25 ans
OMBUDSMAN
DES ASSURANCES
Chiffres et Analyse
2011

25 ans

1987 - 2012

2012	25 ans d'existence
2011	Plus de 4 000 plaintes par an
2007	Plus de 3 000 plaintes par an
2006	Service Ombudsman Assurances : Création d'une ASBL avec représentation des consommateurs
2002	Plus de 2 000 plaintes par an
2001	Ombudsman des Assurances : Compétence élargie aux intermédiaires en assurances et à Datassur
1998	Publication du premier rapport annuel et des recommandations
1997	Plus de 1 000 plaintes par an
1987	Création de l'Ombudsman de l'UPEA

Chiffres et Analyse 2011

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

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

Table des matières

Préface 7

1. Aperçu de l'activité 2011 10

1. Répartition entre les acteurs du secteur 11
2. Provenance des plaintes 13
3. Répartition par branche 14
4. Solutions apportées aux plaintes 15

2. L'année 2011 pour les entreprises d'assurances 18

1. Combien de plaintes ? 18
2. Formalisme 20
3. Discrimination 21

Assurance Auto

1. En chiffres 23
2. Analyse 23
3. Solutions apportées aux plaintes 27

Assurance Incendie

1. En chiffres 28
2. Analyse 29
3. Solutions apportées aux plaintes 32

Assurance Protection Juridique

1. En chiffres 33
2. Analyse 33
3. Solutions apportées aux plaintes 34

Assurance Responsabilité Civile

1. En chiffres 36
2. Analyse 36
3. Solutions apportées aux plaintes 37

Assurance Assistance

1. En chiffres 38
2. Analyse 38

Assurance Soins de Santé

1. En chiffres 39
2. Analyse 39
3. Solutions apportées aux plaintes 41

Assurance Vie

1. En chiffres 42
2. Analyse 42
3. Solutions apportées aux plaintes 47

3. L'année 2011 pour les intermédiaires en assurances 50

1. En chiffres 50
2. Analyse 51
   A. Assurance Vie 51
   B. Assurance Auto 53
   C. Assurance Incendie 54
   D. Assurance Tous Risques 54
3. Solutions apportées aux plaintes 55

4. Recommandations 58

1. Suivi des recommandations 58
2. Recommandations 2011 59
   A. L'intervention de l'Ombudsman suspend-t-elle le délai de prescription ? 59
   B. Quelle information communiquer à l'affilié d'une assurance Groupe qui est en incapacité de travail ? 60
   C. À quelle entreprise d'assurances s'adresser ? 61

Conclusion 62

Réseaux 64

Glossaire 66

Vingt-cinq ans déjà !

Créé en 1987, le Service Ombudsman des Assurances fête, en 2012, son vingt-cinquième anniversaire.

En un quart de siècle, la structure de l'Ombudsman a été marquée par deux étapes qui ont transformé cette initiative privée en service d'intérêt général. Au-delà de leur aspect strictement formel, ces adaptations ont largement aidé à renforcer l'accessibilité de l'Ombudsman au public. Elles ont également concouru à améliorer l'image du secteur, en contribuant à le rendre plus transparent.

En 2001 d'abord, l'Ombudsman de l'UPEA devient l'Ombudsman des Assurances. Ses compétences s'en trouvent élargies à l'égard de tous les membres des fédérations professionnelles du secteur, des intermédiaires ainsi qu'à Datassur. Grâce à cette nouvelle position, l'Ombudsman peut appréhender les problèmes d'assurance dans leur globalité, ce qui permet au consommateur d'avoir un seul interlocuteur compétent et qui facilite la résolution amiable des conflits.

En 2006, une autre étape est franchie. La gestion des plaintes attribuée également à la CBFA et au SPF Economie est confiée exclusivement à l'Ombudsman sur la base d'un arrêté royal. Le service prend la forme juridique indépendante d'une ASBL d'intérêt général. Issu de la fusion de trois services de plaintes, l'Ombudsman devient le guichet unique en matière d'assurance. Son indépendance et son impartialité sont garanties par une représentation, en son sein, des acteurs du secteur, des pouvoirs publics (FSMA et SPF Economie) et des consommateurs.

