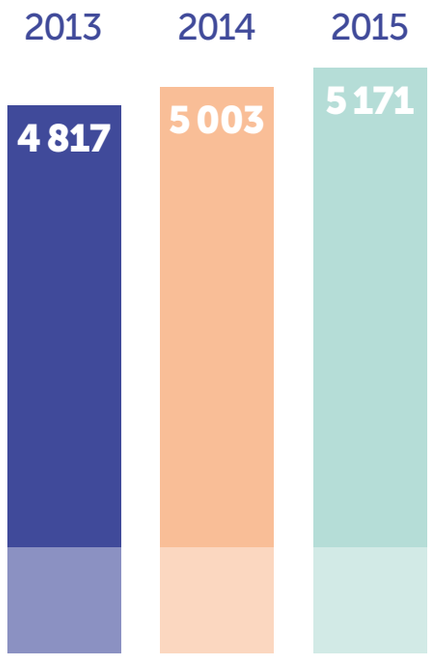
- **789** demandes renvoyées en 1° ligne
- **4 382** demandes analysées
  - Recevables
    - **3 268** enquêtes
      - 1544 solutionées
      - 1439 non-fondées
      - 285 en cours (au 31-01-2016)
    - **698** demandes d'information
  - Non-recevables
    - **416**
      - 253 hors compétence
      - 163 autres services de médiation

2983 enquêtes clôturées

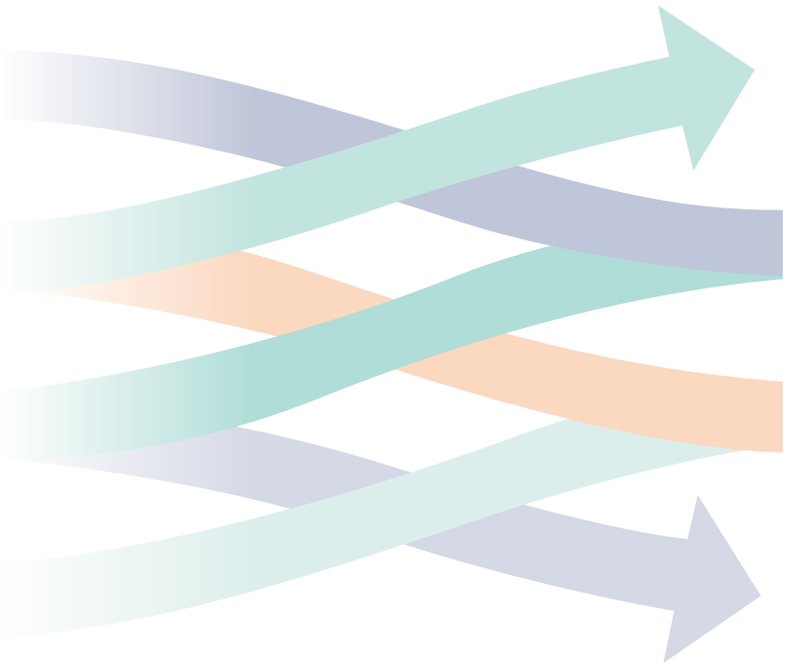
Dans **52%** une solution est proposée

Dans **99%** des cas, la solution est acceptée par l'assureur

Répartition entre les acteurs du secteur



Évolution des demandes d'intervention



63% des demandes ont fait l'objet d'une enquête

Attention : nouvelle approche des chiffres

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

CHIFFRES ET ANALYSE 2015

Préface 3

Aperçu de l'activité 2015 4

- Combien de demandes d'intervention ? 5
- Répartition entre les acteurs du secteur 6
- Répartition par branche 8
- Provenance des demandes d'intervention 9
- Solutions apportées aux demandes 10

L'année 2015 pour les entreprises d'assurances 12

- Assurance Auto 14
- Assurance Incendie 17
- Assurance Protection Juridique 20
- Assurance Soins de Santé 22
- Assurance Vie 26

L'année 2015 pour les intermédiaires en assurances 30

- Un regard sur les chiffres 31
- Sous la loupe, trois points d'attention 32

Réseaux 34

L'équipe de l'Ombudsman 35

Informations générales : budget et délais 36

Glossaire 37

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

Préface

En 2015, l'Ombudsman a enregistré 5 171 demandes d'intervention. Ce nombre traduit une légère augmentation de 3 % par rapport à 2014. Cette situation est la balance d'une hausse des dossiers dans les branches Vie, Annulation, Assistance et Soins de Santé et d'une nette baisse dans la branche Protection Juridique. Globalement, en 2015, dans 52 % des cas qui ont fait l'objet d'une analyse et d'une négociation, le consommateur a obtenu une solution.

Les demandes en branche Vie à l'encontre des entreprises d'assurances ont nettement augmenté. Le contexte économique marqué par des taux d'intérêt bas a incité de nombreux consommateurs à renégocier leurs emprunts hypothécaires. Trop souvent dans les refinancements, les conditions du crédit font l'objet de toute l'attention alors que le volet assurance est négligé. Par la suite, la couverture de l'assurance Solde restant dû est source de difficultés dont l'Ombudsman est saisie. Par ailleurs, la mise en application de la législation sur l'accès à l'assurance Solde restant dû pour les personnes atteintes d'un risque de santé aggravé a entrainé un nombre supérieur de dossiers introduits auprès de l'Ombudsman. Tous n'ont pas pu être transmis au Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû car la demande ne rentrait pas dans les critères d'application de cette nouvelle législation.

Le nombre des demandes dans les branches Annulation et Assistance a augmenté tant à l'égard des entreprises d'assurances que des intermédiaires. Ceci témoigne d'un besoin pour les consommateurs de se protéger contre les aléas liés à la réservation d'un voyage ou contre les incidents qui peuvent survenir au cours de leur séjour. Les insatisfactions portent principalement sur le refus d'intervention de l'assureur.

A l'analyse des griefs formulés à l'encontre des intermédiaires en assurances, l'Ombudsman relève 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 des sinistres.

En 2015, l'Ombudsman constate que les résiliations des contrats sont encore source de difficultés dans toutes les branches. Plus précisément, en assurance Soins de Santé, même lorsqu'elles sont légalement autorisées, les résiliations initiées par les entreprises d'assurances sont source de mécontentements. La nécessité de couvrir les frais liés au risque d'hospitalisation est bien comprise par les consommateurs. Malheureusement, ils peuvent rencontrer des difficultés dans le paiement de la prime ou s'inquiéter face aux majorations des tarifs. L'augmentation des primes dans cette branche est encadrée par la loi et nécessite une autorisation des autorités de contrôle si elle excède l'index. Afin d'éviter des contestations et par là des plaintes auprès de son service, l'Ombudsman recommande une publicité des autorisations de hausse de tarif par les autorités de contrôle ainsi qu'une mention sur les quittances renvoyant vers ces accords.

Les délais de règlement restent un des motifs principaux d'insatisfaction lors de la gestion d'un sinistre. Plus particulièrement, en branche Vie, l'Ombudsman est saisie par les bénéficiaires qui, au moment de la liquidation, sont irrités par le délai mis pour le paiement du capital. Aucune législation, aucun règlement ne prévoit de délais. Or, les conséquences d'un retard de versement peuvent être très pénalisantes pour les bénéficiaires suite au décès de l'assuré. Aussi, l'Ombudsman formule une recommandation afin qu'à l'instar d'autres branches d'assurance, des délais de gestion soient fixés et que leur non-respect soit assorti de compensations.

CHAPITRE

1

Aperçu de l'activité 2015, année de transition

Attention : nouvelle approche des chiffres

APERÇU DE L'ACTIVITÉ 2015, ANNÉE DE TRANSITION

Combien de demandes d'intervention ?

Le 1er juin 2015, la loi qui traduit en droit belge la directive européenne sur le règlement extrajudiciaire de conflits est entrée en vigueur[1].

L'application de cette législation a exigé certaines adaptations dans la gestion du Service Ombudsman des Assurances, notamment du règlement de procédure. Ainsi, toute demande d'intervention adressée à l'Ombudsman des Assurances doit être enregistrée afin d'identifier les motifs et le suivi réservé à la requête.

Depuis 2015, toute demande d'intervention doit être enregistrée afin d'identifier son suivi

Cette modification a des conséquences sur les statistiques qui ne permettent pas, à l'instar des autres années, une comparaison systématique avec les années antérieures. En effet, dans le passé, les requêtes des consommateurs renvoyées en première ligne vers les services d'accueil auprès des acteurs du secteur n'étaient pas enregistrées en tant que telles dans la banque de données parmi l'ensemble des demandes d'intervention.

Une hausse de 3 % en 2015

En 2011, le nombre des dossiers introduits auprès de l'Ombudsman des Assurances avait franchi la barre des 4 000. Trois ans plus tard, l'Ombudsman avait clôturé l'année en enregistrant 5 003 demandes d'intervention. En 2015, l'Ombudsman clôture l'année avec 5 171 réclamations.

A côté du nombre légèrement plus élevé de dossiers, le nombre de correspondance augmente de plus de 9 % pour atteindre plus de 19 000 courriers à traiter. Ainsi, l'Ombudsman doit 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 leurs décisions alors que les consommateurs, eux, sont plus revendicatifs.

+ 3 %

Evolution des demandes d'intervention	2013	2014	2015
Demandes analysées	4 364	4 318	4 382
Demandes renvoyées en première ligne	453	685	789
Total	**4 817**	**5 003**	**5 171**

1 Loi du 4 avril 2014 portant insertion du Livre XVI, « Règlement extrajudiciaire des litiges de consommation » dans le Code de droit économique, *M.B.*, 12 mai 2014.

Parmi les demandes d'intervention reçues, certaines sont renvoyées en première ligne (15 %), d'autres échappent à la compétence de l'Ombudsman (5 %) et d'autres encore sont renvoyées vers le service de médiation compétent (3 %). Si on écarte ces demandes, le nombre de dossiers qui a fait l'objet d'une analyse et de négociations s'élève à 3 268 [2].

A côté des demandes écrites, l'Ombudsman et son équipe sont également fortement sollicitées par téléphone en 2015. Ce premier contact permet 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

Répartition entre les acteurs du secteur

La majorité des demandes d'intervention concernent toujours les entreprises d'assurances (87 %).

Le nombre des réclamations à l'encontre des intermédiaires reste stable. Cette catégorie de demandes demeure peu élevée par rapport à l'ensemble des doléances puisqu'elle ne représente qu'environ 11 %. 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 70 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. L'Ombudsman n'a pas par conséquent pas procédé à une enquête dans 80 % des cas où elle a orienté le plaignant vers le gestionnaire du fichier **Datassur**. Seuls 15 dossiers ont fait l'objet de négociations et, dans quatre cas, l'inscription a été corrigée ou annulée.

