

De Ombudsman

VAN DE VERZEKERINGEN

2001

J A A R V E R S L A G

Nieuw adres:
de Meeûsplantsoen, 35
B-1000 Brussel

Inhoudstafel

1. Inleiding	3
2. Gebeurtenissen van 2001	5
2.1. De terreuraanslagen van 11 september	5
2.2. VVLL/MOVR-overeenkomst bijgewerkt	6
2.3. Een verzekeringscahier "Verzekering en preventie"	7
3. Statistieken en analyse	9
3.1. Voorafgaand	9
3.2. Aantal klachten	10
3.3. Oorsprong van de klachten	11
3.4. Verdeling per tak	12
3.5. Motief van de klachten	13
3.6. Resultaat van de klachten	21
3.7. Samenvattende tabel	23
4. Aanbevelingen	25
4.1. Follow-up van de aanbevelingen in het jaarverslag 2001	25
4.1.1. Tak Leven: transparantie in de kosten	25
4.1.2. Hospitalisatieverzekeringen: geleidelijke tariefaanpassing	26
4.1.3. Bedrag van de vrijstelling: nieuwwaarde of werkelijke waarde?	26
4.2. Aanbevelingen op grond van de in 2001 ontvangen klachten	27
4.2.1. Aanbeveling n°1	27
4.2.2. Aanbeveling n°2	27
5. Besluit	29
Bijlage 1: Praktijkgevallen	31
Bijlage 2: Charter van de ombudsman	36
Bijlage 3: Assurinfo nr. 37 van 22/11/2001 Uittreksel	
Het Bureau ziekte dringt aan op premie-indexatie van de gezondheidszorgverzekering	38
Bijlage 4: Uittreksel jaarverslag 1999	
Aanbevelingen op grond van de in 1999 ontvangen klachten	40
Bijlage 5: Lijst van de verzekeringsondernemingen die het charter onderschreven hebben	41
Bijlage 6: Procedure voor het indienen van een klacht bij de ombudsman	43
Welke klachten kunnen worden ingediend?	43
Hoe contact op te nemen?	43

1 Inleiding

De ombudsman verruimt haar horizon...

“De ombudsman van de BVVO is dood... leve de ombudsman van de verzekeringen”, titelde het weekblad van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen.⁽¹⁾

De ombudsman van de verzekeringsondernemingen wordt de ombudsman van de sector.

De verschillende spelers van de verzekeringssector spannen zich samen in om de afstand met de consument te verkleinen en beter aan diens verwachtingen tegemoet te komen.




Zij bieden hun cliënten die niet tevreden zijn over een bepaalde dienstverlening of informatieverstrekking de mogelijkheid om een beroep te doen op een neutraal en objectief adviesorgaan.

Voortaan kunnen ontevreden klanten zich met hun klachten wenden tot één en hetzelfde loket.

Dat betekent dat de ombudsman klachten en informatie-aanvragen zal behandelen met betrekking tot verzekeringsondernemingen en verzekeringstussenpersonen (makelaars en agenten), alsook Datassur.⁽²⁾

⁽¹⁾ Assurinfo n° 40 – 13/12/2001 blz.3

⁽²⁾ Datassur is een economisch samenwerkingsverband dat onder meer gegevensbanken beheert.



Doordat de ombudsman voortaan voor de hele sector bevoegd is, kan zij voor het behandelen van de klachten beschikken over alle elementen van een zaak. Ze heeft immers toegang tot zowel het dossier van de verzekeringsonderneming als dat van de tussenpersoon. Daarmee beschikt zij over een bijkomend wapen om de consument bij te staan, die zijn verzekeringsprobleem in zijn geheel ziet en niet altijd weet waar de oorzaak ervan precies ligt.

De fundamentele principes van de opdracht van de ombudsman werden vastgelegd in een charter⁽³⁾ dat door alle beroepsverenigingen van de verzekeringssector en Datassur werd ondertekend. Dat charter bevat onder meer de vier grondbeginselen die de leden van het Permanent Overleg Ombudslieden (POOL) hebben onderschreven.

⁽³⁾ Zie bijlage 2

2 Gebeurtenissen van 2001

2.1 DE TERREURAANSLAGEN VAN 11 SEPTEMBER

Het jaar 2001 zal voor altijd geassocieerd worden met 11 september, de dag waarop de aanslagen op de bekende WTC-torens van New York werden gepleegd.

Naast het apocalyptische spektakel en het menselijke drama, heeft ook de wereldeconomie en in het bijzonder de verzekeringssector in de klappen gedeeld.

De betrokken verzekeringsondernemingen hebben de slachtoffers moeten vergoeden. De bedragen zijn niet min. Meteen rees ook de vraag hoe het verder moest met de dekking van dergelijke risico's. De terreurdaden van 11 september waren immers van een nooit geziene omvang. In sommige takken vragen de verzekeraars zich dan ook af onder welke voorwaarden zij sommige risico's nog kunnen dekken.

De enorme financiële verliezen die enkele verzekeringsgroepen op wereldschaal hebben geleden, hebben overigens onrechtstreeks geleid tot drastische maatregelen op het vlak van de kwaliteit van de risico's in portefeuille: strengere aanvaardingscriteria en een doorgedreven saneringsbeleid.

Een beter technisch rendement moet de forse daling van de financiële inkomsten kunnen compenseren.



2.2 VVLL/MOVR-OVEREENKOMST BIJGEWERKT

De VVLL/MOVR-overeenkomst tussen verzekeraars heeft tot doel de vergoeding van verkeersslachtoffers te versnellen.

VVLL/MOVR staat voor “Versnelde Vergoeding van Lichamelijke Letsels” en “Multilaterale Overeenkomst voor Voorlopige Regeling”. Het deel VVLL zorgt ervoor dat een niet aansprakelijk slachtoffer de verzekeraar “burgerrechtelijke aansprakelijkheid motorrijtuigen” kan vragen om zijn lichamelijke letsels te vergoeden.

Het deel MOVR daarentegen beoogt de vergoeding van zowel lichamelijke als materiële schade van onschuldige slachtoffers wanneer de aansprakelijkheden tussen twee of meerdere betrokken partijen worden betwist.

Beide overeenkomsten voorzien in vergoedingstermijnen.

Sinds de invoering ervan werden nieuwe wetgevende initiatieven genomen.

Zo worden lichamelijke letsels van “zwakke weggebruikers” (voetgangers, fietsers en passagiers) sinds 1995 automatisch vergoed. De vierde Europese richtlijn “BA-motorrijtuigen”, ook de richtlijn-Rothley genoemd, heeft dan weer tot doel de slachtoffers van verkeersongevallen in het buitenland sneller te vergoeden.

De verzekeraars hebben die wetgevingen geïntegreerd en onderling gedragsregels aangenomen om discussies over mogelijke interpretaties te voorkomen. Het slachtoffer zal gemakkelijker en sneller worden vergoed, aangezien de huidige wetgeving nog niet voorziet in een vergoedingstermijn.⁽⁴⁾

⁽⁴⁾ Voor meer details, zie Assurinfo nr. 2 - 17 januari 2002

2.3 EEN VERZEKERINGSCAHIER “VERZEKERING EN PREVENTIE”

De rol van de verzekeraar bestaat erin de veiligheid te vergroten.

Al enkele jaren benaderen de verzekeraars de verzekering vanuit een andere hoek: “voorkomen is beter dan genezen!”.

In het kader van dat preventiebeleid heeft de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen een cahier gepubliceerd waarin enkele relevante acties worden toegelicht.

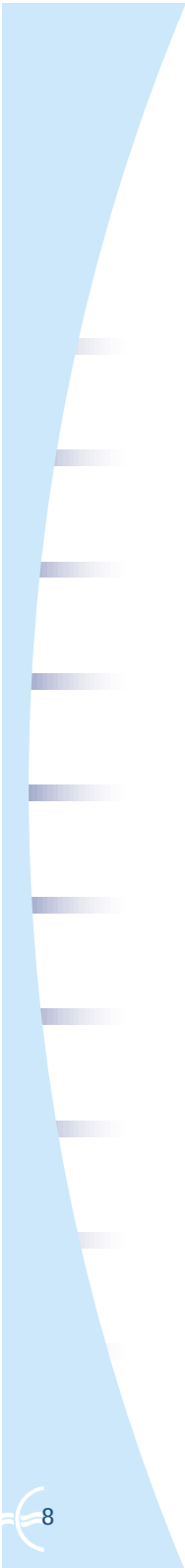
In het voorwoord verklaart gedelegeerd bestuurder Michel Baecker het volgende:

“Verzekerden verwachten van hun verzekering niet alleen een schadeloosstelling wanneer het lot hen treft, maar ook bescherming. De verzekering zou dan pas een gevoel van geruststelling kunnen bieden en een positief imago verdienen bij haar klanten en onder het publiek”.⁽⁵⁾

Zoals blijkt uit de titel “Verzekering en preventie: een oproep, een aanmoediging”, doet het cahier een oproep tot de verzekeraars. Het is ook een aanmoediging voor al wie reeds aan risicopreventie doet en meewerkt aan de voorlichting van het publiek.



⁽⁵⁾ Te raadplegen op de site www.bvvo.be



3 Statistieken en analyse

3.1 VOORAFGAAND

De statistische analyse van de klachten die de ombudsman behandelt, gebeurt aan de hand van codes die worden bepaald op het ogenblik dat de klacht geregistreerd wordt.