Préface

« Bien écouter, c'est presque répondre »

Marivaux

Le premier rôle de l'Ombudsman et de son équipe, c'est l'écoute du consommateur insatisfait. Grâce à une écoute assertive, ils permettent souvent au plaignant d'identifier et de formuler le motif de son grief tel qu'il va l'introduire à l'encontre de l'acteur du secteur.

Par ailleurs, grâce à l'échange de renseignements avec les autorités publiques, l'Ombudsman exerce une fonction d'information des autorités de contrôle. Par la publication, depuis 1998, d'un rapport annuel détaillé, accompagné de recommandations et d'astuces utiles et concrètes, l'Ombudsman propose également des solutions constructives à des problématiques récurrentes, tout en assumant une mission d'information et d'éducation à l'égard de ses interlocuteurs. Sa notoriété s'en trouve renforcée, au même titre que son autorité et son influence.

Ces multiples avancements, aussi importants soient-ils, ne doivent cependant pas masquer les chantiers qu'il reste à mener. Si certaines recommandations ont été suivies d'effet, force est néanmoins de constater que le nombre croissant de plaintes déposées laisse apparaître des difficultés persistantes ou nouvelles.

Il faut espérer que les effets de la crise économique et financière qui frappent encore actuellement l'Europe ne conduisent pas les parties à se montrer plus hermétiques à la recherche de solutions amiables respectueuses des intérêts de tous. Ce n'est qu'au cœur d'un véritable dialogue, fondé sur l'écoute attentive de l'autre, que la résolution amiable des litiges demeurera une alternative crédible et efficace aux lourdeurs des cours et tribunaux.

Parce que bien écouter, c'est déjà presque répondre …

En 2011, le nombre et la nature des réclamations ont été influencés par les circonstances atmosphériques exceptionnelles (tempête, inondation, neige) qui ont frappé la deuxième moitié de l'année 2010 et le début 2011.

Aperçu de l'activité 2011

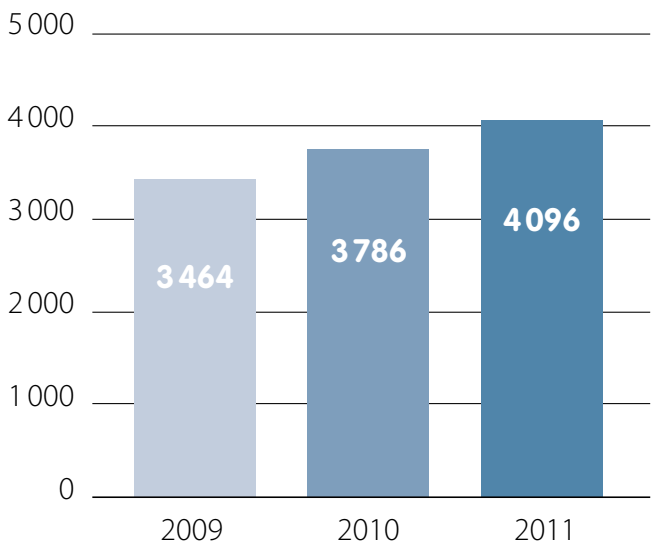
1

1 Apercu de l'activité 2011

En 2011: plus de 4000 plaintes et une hausse de 8 %

Après vingt-cinq ans d'existence, l'Ombudsman passe le cap des 4000 plaintes par an! En effet, en 2011, le service a reçu 4096 réclamations. Ce nombre traduit une croissance de 8 % ou de 310 doléances supplémentaires par rapport à 2010.

A côté du nombre plus élevé de plaintes écrites, l'Ombudsman et son équipe ont également été fortement sollicitées par téléphone. Ce premier contact a permis de rassurer le plaignant par des informations objectives sur des questions générales, par des renseignements neutres dans des situations de crise (la liquidation d'Apra Life[1], la déconfiture de Dexia) 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.



Quelle est l'origine de cette hausse ?