2 Voir infra p. 10.

La majorité des demandes reçues concernent l'assurance Auto. 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.

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.

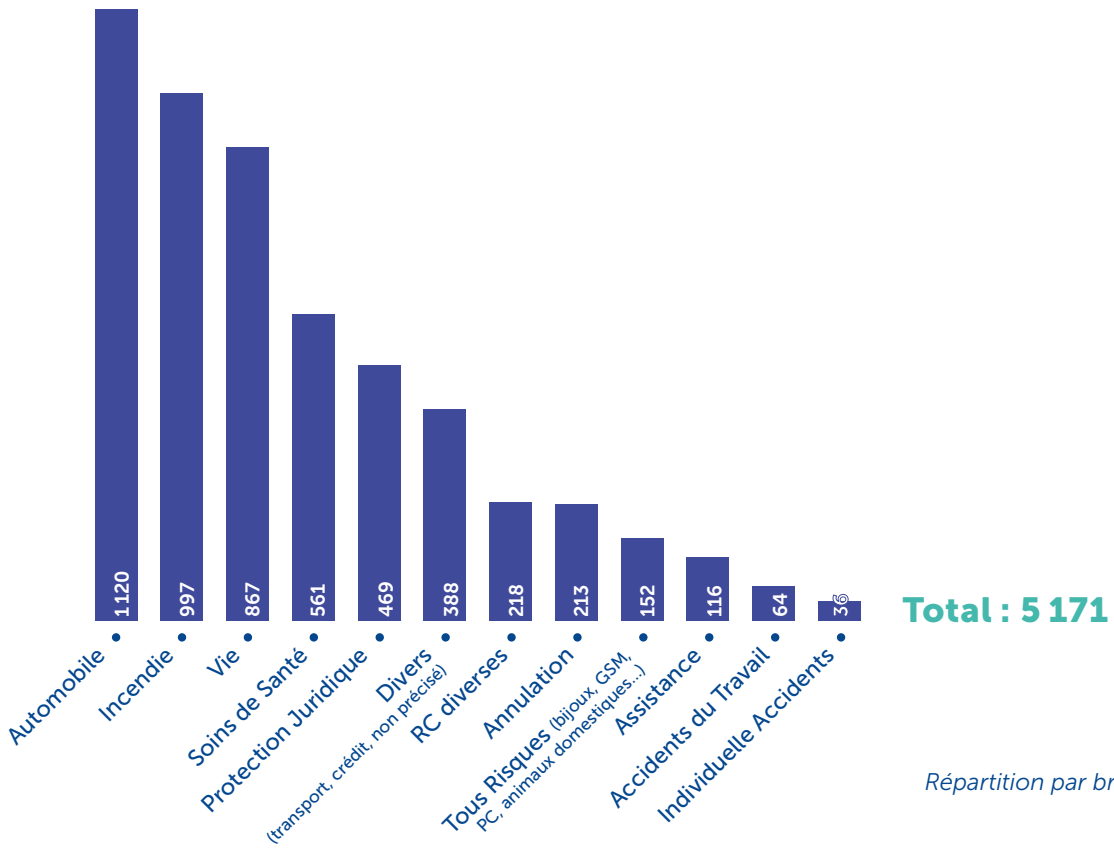
Répartition par branche

A l'instar des années précédentes, la majorité des requêtes concernent la branche Automobile (22 %) et principalement la **RC Auto**.

L'année 2015 enregistre une baisse en assurance Protection Juridique, mais est marquée par une nette progression en assurances Vie, Annulation, Assistance et Soins de Santé.

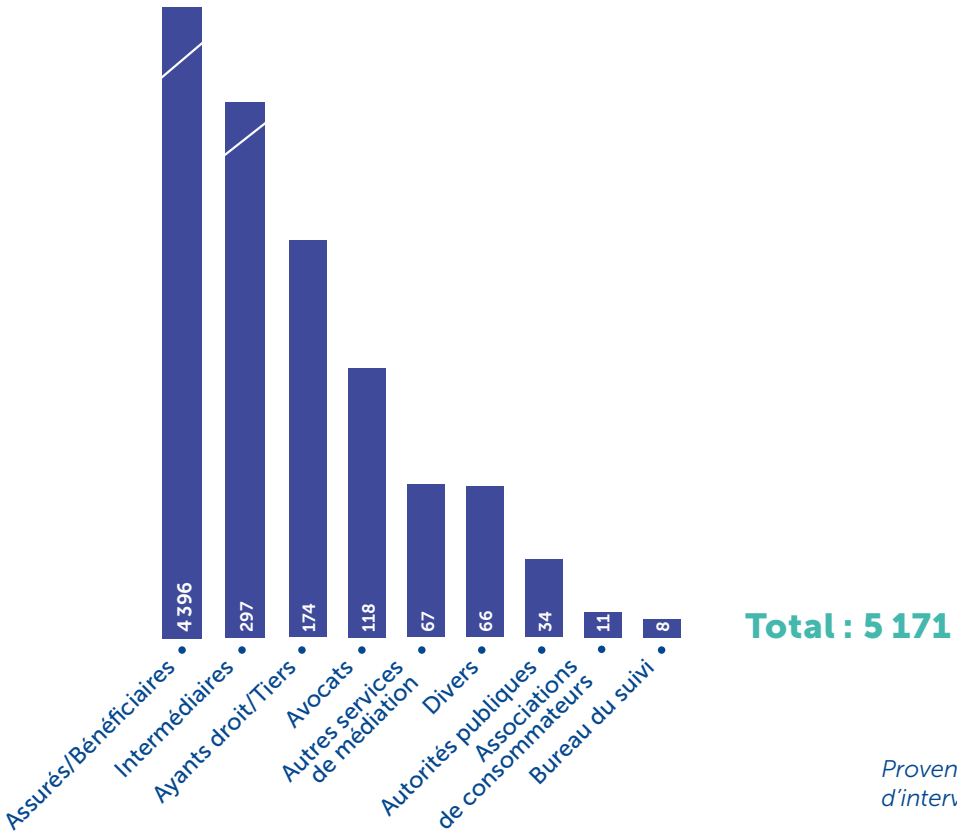
En assurance Annulation, il y a une augmentation tant à l'encontre des entreprises d'assurances qu'à l'encontre des intermédiaires. La hausse des dossiers introduits à l'encontre des entreprises d'assurances résulte majoritairement des cas qui n'entrent pas dans la compétence de l'Ombudsman et pour lesquels l'assuré est invité à s'adresser directement à son agence de voyage. Quant aux dossiers introduits à l'encontre des intermédiaires, ils concernent des sinistres dont la gestion est assurée par l'intermédiaire lui-même.

Dans la branche Accidents du Travail, il y a une légère augmentation du nombre des dossiers. La majorité d'entre eux (81 %) portent sur des sinistres que l'Ombudsman a transmis au Fonds des Accidents du Travail, seul compétent en la matière. Dans les opérations en production, c'est la masse salariale sur la base de laquelle la prime est calculée ou le respect des modalités de résiliation qui fait l'objet de contestations.



Répartition par branche

Provenance des demandes d'intervention



Provenance des demandes d'intervention

85 % des demandes sont introduites par les assurés

La majorité des demandes d'intervention restent introduites par les assurés, les bénéficiaires d'assurance Vie, 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 (6 %). Il en va de même pour les avocats (2 %).

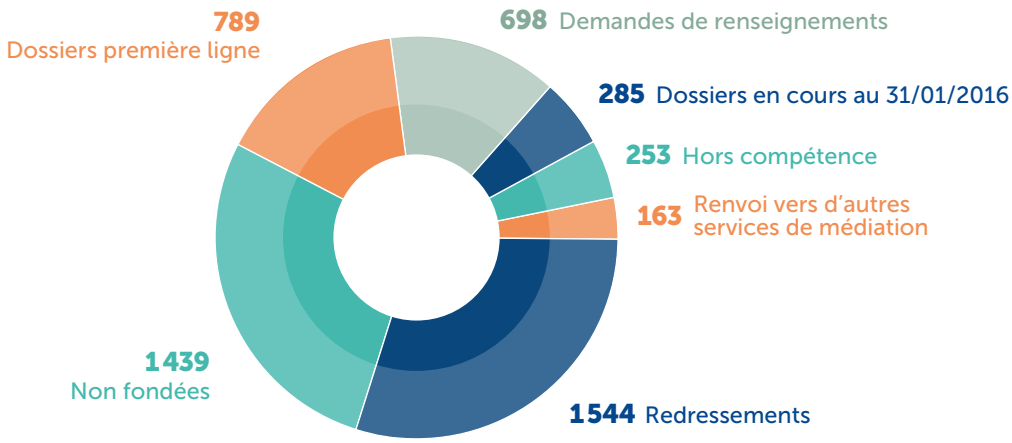
Dans 67 cas, c'est un collègue Ombudsman qui transmet le dossier. La nouvelle législation entrée en vigueur le 1er juin 2015 a institué le Service de médiation pour le consommateur : un seul point de contact pour permettre au consommateur insatisfait d'accéder facilement à une gestion amiable d'un conflit dans toutes les matières du droit de la consommation[3]. Il peut s'adresser à ce service qui l'oriente vers le service de médiation compétent reconnu comme entité qualifiée

3 Art. XVI.6, 2° du Code de droit économique inséré par la loi du 4 avril 2014 portant insertion du Livre XVI, « Règlement extrajudiciaire des litiges de consommation » dans le Code de droit économique, *M.B.*, 12 mai 2014.

et, à défaut, se charge lui-même de l'analyse de la demande. Par ailleurs, il existe 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].

Solutions apportées aux demandes d'intervention

5 171
demandes d'intervention en 2015



Solutions apportées aux demandes d'intervention

4 www.ombudsman.be/ ; http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_fr.htm/

Sur 5 171 demandes, 3 268 dossiers ont fait l'objet de négociations et 2 983 sont clôturés. Parmi les 1 903 requêtes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête, 37 %, 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 l'interrogent pour obtenir des renseignements neutres. 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 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 2015, il y a eu environ 25 000 consultations.

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

Fin janvier 2016, l'équipe de l'Ombudsman a négocié 3 268 dossiers. Parmi les demandes négociées et clôturées, le consommateur a obtenu une solution dans 52 % des cas. Ce pourcentage confirme le résultat enregistré l'année précédente. Lorsque l'Ombudsman estime la demande fondée, son avis est suivi par le secteur dans 99 % des cas.

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, une issue positive pour le plaignant. Les doléances qui concernent les intermédiaires sont justifiées dans 56 % des cas. Quant aux demandes adressées à l'encontre de **Datassur**, 80 % des cas ont été réorientés vers **Datassur** même. Lorsque l'Ombudsman a analysé le dossier, l'enregistrement a été supprimé dans quatre cas.