Die codes worden in vijf categorieën onderverdeeld:

a. Tak

Hier worden de klachten gerangschikt volgens de tak, de subtak of zelfs de dekking (motorrijtuigen, leven, brand, diefstal...) waarop ze betrekking hebben.

b. Oorsprong

Deze code duidt het profiel aan van de persoon die klacht heeft ingediend (verzekerde, tussenpersoon, andere).

c. Motief

Deze code duidt het motief aan dat de persoon ertoe aangezet heeft een klacht in te dienen. Waarover is hij niet tevreden? Waarom doet hij een beroep op de ombudsman?

d. Soort dossier

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de klachten over de “productie”, d.w.z. over de contractsluiting, en de klachten over het “schadegeval”, namelijk over de schadeloosstelling door de verzekeraar.

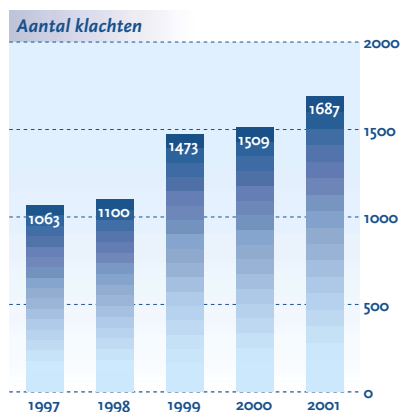
e. Resultaat

Deze code onderscheidt klachten die door de ombudsman onderzocht worden, van klachten die zij niet heeft moeten behandelen. Er wordt vermeld waarom bepaalde klachten buiten haar bevoegdheid vallen: zaak van de Controledienst voor de Verzekeringen (CDV), vragen van commerciële aard, vragen in verband met het beleid inzake de risicoaanvaarding...

Bij de onderzochte klachten wordt voorts nog een onderscheid gemaakt tussen gegronde en ongegronde klachten.

3.2 AANTAL KLACHTEN

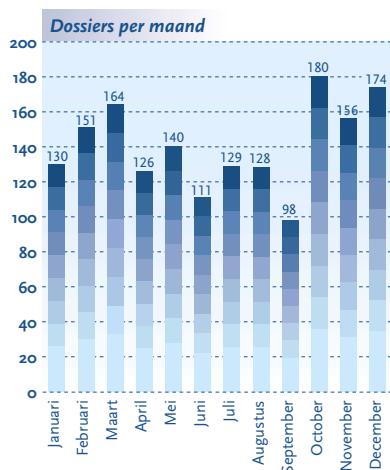
In 2001 heeft de ombudsdienst 1687 schriftelijke klachten geregistreerd, tegen 1509 in 2000, dat is dus een toename van zo'n 12 %. In vijf jaar tijd bedraagt de stijging bijna 60 %. Die toename heeft vooral te maken met de **bekendheid van de functie**.



Via welke kanalen kan het publiek het bestaan van de ombudsman vernemen?

Er zijn er meerdere. Zo wordt naar de ombudsman verwezen in de algemene voorwaarden van de overeenkomsten die de verzekeringsondernemingen uitgeven, in de lijsten van hulpcentra en in brochures waarin de mogelijkheden van buitengerechtelijke regelingen worden uitgelegd. Daarnaast zijn er de sites op het Internet en vanzelfsprekend ook de "mond-tot-mond-reclame". Maar het zijn vooral de media die de meeste ruchtbaarheid aan de ombudsfunctie geven. Ze beïnvloeden zonder enige twijfel het gedrag van het publiek en zijn de meest rechtstreekse bron van informatie.

Uit onderstaande grafiek blijkt bijvoorbeeld duidelijk welke invloed de persvoorstelling van het jaarverslag 2000 in oktober en die over de omvorming van de ombudsman van de BVVO tot de ombudsman van de verzekeringen in december, op het aantal klachten hebben gehad.



De statistieken steunen enkel op de **schriftelijke** klachten. Tot voor enkele jaren ontving de ombudsman zo goed als alle klachten via de post, maar de consument maakt vandaag al uitgebreid gebruik van de fax en langzaam aan ook van e-mail. Iets minder dan honderd klachten werden reeds ingediend via dat nieuwe communicatiemiddel, dat ongetwijfeld meer en meer zal worden gebruikt. De ombudsdienst moet het

beheer van die mails dan ook integreren in zijn toekomstige organisatie.

Op het Internet huist de ombudsman voorlopig nog op de site van de BVVO, maar binnenkort zal zij over een eigen site kunnen beschikken.

3.3 OORSPRONG VAN DE KLACHTEN

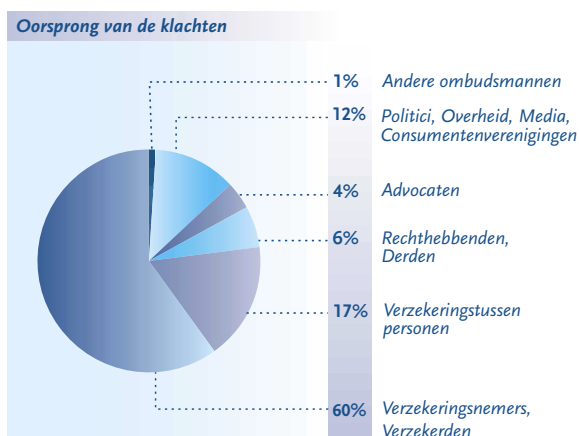
De oorsprong wordt bepaald door het profiel van de persoon die de klacht indient. Meestal gaan de klachten uit van de verzekerden en de rechthebbenden. Samen zijn zij goed voor 66%. De advocaten hebben 74 klachten ingediend, die voor 57% betrekking hebben op de tak Rechtsbijstand en de weigering van de verzekeraar om te vergoeden. Hoewel ze niet de hoedanigheid van verzekerde hebben, zijn zij niettemin rechtstreeks betrokken bij de regeling.

Doorgaans worden de klachten ingediend door de persoon die er persoonlijk belang bij heeft dat de verzekeraar zijn verbintenissen nakomt.

Daarna volgen de klachten door de verzekeringstussenpersonen (± 16%).

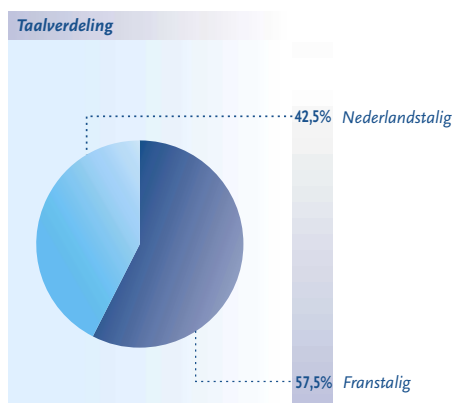
De ombudsman van de verzekeringen heeft 24 klachten ontvangen van collega-ombudsmannen.

De ombudsmannen, ongeacht hun sector, bewijzen daarmee dat zij de consument of burger die hun hulp inroept, daadwerkelijk willen helpen. Het overleg binnen het Permanent Overleg van de Ombudslieden (POOL) bevordert de uitwisselingen en maakt het elk lid mogelijk om de bevoegdheden van zijn collega's beter te leren kennen.



Wanneer een dossier meerdere bevoegdheden omhelst, zullen de betrokken ombudsmannen samen op een doeltreffende manier de klacht behandelen.

Vlaanderen telt meer ombudsmannen, maar toch dienen Franstaligen, op het vlak van verzekeringen, steevast meer klachten in dan hun “noorderburen”. Dat verschil komt vooral tot uiting in de takken Motorrijtuigen en Rechtsbijstand.



3.4 VERDELING PER TAK

Net als de voorgaande jaren hebben de klachten voornamelijk betrekking op de tak **Motorrijtuigen** en meer bepaald de verplichte BA-verzekering. Al meerdere jaren maken deze meer dan 30% uit.

De klachten nemen toe in **Brand** (+ 20%), meer bepaald voor de waarborg waterschade, en ook in **Gezondheidszorg** (+68% in twee jaar). In Woningdiefstal is het aantal klachten in twee jaar met 39% gestegen.

Er is een status-quo in **Rechtsbijstand**, met een nog altijd vrij hoog percentage van 16%, alsook in de tak **Leven** (10%).

De verklaring voor al die schommelingen heeft voornamelijk te maken met de redenen waarom de consument een klacht indient (zie punt 3.5 “motief van de klachten”).

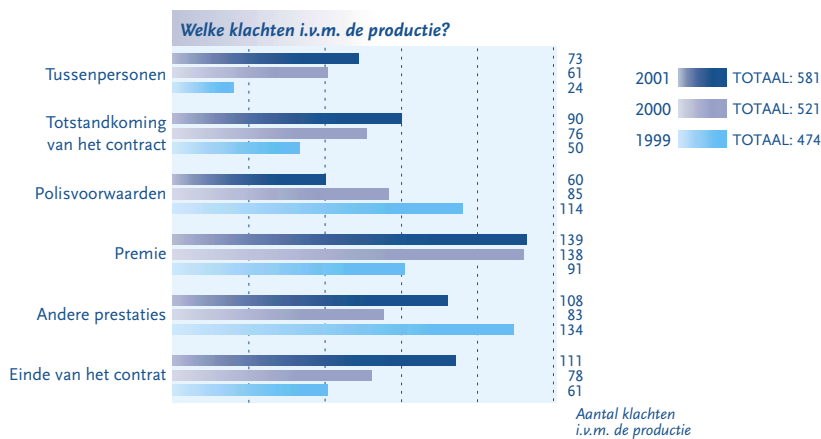
	2001		2000	
Motorrijtuigen	545	33%	508	34%
Brand	245	15%	197	13%
Diefstal, behalve Motorrijtuigen	54	3%	33	2%
Arbeidsongevallen	48	3%	43	3%
Leven	171	10%	170	11%
Burgerr. Aansprakelijkheid	118	7%	110	7%
Gezondheidszorg/Arbeidsongeschiktheid	122	7%	112	7%
Individuele Ongevallen	22	1%	18	1%
Rechtsbijstand	276	16%	247	17%
Diversen (reis, annulatie, transport...)	86	5%	71	5%

3.5 MOTIEF VAN DE KLACHTEN

65% van de klachten betreft de **schaderegeling**.