En 2011, le nombre et la nature des réclamations ont été influencés par les circonstances atmosphériques exceptionnelles (tempête, inondation, neige) qui ont frappé la deuxième moitié de l'année 2010 et le début 2011. L'origine de l'augmentation se trouve principalement dans la branche Incendie qui a enregistré un nombre exceptionnel de sinistres et, dans une moindre mesure, dans la branche Automobile.

1 — Voir aussi infra, p. 43.

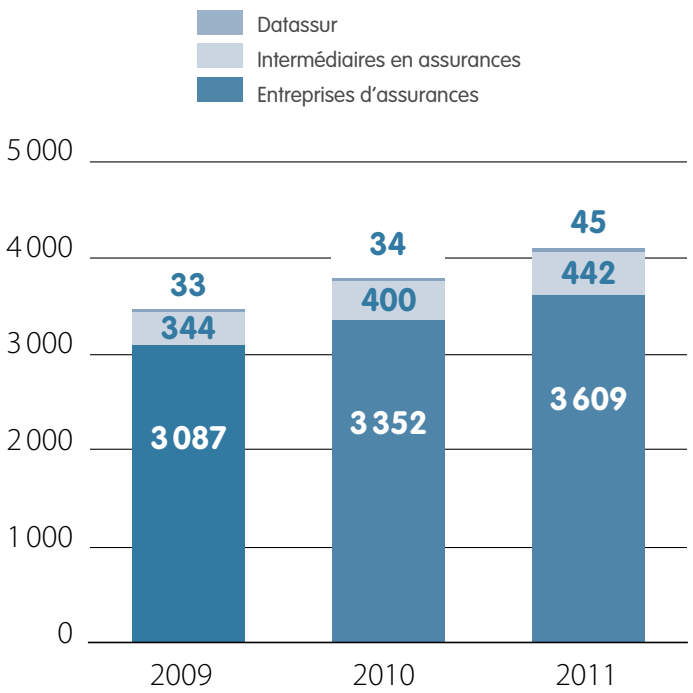
La tendance déjà relevée en 2010 persiste également. La hausse des doléances est aussi liée aux conséquences de la crise économique et financière.

Face à la baisse des revenus financiers, les entreprises d'assurances ont pris des mesures pour retrouver un rendement plus performant. Ainsi, elles ont appliqué des adaptations tarifaires et ont mené une politique de surveillance stricte et de sélection pointue des risques de leur portefeuille. Si elles ont résilié de nombreux contrats, elles ont en revanche retenu les « bons risques ». Dans la gestion des sinistres, elles ont eu tendance à interpréter strictement les conditions générales. Enfin, elles ont pris diverses mesures pour réduire leurs frais généraux et de gestion comme le report des engagements de personnel, ce qui a parfois entraîné des retards dans le règlement de dossiers.

De son côté, le consommateur doit, lui aussi, faire face à des pressions financières diverses. Lorsqu'il est victime d'un sinistre, il cherche à être indemnisé le mieux et le plus rapidement possible : il est plus revendicatif. Les consommateurs qui restent insatisfaits sont de plus en plus nombreux et s'engagent dans toutes les voies possibles pour exprimer leur mécontentement. Face à la hausse des prix et des tarifs, l'assuré cherche les meilleures conditions et n'hésite pas à se tourner vers la concurrence. Ce qui précède fait apparaître que les intérêts des entreprises d'assurances et ceux des assurés, victimes ou bénéficiaires divergent plus souvent et leurs relations sont dès lors parfois plus tendues.

1. Répartition entre les acteurs du secteur

La grande majorité des réclamations concernent toujours les **entreprises d'assurances** (88 %). La hausse des réclamations à leur encontre est essentiellement issue de la gestion des sinistres (+ 11 %) dans les branches Incendie et Auto. Trois motifs sont principalement invoqués : le refus



d'intervention, le montant de la prestation et les lenteurs dans la gestion. Par contre, il y a une baisse des doléances dans la branche Soins de Santé qui provient de la diminution des demandes relatives aux augmentations de prime.

Bien que le nombre de réclamations à l'encontre des **intermédiaires** ait augmenté de 10 %, il reste peu élevé par rapport à l'ensemble des plaintes puisqu'il ne représente qu'environ 10 %. Globalement, ce nombre 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 le conflit.