CHAPITRE

2

L'année 2015 pour les entreprises d'assurances

Attention : nouvelle approche des chiffres

L'ANNÉE 2015 POUR LES ENTREPRISES D'ASSURANCES

Combien de demandes d'intervention ?

En 2015, le nombre des demandes introduites à l'encontre des entreprises d'assurances auprès de l'Ombudsman est de 4 521 alors qu'en 2014, ce nombre était de 4 382. Il y a donc une augmentation de 3 %.

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman a conseillé à certains plaignants qui l'interrogeaient 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 étaient 685 et en 2015, ils sont 757.

+ 3 %

2014	2015
4 382	4 521

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

Répartition par branche d'assurance	2015
Automobile	928
Incendie	869
Vie	746
Soins de Santé	506
Protection Juridique	436
Divers (transport, crédit, non précisé)	350
RC diverses	190
Annulation	169
Tous Risques (bijoux, GSM, PC, animaux domestiques...)	125
Assistance	109
Accidents du Travail	62
Individuelle Accidents	31
Total	**4 521**

Dans de nombreux cas, lorsque l'Ombudsman prend connaissance de la nature de la requête, elle constate que c'est par erreur ou par envoi à multiples destinataires que le consommateur interroge en un premier temps l'Ombudsman. Dans ces cas, le service interne des entreprises pourra l'aider plus efficacement.

Par contre, le nombre de dossiers qui relève de la compétence de l'Ombudsman et qui a fait l'objet de négociations, s'élève à 2 792 dossiers (62 %), ce qui représente une hausse de 1 % par rapport à ceux de 2014. Parmi les différentes branches, l'Ombudsman relève une augmentation dans les branches Vie (+ 20 %) et Soins de Santé (+ 7 %). Par contre, la branche Protection Juridique enregistre une baisse de 17 %. Les motifs de ces fluctuations sont décrits dans l'analyse par branche.

Globalement, lorsqu'un assuré a saisi l'Ombudsman et qu'elle a procédé à une enquête, il a obtenu une solution satisfaisante dans 51 % des cas.

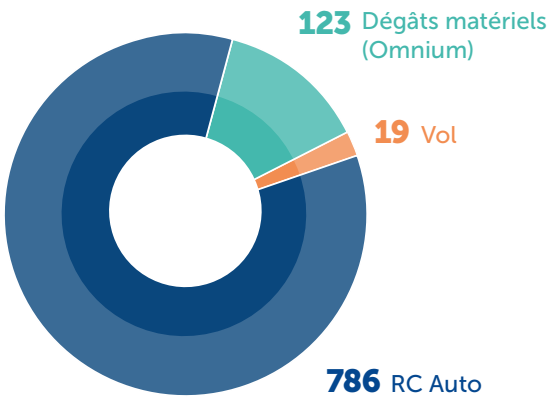
Un regard sur les chiffres

En 2015, l'Ombudsman a reçu 928 demandes d'intervention en assurance Auto à l'encontre des entreprises d'assurances. A l'instar des années antérieures, cette branche est celle pour laquelle l'Ombudsman a reçu le plus de dossiers (21 %). Les requêtes concernent, dans 85 % des cas, la garantie **RC Auto** obligatoire.

Dans la ligne des années précédentes, les réclamations qui ont fait l'objet d'une enquête concernent majoritairement les opérations de production du contrat (55 %). L'Ombudsman constate que les motifs d'insatisfaction des consommateurs en assurance Auto évoluent peu et restent constants depuis quelques années. En production, les réclamations relatives à la résiliation des contrats représentent 46 %. Elles sont suivies par les requêtes portant sur l'encaissement de la prime (13 %).

A l'examen des demandes négociées relatives à la gestion des sinistres, l'Ombudsman relève que les principaux motifs d'insatisfaction sont le refus d'intervention (29 %), le montant de l'indemnité (28 %), le délai de règlement (16 %) et le manque de justification ou de réponse (15 %).

Total : 928



Répartition assurance Auto

Sur les 928 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 598 dossiers (64 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 52 % des cas.

Trois points sous la loupe

Depuis plusieurs années, la résiliation des contrats reste le motif d'insatisfaction pour lequel l'Ombudsman reçoit le plus de réclamations en assurance Auto. En 2015, les demandes relatives à la résiliation introduite par le preneur d'assurance ou l'entreprise d'assurances sont en augmentation.

Les résiliations du contrat demandées par le preneur d'assurance sont principalement source de tensions

Différents motifs de résiliation sont à l'origine de contestations. Le premier est celui où le preneur d'assurance décide de résilier son contrat suite à une augmentation de la prime par l'entreprise d'assurances. Il pense souvent que la résiliation sera immédiate alors que la loi prévoit qu'elle n'a d'effet qu'un mois après l'envoi du courrier recommandé[5]. De plus, l'Ombudsman va devoir lui rappeler que la prime reste due durant la période où le contrat est maintenu en vigueur.

La situation peut se compliquer lorsque le preneur résilie son contrat suite à une hausse tarifaire mais qu'il a entre-temps déjà payé la nouvelle prime, craignant d'être sans couverture. L'Ombudsman invite l'assureur à enregistrer la résiliation du contrat à la date demandée et à rembourser le prorata de la prime sauf lorsque l'avis d'échéance

5 Art. 84 § 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.

mentionne explicitement que le paiement de la prime vaut acceptation de la nouvelle tarification et que le preneur a payé sans formuler de réserve. Si ces deux conditions sont réunies, l'entreprise d'assurances maintient alors la résiliation du contrat pour l'échéance annuelle suivante.

Par ailleurs, lorsque le consommateur omet de mentionner dans son courrier qu'il résilie le contrat suite à une augmentation tarifaire, l'entreprise d'assurances enregistre le renon pour l'échéance annuelle suivante. L'Ombudsman rappelle à l'entreprise d'assurances qu'en cas de modification tarifaire, le délai est spécifique et elle lui demande de rectifier, sur cette base, la date de résiliation.

Dans certains cas, le consommateur constate que le montant de la prime a augmenté et pense qu'il s'agit d'une hausse de tarif lui permettant de résilier son contrat. A l'examen du dossier, l'Ombudsman note que la prime n'a pas augmenté en raison d'une modification tarifaire mais qu'elle résulte par exemple du changement de véhicule dont les caractéristiques comme la puissance influencent la prime. L'Ombudsman va fournir ces justifications à l'assuré pour confirmer la position de l'assureur.

Les contestations portent également sur des résiliations postulées sur la base de la disparition du risque. Le consommateur souhaite la résiliation immédiate de son contrat quand il n'est plus en possession du véhicule assuré, par exemple lorsqu'il le vend. Or, l'entreprise d'assurances ne va enregistrer la suspension qu'au moment où le preneur lui transmet l'avis de radiation de la plaque d'immatriculation [6].

L'Ombudsman doit également rappeler au consommateur que la législation impose, en assurance Auto, une obligation de fidélité, lors d'un changement de véhicule [7].

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman est toujours sollicitée par des demandes générales d'information orales et écrites sur les formalités à respecter par le preneur d'assurance pour résilier le contrat à la date d'échéance annuelle.

En cas de sinistre, l'Ombudsman est saisie près d'une fois sur trois pour un refus d'intervention

L'Ombudsman enregistre en 2015 encore de nombreuses réclamations de consommateurs portant sur le refus d'intervention de leur assureur Auto, tant au niveau de la garantie RC que des garanties Dégâts matériels et Vol.

Lorsque l'assuré se plaint du refus d'intervention de son entreprise d'assurances **RC Auto**, l'Ombudsman doit fréquemment lui expliquer le rôle de cet assureur. En effet, certains consommateurs attendent que leur assureur RC les indemnise des dégâts qu'ils ont subis alors que cet assureur, qui couvre uniquement la responsabilité civile, doit en principe indemniser les dommages que son assuré cause aux tiers.

Cette confusion peut provenir de la pratique du règlement **RDR** largement connue par le public. En vertu de cette convention, chaque année, plus de 270 000 sinistres sont réglés [8]. Il s'agit d'un règlement direct permettant d'accélérer la gestion des accidents de circulation survenus en Belgique. Moyennant le respect de certaines conditions (entreprises d'assurances ayant adhéré à cette convention, circonstances de l'accident reprises dans un barème, montant maximum de dom-

6 Art. 35 **contrat type**.
7 Art. 34 **contrat type**.
8 www.assuralia.be/

mages...), l'assuré non responsable est indemnisé directement par son propre assureur **RC Auto**. Les entreprises d'assurances règlent ensuite le sinistre entre elles par un mécanisme de compensation.

Connaissant l'existence de la convention **RDR**, certains consommateurs saisissent l'Ombudsman et s'interrogent sur les raisons pour lesquelles elle n'est pas appliquée dans leur cas. D'autres par contre, lorsque la convention **RDR** est appliquée, ne comprennent pas pourquoi cette étape prend tant de temps ou pourquoi, en application de cette convention, tous les postes de leur dommage ne sont pas indemnisés. D'autres encore contestent les conséquences de l'application du barème de responsabilité aux circonstances de l'accident qu'ils ont eu.

Par ailleurs, le consommateur qui conteste sa responsabilité dans l'accident, perçoit très mal que son assureur puisse décider d'indemniser le tiers en écartant son avis. L'Ombudsman lui rappelle alors que, conformément à la loi, l'assureur **RC Auto** a la direction du litige[9]. L'assureur peut ainsi considérer son assuré comme responsable de l'accident sur la base des éléments en sa possession et indemniser le tiers sans avoir l'accord de son propre assuré. La loi précise cependant que l'intervention de l'assureur ne peut pas causer de préjudice à son assuré. Par conséquent, le consommateur qui a souscrit la garantie Protection Juridique va pouvoir demander à cet assureur d'examiner les chances d'obtenir la réparation de son dommage auprès de l'assureur du tiers. S'il ne partage pas le point de vue de son assureur Protection Juridique, il peut même encore demander l'application de la clause d'objectivité et obtenir l'avis d'un avocat de son choix[10].

Le montant de l'indemnité reste un sujet de contestations

Le montant accordé pour la réparation du dommage subi reste une source de tensions (28 % des réclamations en sinistres). Les plaintes reçues en 2015 concernent majoritairement la garantie **RC Auto**. Lorsque le consommateur conteste l'évaluation faite par l'expert désigné par l'entreprise d'assurances, il peut faire appel à un contre-expert. S'il a souscrit la garantie Protection Juridique, cet assureur va l'assister et prendre en charge les frais de la contre-expertise. Par ailleurs, le consommateur saisit l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances refuse le remboursement de dommages complémentaires à la réparation de son véhicule, tels que les frais de remorquage, de dépannage ou de gardiennage de son véhicule, la taxe de mise en circulation ou les frais liés à l'immatriculation d'un nouveau véhicule.