Dat blijvende fenomeen is eenvoudig te verklaren, want het is pas nadat het schadegeval is voorgevallen en wanneer het wordt geregeld, dat de verzekerde de inhoud en de kwaliteit die hij van de diensten van de verzekeraar verwachtte, kan beoordelen.

a. Welke klachten i.v.m. de productie?



Steeds meer klagers betwisten de **opzegging van de overeenkomst**.

De aard van de klachten is tweërlei:

- ofwel klaagt de consument erover dat zijn overeenkomst werd opgezegd,
- ofwel klaagt hij erover dat de verzekeringsmaatschappij weigert om de opzegging te aanvaarden die hij haar had meegedeeld.

De ombudsman moet dan nagaan of alle wettelijke en contractuele bepalingen werden nagekomen.

Voor zover zij de termijnen en wettelijke vereisten naleven, staat het de verzekeraars als commerciële ondernemingen immers vrij om een risico al dan niet in hun portefeuille te behouden.

Het eerste contact gebeurt meestal telefonisch, zonder daarom tot een schriftelijke klacht te leiden. Aan de hand van de schriftelijke klachten is de ombudsman evenwel tot de vaststelling gekomen dat meer dan 50% van die mondelinge klachten gegrond blijkt (zie info blz. 20).

Die klachten in verband met de opzegging blijven in aantal toenemen, terwijl ze in het verleden zo goed als niet bestonden. Sinds oktober 2000 stellen we een aanhoudende toename vast, vooral in de tak BA-motorrijtuigen. Onder die categorie vallen ook de klachten die geregistreerd worden onder het motief "moeilijk te plaatsen risico's": het gaat om consumenten die erover klagen dat zij moeite hebben om een verzekeraar te vinden of op zijn minst een dekking tegen een redelijke, aanvaardbare prijs.

Die situatie heeft te maken met het feit dat de verzekeringsondernemingen hun portefeuilles saneren om hun resultaten in evenwicht te houden: ze sluiten de slechte of de "verzwaarde" risico's uit en gaan bij de contractsluiting heel selectief te werk.

In die context is het niet verwonderlijk dat de statistieken wijzen op een forse stijging van het aantal gevallen van niet-verzekering in de verplichte BA-motorrijtuigverzekering.

Tijdens de voorstelling van het activiteitenverslag 2001 aan de pers heeft de voorzitter van de BVVO verklaard dat de motorrijtuigverzekering vandaag een waar probleem vormt. De verzekeringsondernemingen hebben herhaaldelijk technische verliezen geleden, die enerzijds voortvloeien uit de lagere premies (-8% in vijf jaar) als gevolg van de scherpe concurrentie en anderzijds uit de stijging van externe elementen zoals de kostprijs van voertuigen en vervangstukken⁽⁶⁾, en de nieuwe indicatieve tabel voor de lichamelijke letsels.

De voorzitter van de BVVO heeft toegegeven dat bepaalde categorieën van personen (jongeren en ouderen) als gevolg van de segmenteringstechnieken geen verzekering meer vinden tegen een aanvaardbare prijs. Maar, voegde hij eraan toe, het probleem moet in zijn geheel worden aangepakt. Zo heeft hij erop aangedrongen dat de overheid strengere preventiemaatregelen neemt en instemt met een automatische aanpassing van de tarieven aan de ontwikkeling van voornoemde externe elementen. De verantwoordelijken van de verzekeringsondernemingen riep hij op om deze malaise met de nodige creativiteit weg te werken.

Aan de hand van sommige klachten heeft de ombudsman kunnen vaststellen dat de tussenpersonen en kandidaat-verzekerden die zich tot de Pool voor moeilijk te plaatsen risico's wenden, vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de elementen die nodig zijn om de dekkingsvoorwaarden te verkrijgen. Anderen klagen over de administratieve rompslomp.

⁽⁶⁾ jaerverslag 2001, BVVO, blz. 51

Zonder te wachten tot het einde van het jaar om de sector via een aanbeveling te informeren, heeft de ombudsman de verantwoordelijken van de Pool attent gemaakt op de elementen die zijn werking bemoeilijken. Haar verzoek heeft tot een constructieve actie geleid. Zo bevat de website van het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds sinds januari 2002 een rubriek “moeilijke risico’s”. De procedure wordt er beschreven en de surfer krijgt er rechtstreeks toegang tot het formulier “verzekeringsvoorstel” dat hij kan invullen.⁽⁷⁾

De tussenpersonen werden overigens uitgebreid geïnformeerd over deze site.

Terwijl de verzekeringsondernemingen bepaalde soorten van risico’s weigeren, doen ze er soms alles aan om de goede te houden.

Ze zijn geneigd om de bepalingen in verband met het versturen van de opzeggingsbrief heel strikt te interpreteren.⁽⁸⁾

Administratieve vergissingen of vergetelheden zijn niet uitgesloten. Zo weigeren de verzekeraars soms de opzegging te aanvaarden omdat er referenties of polisnummers ontbreken, de naam van de maatschappij na een fusie verkeerd vermeld is of de aangetekende brief aan de tussenpersoon werd gericht.

b. Welke klachten i.v.m. de schaderegeling ?

	2001 aantal	2000 aantal	1999 aantal
- Prestaties van de verzekeraar	1083	988	999
- te trage uitkering/geen antwoord	134	178	187
- gebrek aan verantwoording	167	139	138
- handelwijze van lasthebbers (advocaten, experts, artsen)	27	11	13
- betaling van voorschotten	18	5	3
- toepassing van conventies	23	10	13
- weigering tot vergoeding	460	454	431
- passief beheer in Rechtsbijstand	63	32	55
- bedrag van de uitkering	191	155	159

⁽⁷⁾ zie site www.fcga-gmwf.be

⁽⁸⁾ zie geval nr. 3

De ombudsman herinnert in dat opzicht aan de aanbeveling die zij in haar jaarverslag van 1999⁽⁹⁾ heeft geformuleerd en waaraan de gemengde commissie voor de Productiviteit nog geen gevolg heeft gegeven.

De weigering om te vergoeden blijft met zo'n 43% de voornaamste klachtreden wat de schaderegeling betreft. Dat percentage is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van het jaar voordien.

De klachten in verband met het bedrag van de uitkering, het gebrek aan verantwoording en het passieve beheer in Rechtsbijstand zijn daarentegen toegenomen.

De weigering tot vergoeding

Die klachten zijn goed voor 75% wat de waarborgen "diefstal" en de contracten "reisannulatie" betreft.

In Gezondheidszorg bedraagt dat percentage 50% en in Waterschade en Rechtsbijstand 25%.

In de *gezondheidszorgverzekering* weigeren de verzekeringsondernemingen om de medische hospitalisatiekosten te betalen wanneer er sprake is van een vooraf bestaande toestand van de zieke, terwijl deze laatste wel degelijk te goeder trouw handelt. Het is een terugkerend probleem en hopelijk leiden de besprekingen in de subcommissie Verzekeringspraktijk en –kwaliteit⁽¹⁰⁾ tot een redelijke oplossing voor de verzekerden die te goeder trouw handelen. De verzekeraars weigeren eveneens om de ingrepen te vergoeden die volgens hen louter esthetisch zijn, ook wanneer de klager een verandering van zijn gezondheidstoestand inroept.

In sommige gevallen worden alleen bepaalde posten van de factuur geweigerd, zoals het hartprothesemateriaal, dat niet onder een Riziv-code is opgenomen.



(9) zie bijlage 4 uittreksel jaarverslag 1999, blz. 22

(10) Die subcommissie ressorteert onder de Commissie voor Verzekeringen die aan de minister van Economie rapporteert.

In *Rechtsbijstand* steunen de meeste geweigerde vergoedingen op de mogelijkheid die de verzekeringsondernemingen zich voorbehouden om het geschil op minnelijke wijze te trachten op te lossen. Meer en meer klachten betreffen ook de interpretatie van de algemene voorwaarden en meer bepaald de omvang van de andere waarborgen dan die met betrekking tot de motorrijtuigen. De betwistingen gaan over het begrip “schadegeval” en het ogenblik waarop het voorvalt. De meningen verschillen ook soms wanneer contractuele geschillen uitgesloten zijn. Als het geschil zich situeert in het kader van een contract, weigert de verzekeraar de gerechtskosten te dragen wanneer de vordering zowel slaat op de buitencontractuele burgerrechtelijke aansprakelijkheid of de burenruzies, als de contractuele aansprakelijkheid. Volgens de verzekeraar wordt de samenloop van aansprakelijkheden alleen ingeroepen om de schade vergoed te krijgen. In dat opzicht hebben enkele verzekeringsondernemingen in de algemene voorwaarden van hun overeenkomsten duidelijkheidshalve gepreciseerd dat alle geschillen waar een contractuele band bestaat, van de dekking zijn uitgesloten.

Na de geweigerde dekking volgt het **bedrag van de uitkering** als belangrijkste reden om een klacht in te dienen. In de tak Arbeidsongevallen maken die klachten 25% uit en in de tak Brand 16%.

Het slachtoffer van een *arbeidsongeval* is vaak niet op de hoogte van de basisprincipes van de vergoeding en verwacht deze met die van de vergoedingen die de verzekeringsonderneming van de aansprakelijke in gemeen recht uitkeert. De uitkeringen op grond van de arbeidsongevallenwet hebben een prioritair karakter en zijn begrensd.

De verschillen hebben vooral te maken met de vergoeding van de medische kosten, de uitsluiting van morele schade en de berekening van de arbeidsongeschiktheid op economische in plaats van fysiologische basis.