Enfin, le consommateur se tourne également vers l'Ombudsman car il conteste l'étendue du dommage réclamé par le tiers et est étonné que son assureur ne retienne pas ses objections pour refuser de l'indemniser.

Dans la garantie Dégâts matériels, de nombreuses réclamations portent sur la règle proportionnelle que l'assureur applique lorsque la valeur assurée à la souscription du contrat est inférieure à la valeur à assurer telle que décrite par le contrat. Ainsi, alors même qu'ils sont assistés par un intermédiaire en assurances, des consommateurs assurent le prix réellement payé lors de l'achat de la voiture alors que le contrat décrivant la valeur à assurer prévoit généralement la valeur catalogue du véhicule sans les ristournes, augmentée de la valeur des options et accessoires montés d'origine[11].

En Dégâts matériels, il n'existe pas de contrat type comme pour la garantie **RC Auto**. Les règles d'indemnisation sont fixées contractuellement. La police d'assurance détermine les franchises et les conditions dans lesquelles la TVA est remboursée. Le montant de remboursement de cette taxe est l'objet de discussions surtout s'il n'y a pas eu de facture reprenant le montant total des réparations.

Les polices d'assurance Dégâts matériels prévoient régulièrement que le remboursement de la TVA en cas de dommages est conditionné par la production de la facture de réparation payée et de la TVA effectivement supportée[12].

9 Art. 143 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.
10 Voir aussi infra p. 21.
11 Voir *Astuces 2015 Ombudsman des Assurances,* n° 1.
12 Voir *Astuces 2014 Ombudsman des Assurances,* n° 5.

Un regard sur les chiffres

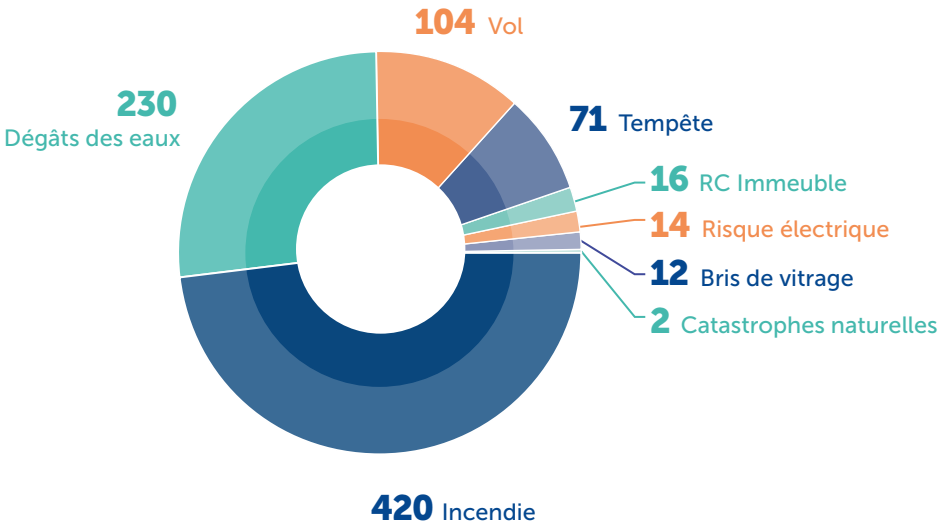
En 2015, l'Ombudsman a enregistré 869 demandes d'intervention pour les différentes garanties de la branche Incendie. Ce nombre qui confirme la situation de 2014 représente 19 % de l'ensemble des dossiers en 2015.

En production, bien que le nombre de plaintes ait globalement baissé, des discussions sur les résiliations des contrats sont en augmentation.

Les insatisfactions dans la gestion des sinistres restent majoritaires. En comparant avec les demandes introduites en 2014, l'Ombudsman relève des glissements entre les différentes garanties. La garantie Incendie enregistre une augmentation du nombre des demandes. Par contre, dans les garanties Dégâts des eaux, Tempête et Catastrophes naturelles, le nombre des réclamations a diminué. Comme les conditions atmosphériques ont été plus clémentes qu'en 2014, il y a eu moins de sinistres. Cette tendance à la baisse s'inscrit également dans la garantie Vol.

Sur les 869 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 648 dossiers (75 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 51 % des cas.

Total : 869



Répartition assurance Incendie

Trois points sous la loupe

Dans la branche Incendie, la majorité des demandes d'intervention portent sur la gestion des sinistres (74 %). L'assuré s'interroge sur le fondement du refus d'intervention (42 %), conteste le montant de l'indemnité (28 %) et critique la lenteur et le défaut d'information (25 %).

Près de 40 % des doléances portent sur la gestion d'un sinistre Dégât des eaux

Le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances est le motif principal d'insatisfaction des assurés. Selon les principes généraux, l'assuré qui demande l'indemnisation de ses dommages doit rapporter la preuve que le sinistre tombe sous la couverture des garanties à l'exception des contrats formulés « Tous risques sauf ». En effet, dans ce dernier cas, l'assuré doit uniquement établir qu'il a subi un dommage et si l'entreprise d'assurances invoque une exclusion, elle doit en apporter la preuve.

L'assuré chargé d'établir que la couverture du sinistre est acquise, se heurte souvent à la difficulté de déterminer l'origine exacte des dégâts des eaux. Ainsi, des dégradations dues à l'humidité peuvent avoir différentes causes. De l'eau peut provenir du toit, de la cheminée, de la terrasse, de l'immeuble voisin, d'une tuyauterie, d'une corniche, d'un joint non étanche… autant de possibilités qui peuvent par ailleurs se cumuler. Parfois, même des firmes spécialisées dans la recherche de la provenance d'infiltrations ne parviennent pas à en fixer l'origine.

Si l'entreprise d'assurances désigne un expert pour collaborer à l'établissement de la cause des dommages, la couverture des dommages ne sera cependant acquise que pour autant que la provenance des dégâts soit identifiée et qu'il soit établi qu'elle rentre dans les garanties couvertes[13].

Afin de pallier l'absence d'identification de la cause des dégâts par l'expert de la compagnie, l'assuré peut engager des frais d'expertise qui ne sont pas toujours couverts. En effet, au regard des réclamations, l'Ombudsman constate que les consommateurs ignorent la portée de la couverture stipulant le remboursement des frais d'expertise incluse d'office dans les contrats d'assurance Incendie[14]. Dans le cadre d'une couverture standard, l'entreprise d'assurances intervient en général uniquement pour les frais d'expertise relatifs aux discussions sur l'étendue du montant du dommage couvert.

Les frais et honoraires de l'expert désigné par l'assuré pour déterminer l'origine des dégâts peuvent par contre être couverts s'il a souscrit une garantie Protection Juridique soit en extension du contrat d'assurance Incendie soit par un contrat spécifique.

L'entreprise d'assurances refuse dans certains cas d'indemniser les dommages car le bâtiment sinistré était en travaux de reconstruction, de rénovation, d'agrandissement… Les discussions portent aussi sur la qualification à donner à des travaux limités : s'agit-il de travaux de rénovation ou simplement de réparation ? Afin d'éviter des difficultés d'interprétation de terminologie utilisée dans les contrats, il faudrait qu'une définition non ambiguë soit automatiquement reprise dans la police ou, mieux encore, que les différents acteurs du secteur s'accordent sur la portée à donner au vocabulaire généralement utilisé afin que le consommateur ne rencontre qu'une définition qui servirait de référence.

Les délais de règlement trop longs et le manque d'information restent source d'insatisfaction (25 %)

L'Ombudsman est interrogée par des assurés irrités par les délais dans lesquels la gestion du sinistre se déroule ou par le manque d'explication sur les obstacles rencontrés, sur les démarches entreprises, sur les motifs de retard…

Des problèmes de nature différente peuvent surgir lors de l'expertise des dégâts : les discussions peuvent porter sur la cause du dommage, sur les frais de remise en état, sur la ventilation de ces

13 Voir *Astuces 2015 Ombudsman des Assurances,* n° 4.
14 Art. 121 § 2, 2° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.

frais lorsque plusieurs parties sont à la cause… Dans certaines circonstances comme le soupçon d'un incendie volontaire, d'une fraude ou en cas de vol l'entreprise d'assurances dispose, conformément à la loi, du droit de prendre connaissance du dossier répressif[15]. L'Ombudsman est de plus en plus souvent saisie par l'assuré qui s'impatiente et ne comprend pas pourquoi l'assureur attend le rapport établi par la police. Force est de constater que les entreprises d'assurances font de plus en plus appel à cette faculté. En cas de vol, dans un but de transparence, l'Ombudsman tâche d'identifier le motif pour lequel elles estiment nécessaire d'attendre la consultation du dossier répressif. En effet, dans certains cas, l'Ombudsman identifie difficilement les renseignements utiles complémentaires que l'assureur pourrait retrouver dans le rapport de police pour poursuivre utilement la gestion du sinistre. Afin d'éviter des retards inutiles, l'assureur ne pourrait-il pas en un premier temps demander à l'assuré de lui procurer la déclaration qu'il a faite lui-même à la police puisque celui-ci peut en obtenir copie ? Ensuite, s'il échet, demander les conclusions du Parquet.

Les insatisfactions sur le montant de l'indemnité persistent

28 % des demandes introduites sont relatives au montant de l'indemnité que l'entreprise d'assurances s'engage à verser.

Lorsque l'entreprise d'assurances constate que le capital pour lequel le preneur a demandé couverture lors de la souscription du contrat est insuffisant, elle applique la règle proportionnelle sur le montant des dédommagements. Afin d'éviter ces cas de sous-assurance, la législation prévoit l'obligation pour l'entreprise d'assurances de proposer l'utilisation d'une grille d'évaluation[16]. Ces grilles sont établies sur la base de standards qui ne répondent pas nécessairement à certaines situations particulières. Le conseiller en assurances a, dans ces cas, un rôle important mais encore faut-il que le preneur lui-même l'informe clairement de l'état des lieux.

Ces cas de sous-assurance trouvent également leur origine dans des travaux d'aménagement réalisés après la conclusion du contrat. C'est le cas de la construction d'une véranda, de l'aménagement du grenier en chambres… Afin d'éviter de pareils inadéquations, il serait utile de mentionner sur la grille d'évaluation que tous les travaux conséquents d'aménagement, de rénovation, de transformation doivent être communiqués à l'assureur car ils constituent une aggravation du risque au sens prévu par la loi[17].

D'autres discussions portent sur l'indemnisation lorsque les travaux sont réalisés par l'assuré lui-même. Deux points font l'objet de controverse : le montant de la TVA à rembourser et la compensation pour les heures de travail nécessaires à la réalisation des travaux de réparation. L'Ombudsman entamera des négociations au cas par cas dans le respect des principes de bonne foi et d'équité. Afin d'éviter de telles discussions, l'Ombudsman recommande aux assurés d'informer l'expert, dès le moment de la fixation des dommages, de leur intention de réparer eux-mêmes. Sur cette base, le montant de l'indemnité pourra être fixé de commun accord.