Wanneer de ombudsman gevraagd wordt of het bedrag van de toegekende *schadevergoeding* wel klopt, zal zij in elk geval alleen controleren of de wettelijke voorschriften en overeenkomsten nageleefd zijn. Zij gaat dan na of de vrijstellingen, de afrekening van een kwitantie op basis van een contract “materiële schade” (omnium auto) of op basis van een expertiseverslag in de brandverzekering, en de fiscale bepalingen correct werden toegepast. Zij zal echter niet beginnen te onderhandelen met de verzekeringsondernemingen en zal de verzekerden of slachtoffers geen advies geven over de vergoeding van schade waarvoor de rechtbanken variabele bedragen toekennen (gebruiksderiving en financiering van een voertuig, schade als gevolg van tijdelijke of blijvende ongeschiktheid, morele schade, esthetische schade...). Zij zal hen verwijzen naar de verzekeringsadviseurs (tussenpersonen), de

rechtsbijstandsverzekeraars en de advocaten, die vooral als taak hebben het slachtoffer in zijn aanspraken bij te staan.

Het aantal klachten over het feit dat een beslissing onvoldoende of **niet verantwoord** wordt, neemt toe. De communicatie blijft duidelijk de kern van het probleem in de sector.

De verzekering wordt almaar gespecialiseerder en haar omgeving steeds ingewikkelder. Een leek raakt verloren in de vele abstracte begrippen en het specifieke technische jargon. Dat onbekende wekt een gevoel van wantrouwen.

De ombudsman krijgt dan ook meer en meer *verzoeken om inlichtingen*. De consument tracht informatie te verkrijgen, of de bevestiging daarvan, bij een neutraal en objectief iemand.

Die activiteit van de ombudsman verloopt grotendeels via de telefoon. De oproepen vergen heel wat tijd en aandacht. Voor de oproeper is het niet altijd eenvoudig om zijn vraag duidelijk te formuleren. Zodra duidelijk is wat precies wordt gevraagd, moet de betrokkene volledig geïnformeerd worden. Het antwoord moet voor iedereen logisch zijn en in begrijpbare woorden worden geformuleerd.

De consument stelt ook meer en meer vragen via e-mail. De meeste mails zijn trouwens verzoeken om inlichtingen. Bij de uitwerking van de eigen site van de ombudsman moet daarmee rekening worden gehouden.

Zo zal er een rubriek moeten zijn met de antwoorden op de meest voorkomende vragen van algemene aard, bijvoorbeeld over de praktische gevolgen van nieuwe wetgevingen, de toepassing van wettelijke vrijstellingen...

Ombudsdiensten worden in het algemeen beschouwd als centra waar informatie kan worden ingewonnen.

In de verzekeringssector moeten de ombudsman en haar team bij het verwerken van verzoeken om informatie rekening houden met de rol van de andere verzekeringsactoren.

De ombudsman mag bijvoorbeeld nooit in de plaats treden van een verzekeringsadviseur (makelaar, agent...), van een bestaande klachtendienst binnen de verzekeringsondernemingen, van de rechtsbijstandsverzekeraars, enz.

Het is niet altijd eenvoudig om de klant de beperkingen van haar functie te doen inzien. Jammer genoeg besteden sommige maatschappijen nog te weinig aandacht aan de opvang van hun verzekerden en de slachtoffers, of op zijn minst informeren zij hen onvoldoende over de mogelijkheden daarvan.

Ondanks de inspanningen die ondernemingen hebben geleverd, zijn de dossierbeheerders er zich onvoldoende van bewust dat de kwaliteit van de opstelling en formulering van een boodschap aan een verzekerde of een slachtoffer uiterst belangrijk is. Een duidelijke brief is des te belangrijker wanneer het gaat om een geweigerde dekking, ook al is deze technisch verantwoord. De verzekeringsondernemingen die werken met een netwerk van verzekeringsadviseurs (makelaars, agenten...) rekenen op die tussenpersonen om de juiste informatie mee te delen. Jammer genoeg verloopt die doorstroming niet altijd even vlot...

De ombudsman krijgt zelfs klachten van verzekerden die hun verzekeraar over verschillende punten ondervragen en maar moeizaam alle informatie verkrijgen. Soms zijn er 4 tot 5 oproepen nodig om het volledige antwoord te krijgen!

Er wordt ook meer en meer geklaagd over een te **trage schaderegeling**. Ook wanneer de klacht niet onder dat motief geregistreerd is, wordt dit aspect vaak terzijde opgemerkt.

Via de telefoon wordt de ombudsman gevraagd of het normaal is dat het lichten van een strafdossier meerdere maanden in beslag neemt, het afsluiten van een expertise verschillende weken... Bestaan er wettelijke schaderegelings-termijnen? Wat zijn de sancties wanneer die worden overschreden?

De schaderegeling wordt ook vaak vertraagd doordat de slachtoffers het moeilijk hebben de nodige bedragen voor te schieten om de schade te herstellen, alsook door het ongemak dat het beschadigde goed meebrengt.

De termijn om de minnelijke of gerechtelijke expertise af te ronden (zie motief "gedrag van de lasthebbers") leidt vaak tot vertragingen.

De verzekerden vergeten dat, volgens de algemene rechtsbeginselen, de bewijslast op hen rust. Zij moeten aantonen dat het schadegeval en de omvang van de schade onder de dekking van de overeenkomst valt. Doordat zij zich daar niet altijd van bewust zijn, verzetten zij zich tegen verzoeken om aanvullende informatie, inspecties, expertises... Die onderzoeken dienen precies om hem te helpen die verplichting na te komen. Ze maken het de verzekeraar ook mogelijk om vast te stellen of de waarborg verworven is.

In de schadeverzekering moeten de verzekeringsondernemingen de oorzaak van het schadegeval en de omvang van de schade kunnen vaststellen. Artikel 56 van de wet op de landverzekeringen is hieraan gewijd. Het voorziet zelfs in sancties wanneer de verzekerde aan het beschadigde goed veranderingen aanbrengt waardoor het moeilijker of onmogelijk wordt om die vaststellingen te doen.

In sommige gevallen is de schade veroorzaakt door derden.

Dat is het geval wanneer in een woning brand ontstaat terwijl er werkzaamheden aan de gang zijn. Indien meerdere aannemers betrokken zijn, moeten de verschillende partijen en hun eventuele verzekeraars bij de zaak worden betrokken, zodat de vaststellingen aan hen kunnen worden tegengesteld. In die gevallen zal de ombudsman de klagers herinneren aan hun verplichtingen. Zij zal hen adviseren om de informatie te vergaren die relevant kan zijn voor de verzekeraar, om een onderzoek bij een adviserende arts te aanvaarden of om een inspecteur te spreken. De dossierbeheerder kan zij de objectieve elementen voorleggen en hem overtuigen van de werkelijkheid. In die context moet worden gewezen op het belang van de initiatieven die de sector zelf heeft genomen om de schaderegeling te versnellen (zie supra blz. 6).

De wetgeving bepaalt weinig over het probleem van de trage schaderegeling, dat het gerechtelijke apparaat heel wat extra werk en dus vertragingen bezorgt.

In Rechtsbijstand handelen de klachten in verband met het “passieve beheer” van de verzekeraar over de snelheid van de schaderegeling. Het is betreurenswaardig te moeten vaststellen dat de rechtsbijstandsverzekeraar een gebrekkige dienstverlening wordt verweten, terwijl zijn rol er precies in bestaat zijn verzekerde bij te staan. In 60% van de gevallen bleken de klachten gegrond.

Achter de klachten die worden geregistreerd onder de motieven “betaling van voorschotten” en “toepassing van conventies” – die overigens toenemen – schuilt ook de wens van de consument om zo snel mogelijk, al was het maar gedeeltelijk, een schadeloosstelling te verkrijgen.



3.6 RESULTAAT VAN DE KLACHTEN

In 2001 was 46 % van de klachten gegrond, tegen 45% in 2000.

Dat kan wijzen op een tendens die niet zo positief is.

Om te oordelen of een klacht al dan niet gegrond is, verwijst de ombudsman naar het motief dat in de klachtenbrief wordt geformuleerd.

Maar het aangehaalde motief is vaak technisch (zie punt 3.5 “Motief van de klachten”).

Achter dat klaarblijkelijke motief kunnen evenwel andere redenen schuilen, die eveneens een bron van ontevredenheid zijn. De klachten die op technisch vlak ongegrond zijn, weerspiegelen veelal het onbegrip en het gebrek aan vertrouwen in de verzekeringsonderneming of de verzekeringsadviseur. Ook het stijgende aantal verzoeken om inlichting wijst hierop. Hoewel de meeste van die verzoeken telefonisch gebeuren, nemen ook de schriftelijke elk jaar in aantal toe. In 2001 waren ze goed voor 6,5%.

Voor 17,5% van de 1687 klachten heeft de ombudsman de verzekeringsonderneming niet moeten raadplegen.

Van die 296 klachten werden 52 eveneens bij de CDV ingediend.

Op grond van een akkoord tussen beide instanties zal de ombudsman van de verzekeringen zich in dergelijke gevallen terugtrekken en de klacht laten behandelen door deze aan het ministerie van Economische Zaken verbonden instelling.

Van de klachten die niet worden onderzocht gaat het bij 59% om een verzoek om inlichtingen dat buiten de bevoegdheden van de ombudsman valt. 13% heeft betrekking op een maatschappij die niet bij de BVVO is aangesloten.

De rest ressorteerde onder de bevoegdheid van een andere ombudsman.

Een grondige analyse van de resultaten uit verschillende oogpunten geeft soms resultaten die sterk afwijken van het algemene resultaat.

a. **Oorsprong en resultaten**

De door **advocaten** ingediende klachten zijn voor 59% gegrond, en die door **tussenpersonen** voor 51%.

b. **Takken en resultaten**

56% van de klachten in **Gezondheidszorg** is gegrond, terwijl dat het jaar daarvoor slechts 27% was.

Het meest aangehaalde motief is de weigering tot vergoeding.

In de tak **Reisannulatie** is slechts 17% gegrond. De consumenten richten zich tot de ombudsman om de geweigerde dekking te betwisten. Wanneer de reiziger een dergelijke overeenkomst sluit als aanvulling op een reisovereenkomst, blijkt hij slecht of zelfs niet geïnformeerd. Hij denkt dat iedere tegenslag een geldige reden is om de reis te annuleren en dat de kosten door de verzekeraar zullen worden terugbetaald.

c. **Motieven en resultaten**

De klachten met betrekking tot de **weigering tot vergoeding** zijn voor 62% ongegrond. Hoewel de verzekeringsondernemingen technisch gezien gelijk hebben, blijkt toch dat de communicatie vaak tekortschiet.

56% van de klachten over een **opzegging** is gegrond.

Aan de klachten die onder dit motief worden geregistreerd, ging veelal reeds een telefonisch onderhoud vooraf. Ze worden schriftelijk geformuleerd wanneer tijdens het eerste contact de ombudsman of haar team menen dat de zaak grondiger moet worden onderzocht.

3.7 SAMENVATTENDE TABEL

	2001		2000	
	aantal	%	aantal	%
1. Aantal dossiers	1.687	100 %	1.509	100 %
2. Oorsprong van de klachten				
• Verzekeringnemers/Verzekerden	1003	60 %	902	60 %
• Tussenpersonen	269	16%	238	16%
• Rechthebbenden/Derden	109	6%	148	10 %
• Advocaten	74	4%	93	6%
• Politici/Overheid/Media/ Verbruikers Verenigingen/Internet	206	12%	128	8%
• Ombudsmannen van andere sectoren	26	1%		
3. Betrokken takken				
• Motorrijtuigen	545	33%	508	34%
• Brand	245	15%	197	13%
• Diefstal, behalve Motorrijtuigen	54	3%	33	2%
• Arbeidsongevallen	48	3%	43	3%
• Leven	171	10%	170	11%
• Burger. Aansprakelijkheid	118	7%	110	7%
• Gezondheidszorg/ Arbeidsongeschiktheid	122	7%	112	7%
• Individuele Ongevallen	22	1%	18	1%
• Rechtsbijstand	276	16%	247	17%
• Diversen (reis, annulatie, transport...)	86	5%	71	5%

	2001		2000	
	aantal	%	aantal	%
4. Motief van de klachten				
• Tussenpersonen (misleidende presentatie, gedrag, plaatsingsmandaten...)	73	4%	61	4%
• Totstandkoming van het contract (voorstel, aanvraag, overname, geldigheid, bewijs...)	90	5%	76	5%
• Polisvoorwaarden (duur, zonder gevolg gebleven verzoek, waarborgen...)	60	4%	85	6%
• Premie (berekening, betaling, terugbetaling...)	139	8%	138	9%
• Andere prestaties (afkoop, reductie, winstdeelname...)	108	6%	83	6%
• Prestaties van de verzekeraar	1083	65%	988	65%
> te trage uitkering/ geen antwoord		8%		12%
> gebrek aan verantwoording		10%		9%
> handelwijze van de lasthebbers (advocaten, experts, artsen)		1,6%		0,7%
> betaling van voorschotten		1%		0,3%
> toepassing van conventies		1,4%		0,6%
> weigering tot vergoeding		27%		30%
> passief beheer in Rechtsbijstand		4%		2%
> bedrag van de uitkering		12%		10,4%
• Einde van het contract (afloop, opzegging, schorsing, Datassur)	111	7%	78	5%
5. Resultaat van de klachten				
• Gegrond		46%		45%
• Ongegrond		54%		55%

4 Aanbevelingen

4.1 FOLLOW-UP VAN DE AANBEVELINGEN IN HET JAARVERSLAG 2001

Sinds de opdrachten van de Ombudsman werden uitgebreid tot het voorkomen van geschillen, lichten de beheersorganen van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen diens leden in over de aanbevelingen. Zij verzoeken hen om die te volgen. De leden onderzoeken de aanbevelingen en stellen zo mogelijk oplossingen voor.

Hoewel de verzekeraars trachten om hieraan gevolg te geven, worden zij daarin jammer genoeg soms afgestopt door de overheid.

Verleden jaar had de ombudsman drie aanbevelingen geformuleerd:

4.1.1 TAK LEVEN: TRANSPARANTIE IN DE KOSTEN

In 2000 had de ombudsman heel wat klachten ontvangen over een nieuwe categorie van verzekeringen, namelijk "tak 23". Het betreft de individuele levensverzekeringen die verbonden zijn met beleggingsfondsen, een tak die een sterke groei kende. Bij de contractsluiting zagen de verzekeringsnemers vaak de beheerskosten over het hoofd. Deze worden in de algemene voorwaarden vermeld, maar niet gepreciseerd.

Hoewel er een koninklijk besluit op komst was, riep de ombudsman de verzekeraars op om die kosten te verduidelijken. Zij vroeg hen om het bedrag ervan of op zijn minst de berekening te preciseren.

Het bureau van de afdeling Leven van de BVVO heeft kennis genomen van die aanbeveling tijdens zijn vergadering van 28 juni 2001 en heeft deze verspreid onder zijn leden.⁽¹¹⁾

Op wetgevend vlak is het koninklijk besluit nog altijd niet uitgevaardigd.

⁽¹¹⁾ Not. Vergadering van 28/06/2001 (Not/Bur/Leven 2001 7B).

4.1.2 HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN: GELEIDELIJKE TARIEFAANPASSING

In 2000 hadden verschillende mensen bij de ombudsman geklaagd over de forfaitaire aanpassing die een maatschappij had toegepast voor een categorie van de hospitalisatiecontracten.

Die bruske aanpassing had sommige verzekerden in moeilijke of zelfs onmogelijke situaties geplaatst. Aangezien er met de betrokken overheden onderhandelingen aan de gang waren over de mogelijkheid voor de verzekeringsondernemingen om een geleidelijke aanpassing in te voeren, heeft de ombudsman gevraagd om de dialoog te hervatten.

De officiële instanties en de BVVO hebben elkaar ontmoet en na daarover van gedachten te hebben gewisseld, zijn zij het eens geworden over het principe van de geleidelijke verhoging. De praktische toepassingsvoorwaarden worden momenteel besproken.

In haar weekblad van 22 november maakt de BVVO een stand van zaken op.⁽¹²⁾



4.1.3 BEDRAG VAN DE VRIJSTELLING: NIEUWWAARDE OF WERKELIJKE WAARDE?

De schadeverzekeraars (brand bijvoorbeeld) vergoeden hun verzekerden krachtens de gesloten verzekeringsovereenkomst. Wanneer de vergoeding van de schade kan worden teruggevorderd van een aansprakelijke derde, betalen zij hun verzekerde ook de vrijstelling terug, zij het gedeeltelijk. Ze steunen daarbij op het principe van de terugbetaling tegen werkelijke waarde door de aansprakelijke om van die vrijstelling de “slijtage” af te trekken.

Na herhaalde klachten heeft de ombudsman aanbevolen om de vrijstelling integraal terug te betalen. Een vrijstelling is immers geen vergoeding. Er is dus geen juridische grondslag om slijtage toe te passen.

Op haar vergadering van 28 februari 2002 heeft de subcommissie Brand Eenvoudige Risico's het principe van de volledige terugbetaling van de vrijstelling aanvaard. Het is nu wachten op de beslissing van de bureau's Brand en Motorrijtuigen om het in te voeren.

⁽¹²⁾ Assurinfo nr. 37 van 22/11/2001, zie bijlage 3

4.2 AANBEVELINGEN OP GROND VAN DE IN 2001 ONTVANGEN KLACHTEN

4.2.1 AANBEVELING N° 1

Brandverzekering: welke waarde moet worden verzekerd?

Om de toepassing van de evenredigheidsregel te vermijden, heeft de wetgever de verzekeringsondernemingen er in 1988 toe verplicht om een “stelsel tot afschaffing van de evenredigheidsregel van bedragen” (SAER) voor de woningverzekeringen voor te stellen. Een overvloed van stelsels (“roosters” genoemd) werden op de markt ingevoerd. Het gebruik van die roosters maakt het mogelijk om een toereikende premiegrondslag vast te stellen, maar biedt geen enkele garantie voor de werkelijke waarde van het te verzekeren goed.

Het doel van de wetgever is spijtig genoeg niet bereikt. We moeten vaststellen dat de stelsels niet correct worden toegepast en dat de verzekeringsnemers niet goed geïnformeerd zijn, vooral wanneer ze afzien van de toepassing ervan.⁽¹³⁾

Er is reeds herhaaldelijk op die problemen gewezen.

In een artikel in een vakblad (zie “Les grilles incendies”, door P. Vandergeten – Principium nr. 27 van 11 november 1989) pleit de auteur ervoor dat de wetgever één enkel rooster oplegt.

AANBEVELING

Dé oplossing zou er natuurlijk in bestaan dat de wetgever optreedt. Maar zolang dat niet het geval is, moeten de verzekeringsondernemingen, omwille van de transparantie, een beperkt aantal referentieroosters voorstellen, uitgaande van zowel de opgedane ervaringen als de studies over de berekeningsverschillen.

In elk geval zouden zij in de aanvraagformulieren voor een verzekeringsdekking en in de bijzondere voorwaarden van de overeenkomst meer de nadruk moeten leggen op de mogelijke gevolgen wanneer de verzekeringsnemer het SAER-systeem weigert.