Des réclamations sur le refus de rembourser des frais découlant de nouvelles législations sur les constructions restent d'actualité. Malgré la recommandation formulée en 2012 par l'Ombudsman, aucune décision sectorielle ou légale n'a été prise[18]. Seule une entreprise d'assurances a expressément prévu la couverture de ces frais dans son contrat.

15 Art. 121 § 3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.
16 Art. 3 § 2 de l'A.R. du 24 décembre 1992 portant exécution de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.,* 29 décembre 1994.
17 Art. 81 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.
18 Voir *Chiffres et Analyse 2012 Ombudsman des Assurances,* p. 54.

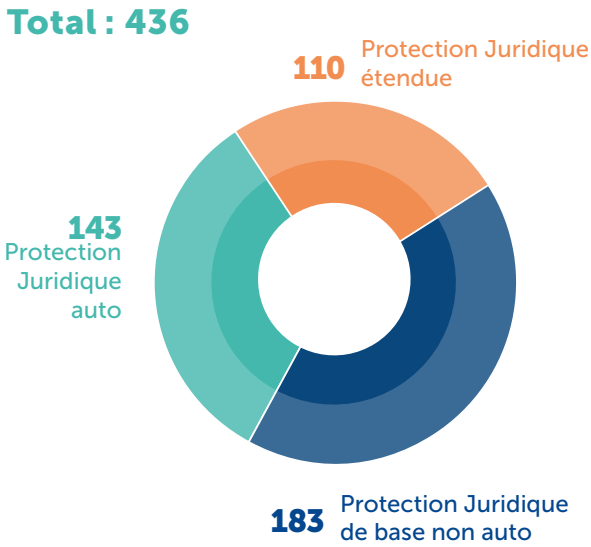
Un regard sur les chiffres

En 2015, l'Ombudsman a reçu 436 demandes d'intervention, ce qui traduit une diminution globale de 5 % par rapport à 2014. Cette branche ne représente plus que 10 % de l'ensemble des demandes enregistrées, avec une baisse marquante en Protection Juridique auto.

C'est à la suite d'un sinistre (93 %) que l'Ombudsman est le plus souvent sollicitée et principalement pour deux motifs : le refus d'intervention (46 %) et le délai de gestion du dossier (33 %).

Alors que l'on pouvait craindre que l'introduction de la TVA sur les honoraires des avocats soit source de réclamations, l'Ombudsman n'a, sur ce point, enregistré que très peu de dossiers.

Sur les 436 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 344 dossiers (79 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 48 % des cas.



Répartition assurance Protection Juridique

Trois points sous la loupe

Dans 46 % des dossiers, l'assuré conteste le refus d'intervention

L'entreprise d'assurances peut refuser de rembourser les frais de défense de l'assuré pour différents motifs au regard de la nature du litige et de l'étendue des conditions du contrat souscrit par le preneur d'assurance. Ainsi, l'entreprise d'assurances refuse de prendre en charge les frais de défense en invoquant que le sinistre est survenu durant le délai d'attente, que le principe de la gestion amiable du litige par l'entreprise d'assurances n'a pas été respecté, que le sinistre sort du champ territorial du contrat, que le délai de prescription est écoulé…

Lorsqu'il s'agit d'une Protection Juridique qui offre des garanties étendues, la discussion peut porter sur la notion de sinistre. Cette appréciation est importante car elle détermine le moment de la survenance du cas d'assurance et donc si le cas entre dans la période de couverture. Par ailleurs, cette notion sert également à identifier la garantie sous laquelle l'entreprise d'assurances doit intervenir sachant que les capitaux couverts varient d'une garantie à l'autre et que le cas peut éventuellement être connexe à des faits antérieurs.

Dans le cadre des contrats Protection Juridique, la notion d'assuré est large. Déterminer qui bénéficie de la garantie du contrat peut dès lors faire l'objet de difficultés et être source de conflit d'intérêts. C'est notamment le cas lorsque le preneur d'assurance prête son véhicule à un ami et que ce dernier cause un accident pour lequel il est responsable. L'assureur Protection Juridique couvre les frais de recours à l'égard des tiers. L'ami, pilote du véhicule au moment des faits, est aussi assuré comme conducteur autorisé. Il n'est donc pas tiers

dans le cadre de l'application du contrat[19]. Certains contrats règlent ce type de situation en désignant le preneur d'assurance comme bénéficiaire prioritaire de la couverture. Cette option devrait être généralisée à l'ensemble des contrats sur le marché.

Encore de nombreuses insatisfactions sur les délais de gestion

Dans le cadre de la gestion des sinistres, la lenteur du délai de règlement peut résulter de différents motifs. Ainsi à l'origine du retard, il peut y avoir l'attente du dossier répressif mais aussi des appréciations divergentes de l'assureur et de l'assuré sur les responsabilités ou sur le montant de l'indemnité à réclamer... ou tout simplement le retard est une impression ressentie par l'assuré qui n'a pas été informé du suivi de son dossier. Plus de la moitié (57 %) de ces dossiers sont enregistrés dans la Protection Juridique auto.

Sur la base de l'analyse des motifs pour lesquels elle est régulièrement saisie, l'Ombudsman formule les recommandations suivantes qui devraient améliorer les délais et ainsi mieux répondre aux attentes des assurés.

La première concerne l'accès au dossier répressif. Depuis des années, l'Ombudsman souligne les insatisfactions dues au retard lié à l'attente de l'autorisation par l'entreprise d'assurances de pouvoir consulter le dossier répressif. Grâce aux moyens technologiques et de communication actuels, les autorités publiques devraient simplifier la procédure d'accès au rapport de police et, par là même, l'écourter.

La seconde porte sur les dispositions légales et les codes de bonne conduite relatifs au délai de gestion. Dans certaines branches d'assurance, les délais de règlement d'un sinistre sont prévus par la législation (par exemple en assurance Auto[20] et Incendie[21]) ou font l'objet de conventions au sein du secteur[22]. Trop souvent encore, l'Ombudsman doit rappeler aux assureurs Protection Juridique leur existence alors que les entreprises d'assurances devraient les appliquer systématiquement.

La troisième est relative à la clause d'objectivité. La loi relative aux assurances prévoit qu'en cas de divergence d'opinion avec son assureur, l'assuré peut demander l'avis neutre et circonstancié d'un avocat de son choix[23]. Dans le but d'écourter des discussions longues et souvent stériles comme celle sur l'appréciation différente des responsabilités ou sur la désignation d'un expert, l'entreprise d'assurances devrait, selon la loi, proposer automatiquement l'application de cette clause[24].

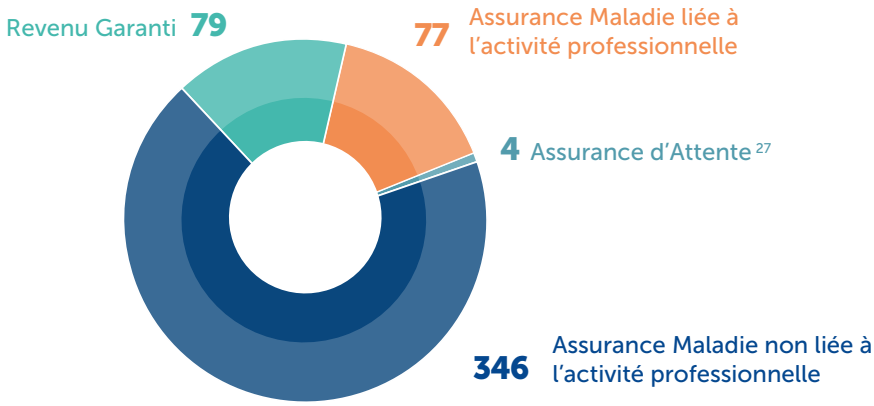
La dernière recommandation porte sur l'activation de la garantie Protection Juridique lorsqu'elle est un volet d'un contrat principal Responsabilité Civile. Dans de nombreux cas encore, l'Ombudsman est saisie par l'assuré victime d'un accident qui ne partage pas l'opinion de son assureur Responsabilité Civile sur les responsabilités, sur l'application de la convention RDR, sur le montant de l'indemnité... Il faut, dans ces cas-là, que l'assureur RC informe l'assuré de la possibilité dont il dispose de demander l'ouverture d'un dossier distinct en Protection Juridique. Ce sinistre sera alors géré par une cellule spécialisée et indépendante qui se chargera d'examiner avec l'assuré les possibilités de contestation et de recours.

En 2011 déjà, l'Ombudsman avait souligné l'importance de cette gestion distincte[25]. Force est de constater à travers les demandes que des problèmes surgissent encore trop souvent. Ainsi certains gestionnaires de dossiers Protection Juridique se basent encore uniquement sur les documents qui leur ont été transmis par l'assureur RC : le rapport d'expertise, le constat... Or, l'assuré a, dans le cadre de l'assurance Protection Juridique, le libre choix de ses conseils et donc de l'expert[26]. L'assureur devrait lui rappeler cette faculté.

19 Voir *Astuces 2015 Ombudsman des Assurances,* n° 6.
20 Art. 13 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.,* 8 décembre 1989.
21 Art. 121 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.
22 Comme la convention « Victimes Innocentes », www.assuralia.be/
23 Art. 157 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.
24 Art. 8 de l'A.R. du 12 octobre 1990 relatif à l'assurance protection juridique, *M.B.,* 8 novembre 2011.
25 *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances,* p. 34.
26 Voir aussi « Règles de conduite de l'assureur de protection juridique », www.assuralia.be/

Un regard sur les chiffres

Total : 506



Répartition assurance Soins de Santé

En 2015, la branche Soins de Santé enregistre 506 dossiers et représente 11 % de l'ensemble des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances.

L'Ombudsman constate surtout une augmentation dans les assurances Maladie qui ne sont pas liées à l'activité professionnelle. Les motifs des demandes sont variés. Dans de nombreux cas, elles portent sur la résiliation du contrat (14 %) ou le refus d'intervention en cas de sinistre (30 %).

Le nombre des demandes relatives à la garantie Revenu Garanti est stable. En production, l'Ombudsman a reçu plusieurs dossiers concernant l'arrêt du contrat à l'âge de 60 ans alors que l'assuré concerné continue à travailler jusqu'à 65 ans. Il ressort de l'examen de ces demandes que ces contrats n'ont pas été adaptés dans le respect de la **loi Verwilghen** prévoyant une couverture standard jusqu'à 65 ans [28].

Parmi les dossiers en assurance Soins de Santé, 66 sont des réclamations qui concernent des polices d'assurance souscrites auprès des **SMA**.