Het is aan de verzekeringsadviseurs om hun cliënt bij te staan in de keuze van de roosters, door hem beter te informeren over de motieven en gevolgen van het gebruik ervan. Vooruitlopend op de nieuwe Europese richtlijn betreffende de verzekeringsbemiddeling⁽¹⁴⁾ zouden de makelaars hun cliënten schriftelijk moeten bevestigen op welke manier het kapitaal werd vastgelegd en hen de gevolgen van de gekozen manier uitleggen.

⁽¹³⁾ zie geval nr. 4

⁽¹⁴⁾ Interinstitutioneel dossier: 2000/02135COD art. 11 en 12

4.2.2 AANBEVELING N°2

Brandverzekering: Vervanging van een beschadigd goed. Welke kosten worden terugbetaald?

In de brandverzekering is de verzekerde niet verplicht om een gebouw weer op te bouwen wanneer het door een brand werd vernield.

Artikel 67 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst bepaalt immers dat de verzekeraar zijn verzekerde een vergoeding ter beschikking stelt met het oog op de wederopbouw van het beschadigde goed. Die vergoeding kan voor andere doeleinden worden gebruikt, zoals de vervanging.

Verder bepaalt dat artikel dat de vergoeding alle taksen en rechten omvat. Welke kosten worden dan vergoed wanneer een ander goed wordt gekocht? De notariskosten, de BTW, en tegen welk tarief? Worden de registratierechten terugbetaald wanneer het om een bestaand gebouw gaat?

De verzekeringsondernemingen interpreteren artikel 67, §3, 2° niet allemaal op de zelfde manier.⁽¹⁵⁾



AANBEVELING

Gezien de interpretatieverschillen zouden de verzekeringsondernemingen de juiste inhoud van dat artikel moeten bepalen. De verzekerden moeten duidelijk weten op welke vergoedingen zij recht hebben.

Deze mogen niet afhankelijk zijn van beoordelingen die verschillen van verzekeraar tot verzekeraar, of zelfs van beheerder tot beheerder binnen eenzelfde verzekeringsonderneming.

⁽¹⁵⁾ zie geval nr. 5

5 Besluit

Reeds in de conclusies van haar eerste jaarverslagen vestigde de ombudsman van de BVVO de aandacht van de verzekeringsondernemingen op het belang van de communicatie in hun relaties met de verzekerden. Ze raadde hen aan om de klant te ontdekken, naar hem te luisteren en hem te respecteren.

Communicatieproblemen kunnen diverse oorzaken hebben. Eén daarvan is de onrechtstreekse relatie tussen de verzekerden en de verzekeringsondernemingen. Tussen hen staat vaak nog een tussenpersoon, een verzekeringsadviseur. De verzekeringsondernemingen verwachten van deze laatste dat hij als tussenschakel fungeert. Eigenlijk bestaat zijn rol erin de consument te helpen bij het kiezen van het product dat het best aan zijn behoeften voldoet, of hem bij te staan in ingewikkelde juridische materies, of nog, wegwijs te maken in de procedures na een schadeval. Maar jammer genoeg zijn niet alle tussenpersonen daarvan overtuigd en functioneren sommigen gewoon als een “doorgeefluik”.

De acties die de verschillende actoren⁽¹⁶⁾ hebben opgezet, tonen aan dat het plichtsgevoel groeit. Door de consument de mogelijkheid te bieden zich met al zijn klachten tot één enkel loket te wenden, komt de sector tegemoet aan de nood aan vereenvoudiging, transparantie en luisterbereidheid.

De consument die nog wantrouwig en sceptisch staat tegenover de verzekeringssector mag optimistisch zijn. De leiders van de verzekeringsondernemingen bouwen immers aan een “strategie om de klant opnieuw voor zich te winnen”.

In het voorwoord van het jaarverslag van hun beroepsvereniging lezen we het volgende:

“Aangezien veel klanten nu makkelijk van de ene naar de andere verzekeraar switchen, is een klant- in plaats van een contractgerichte marketing aangewezen. Dat is de grote uitdaging. Die verklaart ook de zware inspanningen in de ontwikkeling van programma's voor het beheer van de klantenrelatie...”

⁽¹⁶⁾ Jaarverslag 2000 Ombudsman BVVO blz. 6 e.v.

Alle afdelingen van de onderneming, en niet alleen de marketingdirectie, moeten doordrongen zijn van deze klantgerichte aanpak. Ook de bedrijfsorganisatie wordt helemaal omgegooid om deze sterker op de klant te richten”.⁽¹⁷⁾

De leiders van de verzekeringsondernemingen willen hun activiteiten dus volledig richten op de cliënt.

Maar om tastbaar te zijn en vruchten af te werpen, moet die benadering deel uitmaken van een algemene bedrijfscultuur, op alle niveaus.

H. Ford had dit begrepen en om zijn teams daarvan te overtuigen, verklaarde hij:

“Het is niet de werkgever die de lonen betaalt, het is de cliënt”.

De inspanningen van de ombudsman, haar team en alle correspondenten hebben een aantal klagers iets concreets opgeleverd. Bij anderen konden zij door de nodige inlichtingen te verstrekken het frustratiegevoel doen verdwijnen. Als een en ander begrijpelijker is geworden en de relatie met de verzekeraar werd hervat, dan zijn zij in hun opzet geslaagd.

De ombudsman bedankt van harte haar medewerkers en correspondenten bij de verzekeringsondernemingen voor hun dagelijkse inzet om haar opdracht tot een goed einde te brengen.



⁽¹⁷⁾ Jaarverslag 2001 BVVO



Bijlage 1 Praktijkgevallen

- GEVAL N°1** EEN VERKEERDE ADMINISTRatieve INFORMATIE BINDT DE VERZEKERAAR
- GEVAL N°2** SINDS WANNEER LIJDT DE KLAGER AAN ZIJN ZIEKTE?
- GEVAL N°3** IS HET OPZEGGINGSVERZOEK GELDIG?
- GEVAL N°4** IS DE EVENREDIGHEIDSREGEL VAN TOEPASSING?
- GEVAL N°5** WELKE KOSTEN MOET DE VERZEKERAAR BETALEN WANNEER EEN VERVANGEND GOED WORDT GEKOCHT?
- GEVAL N°6** WIE IS DE EERSTE BEGUNSTIGDE WANNEER HET VERZEKERDE KAPITAAL ONTOEREIKEND IS?

GEVAL N° 1 EEN VERKEERDE ADMINISTRATIEVE INFORMATIE BINDT DE VERZEKERAAR...

De heer X zegt zijn brandovereenkomst op bij maatschappij omdat hij van verzekeraar wil veranderen.

De maatschappij registreert zijn verzoek en bevestigt hem dat de polis geannuleerd wordt op 01.06.2000. Op die dag sluit de heer X een nieuw contract bij maatschappij B en betaalt hij de jaarlijkse premie.

Zes maand later verzoekt maatschappij A hem om de premie voor de periode van 01.06.2000 tot 01.06.2001 te betalen.

De heer X is verwonderd en neemt contact op met de maatschappij, die antwoordt dat zij de datum van 01.06.2000 verkeerdelijk had vermeld en dat de correcte datum 01.06.2001 was, aangezien de opzeggingsbrief niet binnen drie maanden vóór de vervaldatum werd verstuurd. Ze blijft dan ook de betaling van de premie vorderen.

De ontevreden klant richt zich tot de ombudsman.

Bij het onderzoek van het dossier vindt zij een kopie van de brief waarin de maatschappij de heer X de annulatie van zijn contract meedeelt.

De klager bezorgt haar ook een exemplaar van het contract dat hij bij maatschappij B heeft gesloten, alsook het bewijs dat hij de premie heeft betaald.

Op grond van al die stukken meent de ombudsman dat de maatschappij de heer X heeft misleid en de fout veel te laat had rechtgezet. Bovendien liep maatschappij A geen enkel risico, aangezien er een contract bestond bij maatschappij B.

Maatschappij A heeft het advies van de ombudsman gevolgd en het dossier definitief afgesloten.

GEVAL N° 2 SINDS WANNEER LIJDT DE KLAGER AAN ZIJN ZIEKTE?

Een schilder in de bouwsector wordt ziek wegens herhaald contact met giftige producten. In 1999 had hij een invaliditeitsverzekering gesloten, die aan een krediet gekoppeld was. Nadat hij één jaar later volledig arbeidsongeschikt wordt, vraagt hij aan zijn verzekeraar om op te treden en het saldo van zijn lening terug te betalen.

De maatschappij weigert op grond van het medisch verslag dat hij heeft voorgelegd.

Zijn arts meldt dat hij al één jaar aan een depressie zou lijden.

Bij de contractsluiting heeft hij daar echter geen melding van gemaakt. De verzekeraar stelt dat er sprake is van verzwijging en dat hij bijgevolg de dekking kan weigeren.

De klager heeft de ombudsman de uitdrukkelijke toestemming gegeven om kennis te nemen van de medische verslagen. Na deze te hebben onderzocht en hoewel zij geen arts is, heeft zij vastgesteld dat de arts wel gewag maakt van een eventuele depressie, maar dat de arbeidsongeschiktheid in werkelijkheid een andere oorzaak heeft: cognitieve problemen door het gebruik van solventen. Die problemen kunnen aanleiding geven tot een depressieve toestand. Bovendien werden hem pas bij de medische onderzoeken één jaar na het sluiten van het contract antidepressiva voorgeschreven.

De ombudsman heeft de verzekeraar op die elementen uit het verslag gewezen en hem gevraagd dat dossier aan zijn adviserende arts voor te leggen. Ook was het zo dat de maatschappij volgens de algemene voorwaarden de vooraf bestaande toestand enkel kon inroepen wanneer die opzettelijk verzwegen werd.

Bovendien was het medisch formulier dat de klager bij de contractsluiting heeft moeten invullen, zeer beknopt. Geen enkele vraag had betrekking op de psychologische toestand, noch op het gebruik van geneesmiddelen.

De adviserende arts heeft een positief advies gegeven en de maatschappij heeft *vergoed*.

GEVAL N° 3 IS HET OPZEGGINGSVERZOEK GELDIG?

Op advies van zijn tussenpersoon vraagt de heer X, die het slachtoffer is geweest van waterschade, om zijn polis één maand na het versturen van de aangetekende brief op te zeggen.

De beheerder van de maatschappij weigert de opzegging en geeft als reden aan dat de opzegging pas na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling ingaat.

De ontevreden klant richt zich tot de ombudsman, die contact opneemt met de maatschappij en haar herinnert aan de bepalingen van artikel 31 van de wet.

Dat artikel bepaalt dat de opzegging uiterlijk een maand na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling geschiedt. De opzegging heeft dus al plaatsgehouden binnen die termijn.

De verzekeringsonderneming is het hiermee eens en betaalt het niet verbruikte premiegedeelte terug.

GEVAL N° 4 IS DE EVENREDIGHEIDSREGEL VAN TOEPASSING?

De heer X klaagt erover dat hij niet correct werd vergoed na de brand in zijn woning.

Hij was onderverzekerd bij maatschappij A.

De aansprakelijke huurder was verzekerd bij maatschappij B en was jammer genoeg ook onderverzekerd.

Maatschappij A vergoedt de heer X tegen nieuwwaarde, maar heeft de evenredigheidsregel toegepast en de vrijstelling afgetrokken. Zij eist van de aansprakelijke, in dit geval maatschappij B, een deel van haar uitkering, namelijk de schade tegen werkelijke waarde.

Intussen had de heer X maatschappij B in gebreke gesteld en de betaling van de vrijstelling geëist, alsook het verschil met de werkelijke waarde door de toepassing van de evenredigheidsregel.

Wat doet maatschappij B?

Zij vergoedt haar verzekerde, de huurder, voor de schade aan de inhoud en maatschappij A op basis van haar verhaal tegen werkelijke waarde.

Aangezien het een geval van onderverzekering was, waren de verzekerde kapitalen opgebruikt en verwerpt maatschappij B de eis van de heer X.

De ombudsman, die het dossier krijgt voorgelegd, bevestigt dat beide contracten onderverzekerd zijn en dat het verhaal op de aansprakelijke tegen werkelijke waarde wordt uitgeoefend.

Zij herinnert er evenwel aan dat het verhaalsrecht van de verzekeraar de verzekerde die slechts gedeeltelijk werd vergoed niet mag benadelen (artikel 41 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst).

Maatschappij A heeft bijgevolg de klager het bedrag waarop hij recht had, moeten terugbetalen en de gevolgen van de onderverzekering moeten dragen.

GEVAL N° 5 WELKE KOSTEN MOET DE VERZEKERAAR BETALEN WANNEER EEN VERVANGEND GOED WORDT GEKOCHT?

De heer X is eigenaar van een industriegebouw dat door een brand is getroffen. Hij beslist het niet herop te bouwen, maar om met de vergoeding een vervangend gebouw te kopen.

Bij de aankoop van het nieuwe gebouw eist de verzekerde de acquisitiekosten. De maatschappij weigert die te betalen. Zijn verzekeringsadviseur tracht op grond van artikel 67, §3 van de wet op de landverzekering de terugbetaling te verkrijgen van de BTW op het bedrag van de schade aan het gebouw.

De maatschappij reageert niet en de heer X wendt zich tot de ombudsman. De ombudsman ondervraagt de maatschappij en stelt vast dat het dossier door verschillende beheerders werd behandeld zonder tot een officieel antwoord te hebben geleid.

Uiteindelijk stemt de verzekeraar in met het principe dat de BTW wordt betaald. Hij richt een vergoedingskwitantie aan de verzekerde op basis van een tarief van 6%. Voor dat tarief werd uitgegaan van de ouderdom van het beschadigde gebouw. Het betrof echter een gebouw voor commercieel gebruik, waarop geen enkele vermindering van toepassing is.

De tussenpersoon neemt opnieuw contact op met de ombudsman, die uiteindelijk de correcte vergoeding van zijn cliënt verkrijgt.

GEVAL N° 6 WIE IS DE EERSTE BEGUNSTIGDE WANNEER HET VERZEKERDE KAPITAAL ONTOEREIKEND IS?

In 1983 sluit mevrouw X een brandverzekering om haar woning en de inhoud ervan te dekken. In 1996 vraagt zij om de bedragen aan te passen. Bij de opstelling van het bijvoegsel voegt de verzekeraar een beding in getiteld "Aanvullende beschrijving van de waarborg", waar in de laatste alinea wordt gepreciseerd dat geen gebruik werd gemaakt van het systeem van de verzekeraar om het gebouw te evalueren.

In augustus 1999 wordt de woning getroffen door een brand en mevrouw X vraagt aan haar verzekeraar om de schade te vergoeden. Op basis van het verslag van zijn expert worden de verzekerde bedragen onvoldoende geacht.

De verzekeraar past de evenredigheidsregel toe aangezien mevrouw X geweigerd heeft om het stelsel tot afschaffing van de evenredigheidsregel van bedragen (SAER) of meer bepaald het evaluatiooster voor de vaststelling van de bedragen toe te passen.

Mevrouw X is ontevreden en klopt aan bij de ombudsman. Zij beweert nooit te hebben gehoord over het "SAER" en verklaart dat de agent van de maatschappij de bedragen heeft vastgesteld.

Bovendien werd dat stelsel niet toegepast in 1991, toen een ander schadegeval was voorgevallen.

De ombudsman analyseert alle elementen van het dossier en stelt vast dat de verklaringen van mevrouw X in verband met die twee laatste punten kloppen.

Bovendien was de clause met betrekking tot de niet-toepassing van het SAER te beknopt en was de titel niet gepast. De ombudsman heeft gesteld dat de verzekeraar dan ook ten onrechte de evenredigheidsregel had toegepast en mevrouw X werd volledig vergoed.





Bijlage 2 Charter van de ombudsman

A. OPDRACHT

De Ombudsman heeft als opdracht geschillen te onderzoeken en daarbij te bemiddelen tussen een consument (in welke hoedanigheid die ook optreedt), en een verzekeringsmaatschappij, een bemiddelaar, of Datassur.

De Ombudsman is bevoegd voor de vragen van de consument in verband met de gedragsregels die gelden voor verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen.

B. AANSTELLING

De Ombudsman wordt aangesteld met inachtneming van de principes die opgenomen zijn in de aanbeveling 98/257/EG van de Europese Commissie betreffende de organen die verantwoordelijk zijn voor de buitengerechterlijke beslechting van consumentengeschillen.

C. BEVOEGDHEDEN

1. De Ombudsman dient zijn opdracht in alle onafhankelijkheid uit te voeren.
2. De Ombudsman beschikt daartoe over de volledige medewerking van alle representatieve beroepsverenigingen van verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen, alsook over de nodige middelen en bevoegdheden, met name op het vlak van onderzoek en bemiddeling, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zijn opdracht.
3. De Ombudsman is steeds gebonden door het beroepsgeheim. Hij voert zijn onderzoeks- en zijn bemiddelingsrol in alle objectiviteit uit en werkt maximaal op basis van wetten, reglementen, polisvoorwaarden en de gedragsregels van de verzekeringsondernemingen en van de verzekerings- tussenpersonen.

De Ombudsman houdt bij de uitoefening van zijn opdracht steeds rekening met het principe van de billijkheid en streeft steeds naar het bereiken van redelijke minnelijke oplossingen.

4. Met betrekking tot dossiers die door de consument aan de Ombudsman worden overgemaakt, formuleert de Ombudsman een gemotiveerd schriftelijk advies na het dossier te hebben onderzocht met de medewerking van de partijen.
5. De Ombudsman beschikt in het kader van de uitoefening van zijn opdracht over een moreel gezag, en de door hem uitgebrachte adviezen zijn niet bindend voor de partijen.

De consument die zich tot de ombudsman wendt (in welke hoedanigheid ook) behoudt alle rechten om zich tot de bevoegde rechtbanken te richten.

6. Ombudsman werkt mee aan het Europees netwerk voor grensoverschrijdend verhaal op het gebied van de verzekeringen en treedt toe tot het protocolakkoord inzake een gemeenschapsnetwerk.

D. PROCEDURE

1. De Ombudsman wordt schriftelijk aangezocht.
2. Zijn tussenkomst is gratis.
3. Hij formuleert zo vlug mogelijk, en uiterlijk binnen de zes maand, een gemotiveerd schriftelijk advies.



Bijlage 3 Uittreksel Assurinfo nr. 37 van 22/11/2001

Het Bureau ziekte dringt aan op premie-indexatie van de gezondheidszorgverzekering

Er is geen specifiek wettelijk kader dat de prijsaanpassingen in de contracten gezondheidszorgverzekering regelt.

De algemene wetgeving op de prijsreglementering, die in de crisisjaren '70 tot stand is gekomen, voorziet onder strenge voorwaarden in een automatische indexatie (artikel 57, §2 van de wet van 30 maart 1976 betreffende de economische herstelmaatregelen). Die wet bepaalt dat de contracten slechts prijsherzieningsbedingen mogen bevatten in de mate dat deze toepasselijk zijn tot een bedrag van maximum 80% en voor zover ze verwijzen naar parameters die de reële kosten vertegenwoordigen. De Minister van Economie kan evenwel, per sector, een afwijking van het toegelaten maximum toestaan.

Voor deze indexatie moet beroep gedaan worden op een parameter die de evolutie van de kostprijs van de gezondheidsuitgaven weerspiegelt. Voor hospitalisatieverzekeringen is een parameter de rubriek 6 van de index van de consumptieprijzen, Verpleging in ziekenhuis, die maandelijks in het Belgisch Staatsblad wordt gepubliceerd.