A l'instar des années précédentes, la Commission de conciliation Assurance Soins de Santé ne s'est pas réunie en 2015, malgré que plusieurs demandes aient été introduites [29]. Certains membres, qui ne sont plus actifs, doivent être remplacés. Il faut par conséquent attendre de nouvelles nominations par les autorités pour que les activités puissent reprendre.

Sur les 506 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 342 dossiers (68 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 50 % des cas.

27 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 en fonction de l'âge lors de la souscription à l'assurance d'Attente soit d'obtenir une réduction.
28 Art. 203 § 1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 ; voir aussi *Astuces 2015 Ombudsman des Assurances*, n° 9.
29 Pour plus d'informations : www.ombudsman.as/fr/service/

Trois points sous la loupe

Le consommateur veut maintenir une couverture pour les risques d'hospitalisation

35 % des demandes d'intervention négociées en assurance Soins de Santé concernent les opérations de production. Ces réclamations visent principalement la résiliation du contrat. Le nombre croissant des requêtes témoigne de l'importance de plus en plus grande que le consommateur attache à cette assurance. Mais le coût assez élevé de l'assurance Soins de Santé contraint parfois le preneur d'assurance qui rencontre des problèmes financiers à la résilier plutôt que d'autres contrats. Il doit alors respecter les formalités légales prévues à cet effet [30]. Par ailleurs, l'Ombudsman reçoit de plus en plus de dossiers portant sur les résiliations

effectuées par l'assureur suite au non-paiement de la prime. Dans la plupart des cas, les rappels ont été envoyés à une mauvaise adresse car le preneur d'assurance a oublié d'informer son assureur de son changement d'adresse.

D'autres consommateurs contestent la fin automatique de l'affiliation prévue par leur contrat lors d'un séjour de longue durée à l'étranger. Ils souhaitent que leur contrat soit suspendu jusqu'à leur retour en Belgique. Les entreprises d'assurances refusent cette interruption sur la base des conditions du contrat.

Parmi les réclamations relatives à la gestion des sinistres, la moitié concerne le refus d'intervention. La nécessité médicale d'un traitement (en cas d'opération de l'estomac, de réduction mammaire...), d'une hospitalisation (pour un traitement dentaire, pour un examen exploratoire...) ou du séjour dans un centre de revalidation est source de discussions. Saisie de telles insatisfactions, l'Ombudsman va dans un premier temps demander à l'assureur de motiver sa décision. Lorsque l'assureur fournit des explications et que la contestation perdure, l'Ombudsman plaide pour une concertation entre les médecins et, le cas échéant, pour une expertise médicale amiable ou un arbitrage.

Lors d'une maladie grave, l'étendue de la couverture engendre des déceptions

L'Ombudsman a également reçu de nombreuses demandes d'assurés suite au refus d'intervention de l'entreprise d'assurances dans certains frais alors qu'ils sont atteints d'une maladie grave. La liste des maladies graves, pour lesquelles l'assureur couvre les soins ambulatoires, diffère d'une entreprise d'assurances à l'autre. Sur ce point, la loi ne prévoit en effet ni une garantie minimale ni de liste de maladies graves. Ainsi, plusieurs consommateurs ont saisi l'Ombudsman en 2015 car leur assureur refusait la prise en charge des soins liés à la maladie de Lyme [31]. Or, le traitement long et coûteux de cette maladie est généralement ambulatoire. Le remboursement des frais des soins ambulatoires est réglé par les dispositions du contrat. Or, la maladie de Lyme n'est généralement pas reprise dans la liste des maladies graves.

30 Art. 84 et 85 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
31 La maladie de Lyme, également appelée Borreliose de Lyme, est causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi* qui est transmise par les tiques.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

A l'examen des demandes portant sur le montant de l'indemnité, l'Ombudsman constate que les entreprises d'assurances interprètent la portée des conditions générales de manière de plus en plus stricte. Dans le cadre du traitement d'une maladie grave, des contestations naissent plus fréquemment car les assureurs invoquent que les frais médicaux exposés ne soignent pas directement la maladie. Il s'agit souvent de médicaments qui doivent être associés au traitement direct de la maladie pour que celui-ci produise au mieux ses effets. Il s'agit par exemple des médicaments qui sont pris pour éviter le phénomène de rejet d'un organe transplanté suite à un cancer. L'Ombudsman, qui a pour mission d'intervenir également en équité, s'interroge cependant sur cette nouvelle approche et sur la pertinence de ce refus. En effet, la garantie ne doit-elle pas être envisagée globalement au risque de perdre de son sens ? N'est-ce pas lourd pour le consommateur qui déjà se trouve dans une position affaiblie en raison de son état de santé ?

La loi interdit les suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits… En pratique, le patient est pris en otage !

Les nouvelles dispositions relatives à la limitation des honoraires dans les chambres à deux lits sont source de réclamations. Désormais, elles interdisent aux hôpitaux de facturer des suppléments d'honoraires dans ce type de chambres [32]. Afin de pouvoir tout de même réclamer de tels honoraires, certains médecins conditionnent leur intervention à la signature par le patient d'une convention spéciale. A raison, l'assureur refuse d'intervenir dans ces honoraires supplémentaires qui seraient illégaux. Ce refus interpelle cependant dans le cas où l'assuré a opté pour une chambre à deux lits alors qu'il pouvait, sur la base de son contrat d'assurance, être hospitalisé dans une chambre à un lit, et que dans ces conditions, les suppléments d'honoraires auraient été remboursés.

De manière générale, l'Ombudsman constate que bien souvent un défaut de communication est à l'origine des doléances sur le montant de l'indemnisation. Les décomptes des entreprises d'assurances sont automatisés et parfois peu clairs ou difficilement compréhensibles pour le patient. Des indications reprenant des codes et des formulations comme « non assuré sur la base des conditions générales » engendrent des frustrations et conduisent à l'introduction de plaintes auprès de l'Ombudsman. De même, les informations communiquées par téléphone, souvent par des call-centers, ne sont pas toujours pertinentes. En effet, le message peut être erroné, mal exprimé ou simplement incompris. L'Ombudsman conclut, dans de tels dossiers, que la plupart du temps la décision finale de l'assureur est juridiquement fondée mais que l'information préalable était inadéquate. Un courrier plus circonstancié ou un contact téléphonique avec des gestionnaires spécialisés permettrait de diminuer le nombre de réclamations de manière considérable, certainement dans cette branche d'assurance particulièrement sensible.

32 Art. 152 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008, inséré par l'art. 26 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, *M.B.*, 31 décembre 2012.

Recommandation

Publier officiellement l'autorisation d'une augmentation de prime

L'Ombudsman continue à recevoir des requêtes suite à la hausse des primes appliquée par les entreprises d'assurance Hospitalisation. Malgré une intervention législative encadrant les modalités autorisant les hausses de primes dans la branche[33], nombreux sont les consommateurs qui s'interrogent sur leur régularité. Selon la loi, l'assureur Hospitalisation peut augmenter le montant de la prime en référence à un index décrit par la loi. Cependant, cette adaptation peut être insuffisante au regard de l'équilibre financier de la branche (solvabilité). Dans ce cas, l'assureur peut augmenter les primes au-delà de l'index, moyennant l'autorisation de la Banque nationale sur avis de la FSMA, ou de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

Lorsque la hausse est supérieure à l'index, l'Ombudsman va procéder à une enquête qui prendra un certain temps. En effet, elle devra interroger l'entreprise d'assurances qui devra lui rapporter la preuve que la hausse tarifaire a été autorisée et ratifiée par les autorités. De plus, elle vérifiera si l'adaptation individuelle est conforme aux critères repris et accordés dans le dossier officiel. Durant ces démarches, le consommateur est incertain et ne peut se décider : doit-il résilier son contrat ? Doit-il rechercher un nouvel assureur ? Doit-il payer la prime ? En cas de paiement, quel montant doit-il verser ?

Avis de l'Ombudsman

Sur la base de ces analyses, l'Ombudsman constate qu'une publication officielle des autorisations d'augmentation de primes en assurance Hospitalisation éviterait des incompréhensions et des réclamations.

Elle recommande donc que les autorités compétentes publient sur leur site internet l'autorisation à la destination du public et qu'une mention de l'existence de cette publication soit reprise sur l'avis d'échéance de paiement de la prime adressé au consommateur.

33 Art. 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2015.

Un regard sur les chiffres

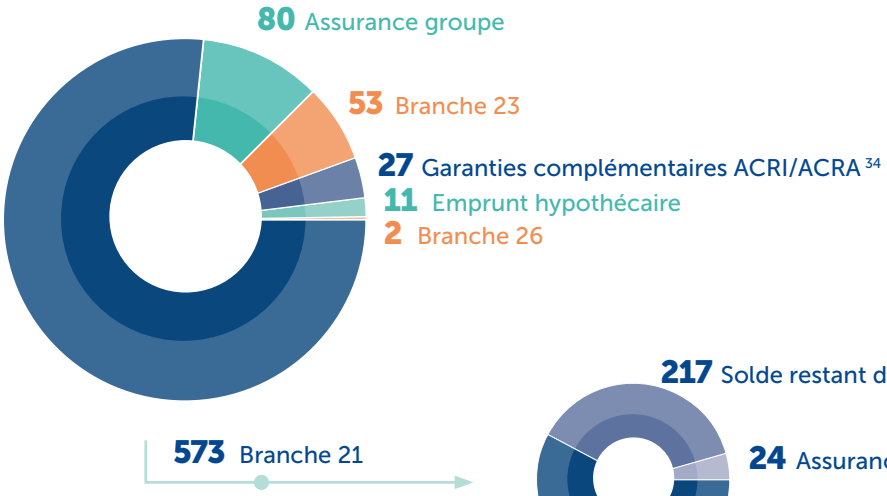
En 2015, l'Ombudsman enregistre une croissance de 20 % en assurance Vie. Avec 746 dossiers, la branche Vie représente 17 % de l'ensemble des doléances.

Cette hausse trouve principalement son origine dans les assurances Solde restant dû dont le nombre des dossiers a doublé en 2015. L'année 2014 avait été marquée par un nombre nettement moins élevé de doléances en **Branche 23** et en assurance Groupe. En 2015, ce type de dossiers revient, en nombre, à la situation de 2013. La nature des réclamations est cependant différente. En effet, les réclamations portent moins sur les conseils apportés lors de la souscription des contrats mais concernent plutôt le blocage ou la liquidation de fonds d'investissement, le calcul et la liquidation du capital à l'échéance ainsi que les éventuelles conséquences fiscales.

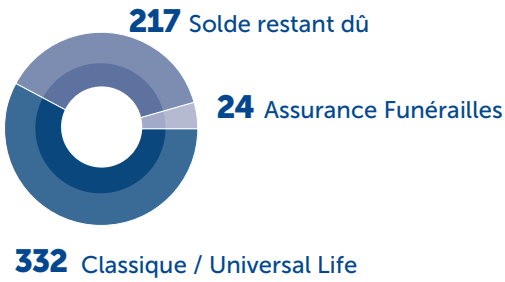
La majorité des demandes d'intervention portent toujours sur la **Branche 21** qui représente 77 %.