Daarnaast kunnen de verzekeraars het tarief periodiek aanpassen. Een dergelijke aanpassing is administratief zwaarder en zal bijgevolg slechts om de drie à vier jaar plaatsvinden. Dit maakt ze ook moeilijker om dragen door de consument.

WAAROM EEN ALTERNATIEVE PRIJZENREGLEMENTERING ORGANISEREN?

De consument is niet gebaat bij plotse tariefverhogingen. Een jaarlijkse indexatie is te verkiezen boven minder frequente maar hogere tariefaanpassingen. Een indexatie a rato van 80% kan evenwel onvoldoende de toenemende kost inzake gezondheidszorg opvangen.

Om te vermijden dat de tarieven om de zoveel jaar substantieel worden aangepast, is het in het belang van zowel de consumenten als de verzekeringssector dat een jaarlijkse indexatie a rato van 100% mogelijk wordt.

ADMINISTRATIE BEKIJKT BVVO-VOORSTEL

De BVVO heeft met de betrokken partijen getracht om een werkbare en verdedigbare oplossing uit te werken die oog heeft voor het belang van de consument, de distributie, de verzekeringsregelgeving en de leefbaarheid van de contracten op termijn. Daarom stelt zij een prijsaanpassingsclausule voor die rekening houdt met

- een jaarlijkse indexatie gebaseerd op relevante onderliggende parameters;
- een prijsaanpassing proportioneel aan de veranderingen in de sociale zekerheidstussenkomsten die een invloed op de verzekeringscontracten uitoefenen;
- een prijsaanpassing die ervoor zorgt dat de rendabiliteit van het product gehandhaafd blijft zoals voorgeschreven door de Controlewet op de verzekeringen.

Voor wat het eerste punt betreft, pleit het Bureau Ziekte voor de mogelijkheid om in de contracten een indexatieclausule a rato van 100% te voorzien.

Het Bureau heeft zijn voorstellen opnieuw getoetst bij mevrouw Conruyt, algemeen adviseur van de afdeling “Diensten van financiële aard” van het Ministerie van Economie. Zij erkent dat het verkieslijk is de premies geleidelijk aan te passen en dat een indexatieclausule een en ander kan oplossen. Anderzijds meent zij dat een minister van Economie niet voorbij de belangen van de consument kan. Een reeds eerder onderschreven hospitalisatieverzekering moet ook na de pensioenleeftijd ertaalbaar blijven. Zij vermoedt dan ook dat een indexatie die onverkort op de 65-plussers wordt toegepast niet haalbaar zal zijn voor de bevoegde Minister. De verzekeringssector vindt dat de leefbaarheid van de contracten niet gediend is met een bevoordeling van bepaalde risico's (bv. de ouderen) ten nadele van andere risico's (bv. de jongeren). De meeste individuele contracten voorzien trouwens nu al in de vorming van verzijingsreserves om de premie betaalbaar te houden op oudere leeftijd.

De afdeling Ziekte bespreekt in de komende maanden verder de mogelijke alternatieven die ingaan op de bekommernis van de Minister.

Birgit Hannes

dap@bvvo.be

Bijlage 4 Uittreksel jaarverslag 1999

Aanbevelingen op grond van de in 1999 ontvangen klachten

In de relatie tussen de verzekeringssector en de consument blijkt de communicatie nog altijd een knelpunt te zijn.

Vandaag sluiten particulieren het merendeel van hun verzekeringen via een tussenpersoon. Vaak herinneren zij zich alleen de naam van die persoon en kennen zij de identiteit niet van de verzekeringsonderneming die het risico werkelijk dekt. Informatie of beslissingen delen zij dan ook meestal aan hun tussenpersoon mee.

Op juridisch vlak is die procedure evenwel niet altijd geldig. Dat is met name het geval voor de aangetekende brief waarmee zij hun contract opzeggen: deze moet volgens de meeste polissen aan de zetel van de verzekeringsondernemingen worden gericht.

Sommige polissen preciseren echter dat de verzending ook geldig is wanneer die gericht is aan iedere andere persoon die daartoe in de bijzondere voorwaarden is aangewezen (zie bijlage 1, geval nr. 1).

AANBEVELING

De verzekeringsondernemingen moeten in hun algemene voorwaarden vermelden dat de verzending ook geldig is wanneer die gericht is aan de tussenpersoon die gemandateerd is voor het contract. Deze moet dan hieraan het nodige gevolg geven.



Bijlage 5

Lijst van de verzekeringsondernemingen die het charter onderschreven hebben

- A** AACHENER UND MUENCHENER VERSICHERUNG
ACE INSURANCE
ACTEL DIRECT
AEGON-MONEY MAXX
AGF BELGIUM INSURANCE
AIG EUROPE
ALGEMENE MUTUALITEIT VOOR MEDISCHE ASSURANTIES (A.M.M.A)
ALLIANZ VERSICHERUNGS A.G.
ALPINA
AMFB
APRA GEMEENSCHAPPELIJKE VERZEKERINGSKAS
APRA LEVEN
APRA ONGEVALLLEN
ARAG
L'ARDENNE PRÉVOYANTE
ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET D'ASSURANCES (A.P.A.)
ASSUBEL ARBEIDSONGEVALLEN
AXA BELGIUM
- B** DE BELGISCHE LEEUW
BELGISCHE MAATSCHAPPIJ VOOR LUCHTVAARTVERZEKERINGEN (AVIABEL)
BELSTAR VERZEKERINGEN
- C** CDA
CGU INSURANCE PLC
CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE
CITILIFE
CORONA
- D** DAS
DELTA LLOYD LIFE
DEXIA INSURANCE
DKV BELGIUM
DVV VERZEKERINGEN
- E** ELVIA MONDAL ASSISTANCE
EUROP ASSISTANCE BELGIUM
EUROPESE GOEDEREN EN REISBAGAGE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
EUROPESE MAATSCHAPPIJ VOOR SCHADEREGELING & EXPERTISES (EUROMEX)
- F** DE FEDERALE VERZEKERINGEN ARBEIDSONGEVALLEN
DE FEDERALE VERZEKERINGEN LEVEN
DE FEDERALE VERZEKERINGEN ONGEVALLLEN EN BRAND
FIDEA
FINA LIFE
FORTIS AG
FORTIS CORPORATE INSURANCE
- G** GARANTIEFONDS REIZEN
GENERALI BELGIUM
GERLING NAMUR - KREDIETVERZEKERINGEN
- H** HAGELUNIE
HAMBURG-MANNHEIMER
- I** ING INSURANCE
INTER PARTNER ASSISTANCE

K KBC VERZEKERINGEN
L LLOYDS OF LONDON
M MAURETUS
DE MEDISCHE
MERCATOR VERZEKERINGEN
MITSUI MARINE AND FIRE
INSURANCE COMPANY
MONDIAL ASSISTANCE

N NATIONALE SUISSE
VERZEKERINGEN
NAVIGA
NORDSTERN
NORWICH UNION LIFE AND
PENSIONS LTD

O OMOB (ONDERLINGE
MAATSCHAPPIJ DER OPENBARE
BESTUREN)

P PARTNERS VERZEKERINGEN
PIETTE & PARTNERS (PNP)
P&V VERZEKERINGEN
P&V GEMEENSCHAPPELIJKE
VERZEKERINGSKAS
PROVIDIS

R ROYAL & SUN ALLIANCE INSURANCE
S SAFE INSURANCE
SATREX
SECURA
SECUREX
SECUREX LEVEN (ONDERLING
INTERPROFESSIEEL
LEVENVERZEKERINGSFONDS)
SECUREX - VERZEKERINGSKAS
ARBEIDSONGEVALLEN
SIRIUS BELGIUM
SWISS LIFE BELGIUM

T TOURING VERZEKERINGEN
TVM BELGIE

U UAB
V DE VERENIGDE VERZEKERDEN
VERZEKERING VAN DE POST
VERZEKERING VAN
DE POST-LEVEN

W WINTERTHUR-EUROPE
VERZEKERINGEN

Z ZA VERZEKERINGEN
ZELIA
ZURICH
ZURICH LEVENSVZERKERINGS-
MAATSCHAPPIJ
ZURICH INTERNATIONAL





Bijlage 6

Procedure voor het indienen van een klacht bij de ombudsman

Welke klachten kunnen worden ingediend?

De ombudsman van de verzekeringen behandelt geschillen die stoelen op gerechtvaardigde verwachtingen van verzekerden of hun rechthebbenden, in verband met:

- de naleving van wetten en contractuele bepalingen;
- de naleving van de redelijke termijnen en het principe van de uitvoering te goeder trouw van de conventies;
- het recht op correcte informatie.

Tegen

- Een verzekeringsonderneming
- Een verzekeringsadviseur (makelaar, agent)
- Datassur

Hoe contact op te nemen?

- Een klacht indienen is eenvoudig. En gratis.
- Wel zijn er enkele voorwaarden:
 - de betrokken verzekeringsonderneming moet het **charter** onderschreven hebben;
 - het geschil moet over een **bestaand** contract gaan, dat in België werd gesloten;
 - de verzekerde schrijft zijn klacht beknopt neer in een **brief**, waarin hij ook de **naam** en de **referenties** van de betrokken verzekeringsonderneming vermeldt.



De brief moet worden gericht aan: _____

JOSETTE VAN ELDEREN
OMBUDSMAN VAN DE VERZEKERINGEN



Nieuw adres:

de Meeûsplantsoen, 35
1000 Brussel

Tel.: 02/547.58.71

Fax Ombudsman: 02/547.59.75

E-mail: ombudsman@bvvo.be

D-2002-0377/4