Sur les 746 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 463 dossiers (62 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 50 % des cas.

Total : 746



Répartition assurance Vie



Répartition Branche 21

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

Trois points sous la loupe

Le nombre des dossiers en assurance Solde restant dû a doublé

Face à la baisse des taux d'intérêt, de nombreux consommateurs ont renégocié leur contrat de crédit hypothécaire qui est en cours. Lors des négociations, la comparaison s'est focalisée sur les conditions du crédit, sans qu'aucune attention particulière ne soit accordée au volet assurance.

Après un refinancement de son emprunt, le consommateur peut rencontrer des problèmes d'assurance et saisit l'Ombudsman en l'interrogeant sur les possibilités de maintenir l'assurance Solde restant dû souscrite initialement, sur l'opportunité de résilier le contrat, sur les démarches qu'il doit entreprendre, sur l'arrêt automatique du contrat lorsque le crédit est remboursé, sur le droit à une valeur de rachat... Le nombre de réclamations relatives au rachat, au remboursement de primes ainsi qu'au problème de résiliation de l'assurance Solde restant dû a globalement quadruplé en 2015. La nature des problèmes n'est pas neuve et a déjà fait l'objet d'une description détaillée dans le rapport annuel de 2013[35].

Par ailleurs, en 2015, l'Ombudsman s'attendait à recevoir moins de dossiers en assurance Solde restant dû suite à la mise en application de la loi dite Partyka-Lalieux[36]. Dans le passé, ces demandes étaient en principe analysées sous le couvert de la loi anti-discrimination. Depuis le 1er janvier 2015, le consommateur présentant un risque de santé aggravé peut, dans certaines conditions prévues par la loi, s'adresser au Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû[37]. Ce Bureau est chargé d'analyser son dossier et de se prononcer soit sur le montant de la surprime réclamée supérieure à 75 %, soit sur le refus par l'entreprise d'assurances d'accorder une couverture.

Depuis l'entrée en fonction du Bureau, l'Ombudsman remarque, à l'objet des doléances, que les entreprises d'assurances souhaitent apparemment éviter que le dossier ne soit soumis au Bureau et dès lors tiennent compte du seuil de 75 % dans le calcul des surprimes. Lorsque la surprime est inférieure à 75 %, les éventuelles contestations relèvent de la compétence de l'Ombudsman qui va les analyser sous le couvert de l'application de la loi anti-discrimination. En 2015, l'Ombudsman a transmis, parmi les 46 demandes reçues sur cette problématique, 14 dossiers au Bureau, car ils relevaient de sa compétence.

En assurance Groupe, les inquiétudes des ayants droit après le décès d'un travailleur

Globalement, le nombre de dossiers comptabilisés en assurance Groupe a augmenté. L'Ombudsman a notamment reçu des demandes d'intervention formulées par des indépendants qui souhaitaient récupérer le capital de leur pension complémentaire avant le terme prévu. A l'instar des employés,

35 *Chiffres et Analyse 2013 Ombudsman des Assurances,* p. 24.
36 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.
37 Art. 217 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014.

il n'y a aucun droit au rachat avant 60 ans pour ces contrats [38]. Mais certains indépendants, face à des circonstances telles que la maladie, la faillite..., souhaitent percevoir les fonds qui devraient leur permettre de traverser une période difficile. La loi, cependant, interdit tout prélèvement.

La couverture Décès dans l'assurance Groupe est également sujet d'inquiétudes. C'est, en général, au moment du décès de l'assuré d'une assurance Groupe que les ayants droit s'interrogent et constatent qu'ils ne reçoivent aucun capital. En effet, lorsqu'un travailleur quitte un employeur, peu importe le motif (maladie, changement...), l'affiliation à l'assurance Groupe s'arrête. Le travailleur est informé, par une lettre, des différentes options qui s'offrent à lui, mais il perd souvent de vue que la garantie Décès peut disparaître. En 2015, les partenaires sociaux se sont accordés sur le sort à réserver à la garantie Décès lors du départ du travailleur d'un employeur. Dorénavant, le travailleur pourra faire appel à une couverture Décès pour un capital égal aux réserves déjà constituées [39]. Cette couverture Décès sera financée sans formalités médicales préalables mais la loi prévoit certaines conditions de délai après le départ pour l'activer. Cette solution n'est cependant que partielle. En effet, le sort de la couverture Décès n'est pas réglé pour les cas où le travailleur est en incapacité pour une longue durée sans que son contrat de travail n'ait pris fin. Dans ce cas, déjà décrit par l'Ombudsman dans son rapport de 2011 [40], comme l'employeur ne cotise plus, le travailleur perd le bénéfice d'une garantie Décès.

Sur quel versement prélever le rachat partiel d'un contrat Universal Life ?

C'est dans la **Branche 21** Classique / **Universal Life** qu'il y a le plus de dossiers enregistrés. Cette constatation n'est guère étonnante au regard de la part représentative de ces produits dans les encaissements des entreprises d'assurances. La génération actuelle des produits d'assurance Vie **Branche 21** offre des garanties flexibles pour le paiement des primes et le taux d'intérêt. Ainsi, dans un contrat formé par différents paiements successifs, le taux d'intérêt est garanti pour une période en général de huit ans et peut varier à chaque versement (formule **Universal Life**).

Le preneur d'assurance qui veut racheter une partie du capital va souhaiter le prélever sur la tranche qui représente le rendement le moins élevé. Sur ce point, il faut se référer aux conditions générales. Mais, en pratique, souvent, elles ne décrivent pas la méthode de prélèvement à appliquer. De quelle tranche de capital faut-il prélever le montant, doit-on faire un prorata sur les différents versements, faut-il appliquer le LIFO (Last In, First Out) ou le FIFO (First In, First Out) ? Déjà en 2012, l'Ombudsman a décrit cette problématique [41]. Entre-temps, la nouvelle loi sur les assurances est entrée en vigueur. Cette loi prévoit explicitement qu'en cas de doute sur l'exécution du contrat, comme par exemple une opération de rachat, l'interprétation la plus favorable au consommateur doit l'emporter [42]. Par conséquent, l'Ombudsman s'interroge sur la régularité de la décision de l'entreprise d'assurances qui applique la règle du prorata lors du rachat partiel d'un contrat dont les dispositions ne prévoient rien de particulier.

Par ailleurs, en 2014, l'Ombudsman a mis en avant le problème de la liquidation d'une assurance Vie lorsque le bénéficiaire était mineur d'âge [43]. En effet, le capital est versé sur un compte bloqué jusqu'à sa majorité. La nouvelle loi apporte une ouverture en autorisant le juge de paix à libérer certaines sommes [44].

38 Art. 49 de la loi programme (I) du 24 décembre 2002, *M.B.,* 31 décembre 2002.
39 Art. 31 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, *M.B.,* 15 mai 2003, adapté par la loi du 18 décembre 2015 visant à garantir la pérennité et le caractère social des pensions complémentaires et visant à renforcer le caractère complémentaire par rapport aux pensions de retraite, *M.B.,* 24 décembre 2015.
40 *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances,* p. 60.
41 *Chiffres et Analyse 2012 Ombudsman des Assurances,* p. 40.
42 Art. 23 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2015.
43 *Chiffres et Analyse 2014 Ombudsman des Assurances,* p. 26.
44 Art. 68 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.,* 30 avril 2014 modifié par l'art. 86 de la loi du 26 octobre 2015 modifiant le Code de droit économique et portant diverses autres dispositions modificatives, *M.B.,* 30 octobre 2015.

Recommandation

Il faut imposer un délai strict pour la liquidation du capital !

L'Ombudsman est régulièrement saisie de réclamations de bénéficiaires d'assurance Vie sur le délai pris pour réaliser les différentes opérations au moment de la liquidation du contrat. Force est de constater qu'à la différence d'autres branches d'assurance, comme l'Auto ou l'Incendie, il n'y a pas de délai sanctionné par une disposition législative. A l'examen des dossiers, l'Ombudsman constate que les retards sont souvent dus à un manque de proactivité dans la récolte des documents, à un défaut de coordination entre les différents services de gestion concernés au sein de l'entreprise d'assurances ou à de multiples autres raisons.

La situation est encore plus tendue pour les ayants droit qui rencontrent des difficultés lors de la liquidation de l'assurance Solde restant dû. Dans certains dossiers, l'entreprise d'assurances, qui a des doutes sur la validité de la garantie en cas de suicide, de défaut d'information d'un état préexistant..., demande des justificatifs complémentaires. Mais souvent, ni les entreprises d'assurances ni les ayants droit n'ont une maîtrise sur le délai dans lequel ces documents seront disponibles. L'attente d'un dossier répressif peut même durer plusieurs mois lorsque la clôture dépend des conclusions de l'enquête du Parquet sur une mort suspecte. Seuls les ayants droit en subissent des inconvénients. En effet, l'institution de crédit va se tourner vers eux pour obtenir la liquidation du prêt ou le paiement d'intérêts jusqu'au remboursement du capital restant. Durant la période qui court entre le décès et le paiement du capital, l'entreprise d'assurances, responsable du délai, ne se voit imposer aucune obligation de payer des intérêts de retard.

Avis de l'Ombudsman

A l'instar d'autres branches d'assurance, il faudrait un cadre réglementaire qui fixe les délais d'exécution des opérations de liquidation d'un contrat d'assurance Vie. De plus, le non-respect de ces délais devrait être sanctionné par des indemnités compensatoires.

CHAPITRE

3

L'année 2015 pour les intermédiaires en assurances

Attention : nouvelle approche des chiffres

L'ANNÉE 2015 POUR LES INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

Un regard sur les chiffres

En 2015, l'Ombudsman a reçu 580 demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires soit un relatif statu quo par rapport aux années antérieures. Globalement, le nombre de réclamations reste faible. C'est grâce à la relation de proximité que l'intermédiaire en assurances entretient avec son client que le nombre des insatisfactions est bas. Leur relation proche et interactive permet de personnaliser la communication avec le client dans le choix et la gestion des assurances. L'intermédiaire pourra aussi répondre dès le premier signe d'étonnement ou d'insatisfaction. S'il reste mécontent, le client peut s'adresser directement à l'entreprise d'assurances ou tout simplement changer d'intermédiaire.

Répartition par branche d'assurance	2015
Auto	133
Vie	121
Incendie	90
Soins de Santé	55
Annulation	44
Divers (transport, crédit, non précisé)	36
Protection Juridique	33
Tous Risques (bijoux, GSM, PC, animaux domestiques...)	27
RC diverses	27
Assistance	7
Individuelle Accidents	5
Accidents du Travail	2
Total	**580**

2014	2015
570	580

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

Pour les demandes introduites en 2015, l'Ombudsman a dû envoyer 33 lettres recommandées[45] aux intermédiaires qui ne collaboraient pas à la gestion de la réclamation adressée à leur encontre. Lorsque le conseiller en assurances ne collabore pas, l'Ombudsman peut heureusement compter sur le soutien de l'organisme de contrôle des intermédiaires, la **FSMA**, qui va jusqu'à sanctionner l'intermédiaire récalcitrant en lui retirant l'agrément nécessaire à l'exercice de son activité professionnelle.

Sous l'angle des branches, on constate que trois branches représentent 60 % de l'ensemble. Ce sont les branches Auto (23 %) et principalement la **RC Auto** obligatoire, Vie (21 %) et Incendie (16 %). Par ailleurs, l'Ombudsman constate une hausse en assurance Annulation en passant de 14 à 44 dossiers. La majorité des insatisfactions sous cette couverture portent sur la gestion des sinistres pour le compte de l'entreprise d'assurances par certains intermédiaires spécialisés.

La branche Vie enregistre globalement une baisse. Cependant, selon les produits, les fluctuations diffèrent. Ainsi, il y a eu moins de doléances en **Branche 21** et concernant les produits étrangers de la **Branche 23**. Par contre, en assurance Solde restant dû, le nombre des demandes auprès de l'Ombudsman augmente de manière significative (+ 63 %).

45 Chiffres arrêtés au 31/01/2016.

En assurance Soins de Santé, il faut souligner la baisse du nombre des dossiers en assurance individuelle mais par contre la hausse de 42 % en assurance collective. Dans cette dernière catégorie de dossiers, l'intermédiaire spécialisé n'a pas uniquement un rôle de conseiller mais, en tant qu'agent souscripteur, il prend en charge la gestion des sinistres pour le compte de l'entreprise d'assurances.

Sur les 580 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 454 dossiers (78 %). Parmi ces dossiers qui sont clôturés, la demande du consommateur est justifiée dans 56 % des cas.

Trois points sous la loupe

La Belgique a anticipé le nouveau cadre législatif européen

Lorsque l'Ombudsman est saisie par un consommateur insatisfait, elle doit estimer si l'intermédiaire a rempli correctement son devoir de conseil au regard de ses attentes et de ses besoins. Cette appréciation doit se faire avec bon sens et raison afin d'évaluer la portée des obligations du conseiller en assurances. Sur ce point, la législation a évolué et un cadre plus strict est mis en place [46]. Lorsque l'Ombudsman examine les réclamations, elle analyse le respect par le conseiller en assurances de ses obligations en tenant compte également de l'attitude du consommateur qui doit agir de bonne foi et en bon père de famille. En pratique, la mise en vigueur des nouvelles règles **AssurMiFID** a été reportée au 1er mai 2015 car une fédération professionnelle avait introduit un recours devant la Cour constitutionnelle. La Cour a en effet reconnu, parmi les griefs pour lesquels elle était saisie, que les délais prévus pour la mise en application des nouvelles contraintes n'étaient pas réalistes [47].

Au niveau européen, l'environnement législatif évolue. La directive IDD (Insurance Distribution Directive) qui porte sur la commercialisation et la distribution de produits d'assurance en Europe a été publiée [48]. Cette directive définit, entre autres, les acquis minimums dont doivent disposer les professionnels de l'assurance dans le cadre de leurs activités quotidiennes (« professional requirements »), les réglementations en matière de vente d'assurance comme produit accessoire à un autre produit (ventes croisées – « cross-selling ») ainsi que le délicat sujet des modalités de rétribution des intermédiaires pour les produits d'investissement par les entreprises d'assurances (« inducement »). Il reste encore de nombreux travaux pour sa mise en œuvre.

Cependant, en marge de cette législation, il est important de souligner qu'au niveau européen, après de longues discussions, deux points sont déjà acquis. L'un porte sur la reconnaissance d'une approche différente pour les produits IARD et les produits d'assurance Vie. L'autre porte sur la transparence ou non des commissions des intermédiaires. Sur ce dernier point, il a été décidé que la mise en avant du coût de la distribution pourrait influencer négativement le consommateur qui, focalisé sur le coût, n'obtiendrait pas nécessairement le conseil le plus éclairé.

Cependant, au regard des nouvelles règles **AssurMiFID**, la Belgique a déjà anticipé les normes européennes. Ces dispositions sont parfois même plus strictes que la directive notamment quant à l'approche des informations à communiquer sur les produits IARD.

Les réclamations en assurance Solde restant dû augmentent de plus de 60 %

Globalement, la branche Vie enregistre une baisse de 20 % qui résulte des produits de la **Branche 21** et des produits étrangers **Branche 23**. Ainsi, la **Branche 21** ne représente plus que 4 % de l'ensemble des dossiers gérés à l'égard des intermé-

46 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.
47 C. const., 11 juin 2015, n° 86/2015, www.const-court.be.
48 Dir. (UE) n° 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, *J.O.C.E.*, n° L26/19 du 2 février 2016.

diaires alors qu'en 2014, elle représentait encore 9 %.

Par contre, l'Ombudsman constate une augmentation importante du nombre des doléances relatives à l'assurance Solde restant dû (+ 63 %). Elles représentent 42 % en branche Vie et 9 % de l'ensemble des cas traités à l'encontre des intermédiaires.

Cette tendance est liée aux nombreuses renégociations des prêts hypothécaires suite à la baisse des taux d'intérêt. Le consommateur se tourne vers l'Ombudsman car il reproche à son conseiller en assurances de ne pas avoir attiré son attention sur la nécessité de communiquer toutes les données médicales pertinentes lors de la souscription du nouveau contrat d'assurance Solde restant dû. Dans d'autres cas, il va même critiquer l'intermédiaire qui ne lui a pas conseillé de souscrire une nouvelle assurance. Sur ce point, il faut souligner que les nouvelles dispositions dites **AssurMiFID** applicables en matière d'assurance obligent chaque intermédiaire à vérifier au mieux, et de manière détaillée et précise, les besoins et les souhaits de son client lors de la conclusion d'un contrat d'assurance. Le cas échéant, le conseiller en assurances devra pouvoir justifier les motifs pour lesquels un contrat n'a pas été proposé.

Le consommateur souscrit de plus en plus une assurance Annulation sans intermédiaire en assurances

La couverture du risque d'annulation est conclue lors de la réservation d'un voyage en tant que service complémentaire. Sa souscription se fait par le canal d'une agence de voyage ou par internet. Au moment de la conclusion du contrat d'assurance, le consommateur ne prête que peu d'attention au contenu de ce produit accessoire et ne bénéficie pas de la même qualité d'assistance par ces deux canaux que celle octroyée par un intermédiaire professionnel qui va analyser ses besoins. C'est au moment où il se trouve confronté à l'obligation d'annuler son voyage qu'il découvre la portée des couvertures qu'il a conclues et est étonné du refus d'intervention de l'assureur.

L'Ombudsman a enregistré la plupart des plaintes (73 %) relatives à la gestion des sinistres de ces contrats Annulation à l'encontre de bureaux spécialisés qui travaillent sous le statut d'intermédiaire en assurances.

Parmi les cas de refus d'intervention, l'Ombudsman a connu de nombreux dossiers dans lesquels l'intermédiaire invoquait le caractère tardif de la déclaration du consommateur. Les conditions générales stipulent que la déclaration doit être introduite dans les 30 jours mais pour diverses raisons et notamment par ignorance, le consommateur ne respecte pas le délai. Dans ce cas, la loi prévoit que l'assureur ne peut se prévaloir du délai prévu dans le contrat d'assurance si l'assuré a déclaré le sinistre aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire [49]. De plus, la loi prévoit que le caractère tardif de la déclaration ne peut être invoqué par l'assureur que pour autant que le retard lui porte préjudice [50].

Les autres cas de refus d'intervention sont liés aux motifs d'annulation. La situation à la base de l'annulation fait-elle partie des cas couverts ? A côté de l'annulation pure et simple, l'assuré a parfois demandé le remboursement des frais de modification ou d'interruption du voyage. Ces frais ne sont pas couverts dans tous les contrats et s'ils le sont, ce n'est que sous certaines conditions.

49 Art. 74 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
50 Art. 76 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 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

Règlement en ligne des litiges de la Commission européenne

www.ec.europa.eu/odr/

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

Merci à Belfius pour la mise à disposition de la Belfius Art Gallery

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

Informations générales : budget et délais

Budget du Service Ombudsman Assurances

Le Service Ombudsman Assurances est une association sans but lucratif dont les actes constitutifs ont été publiés le 9 octobre 2006.

Conformément à l'article 11 des statuts de l'asbl, le budget des frais de fonctionnement du Service est approuvé annuellement par l'Assemblée Générale [51]. Le Conseil d'Administration fixe le montant ainsi que le mode de la répartition des cotisations entre les membres.

Le budget global pour 2015 s'élève à 1 628 255 euros. Il est divisé en deux catégories :

Dépenses de personnel : 1 302 696 euros

Dépenses de fonctionnement : 325 559 euros

Les comptes annuels sont approuvés chaque année par le réviseur d'entreprise et sont publiés, conformément à la législation, à la Banque nationale de Belgique sous le numéro d'entreprise 0884.072.054 [52].

Délais de gestion

La nouvelle loi relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation instaure des délais stricts [53]. Sur cette base, les conclusions de l'examen doivent être rendues dans un délai de 90 jours. Lorsque le dossier est complexe, ce délai peut être prolongé une seule fois pour une durée équivalente et le délai de gestion total est donc de 180 jours.

Le 1er février 2016, le Service Ombudsman Assurances a clôturé 4 886 dossiers parmi les 5 171 dossiers reçus. En 2015, le délai moyen pour traiter un dossier, qui a fait l'objet d'une enquête, s'élève à 81 jours.

51 www.ombudsman.as/
52 http://cri.nbb.be/bc9/web/catalog?execution=e1s1/
53 Loi du 4 avril 2014 portant insertion du Livre XVI, « Règlement extrajudiciaire des litiges de consommation » dans le Code de droit économique, *M.B.,* 12 mai 2014.

Glossaire

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

AssurMiFID : 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 et leurs arrêtés royaux d'exécution. Cette législation est également appelée « Twin Peaks II ».

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.

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.

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

RDR : Convention Règlement Direct/Directe Regeling qui prévoit un règlement direct pour l'indemnisation accélérée des dommages matériels résultant d'accidents de circulation.

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.

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 2015 est également disponible en format PDF sur le site www.ombudsman.as/
Een Nederlandstalige gedrukte versie van dit jaarverslag is op eenvoudig verzoek verkrijgbaar.

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

D/2016/0377-3

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