L'Ombudsman a reçu 45 plaintes à l'encontre de **Datassur**.

Le nombre peu élevé résulte de l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première ligne par Datassur même, l'Ombudsman n'intervenant qu'en degré d'appel. Ainsi, Datassur a procédé en 2011 à 63 750 enregistrements dans le fichier RSR soit 1 044 de plus qu'en 2010, alors que le nombre de doléances supplémentaires auprès de l'Ombudsman n'est que de 11. D'ailleurs, parmi les réclamations qui lui ont été adressées, l'Ombudsman a d'abord orienté le plaignant, dans près de 65 % des cas, vers le gestionnaire du fichier Datassur. Seules 17 plaintes ont fait l'objet de négociations et, dans 75 % des cas, l'inscription a été corrigée ou annulée. Parmi celles-ci, 13 relevaient de la branche Auto.

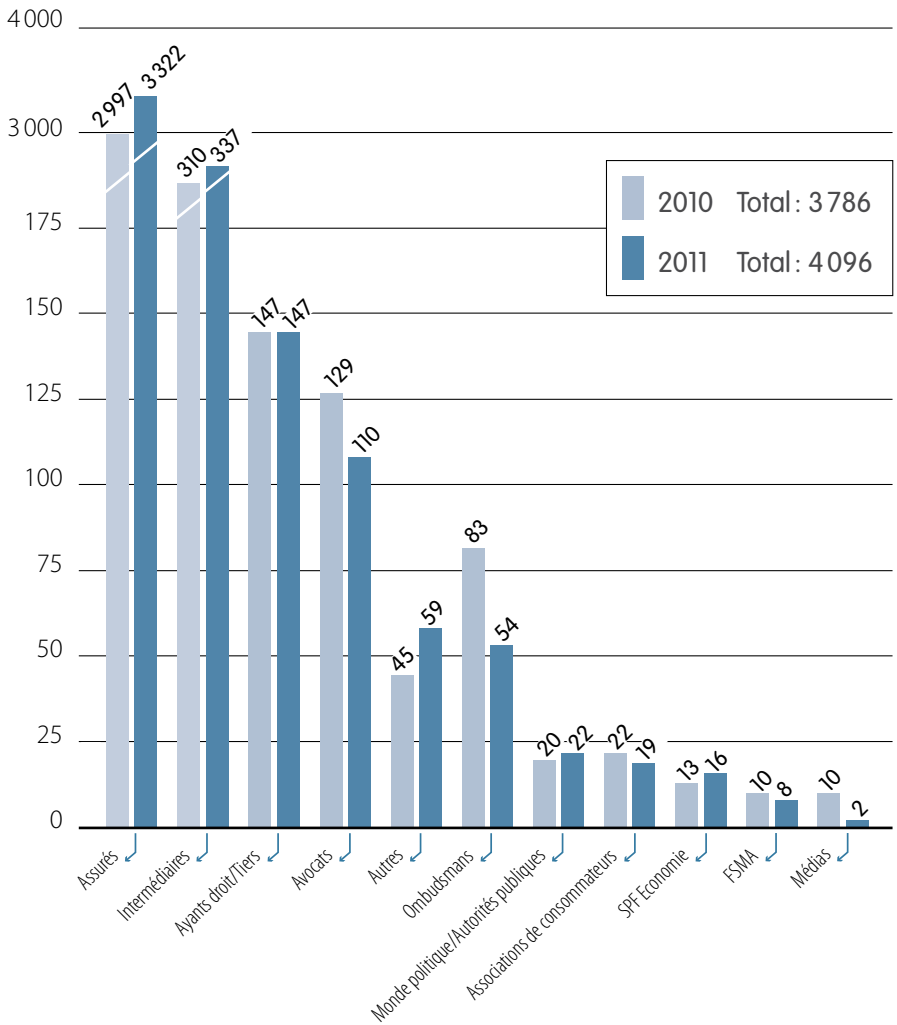
Trois motifs font l'objet de doléances. L'assuré conteste tout d'abord son enregistrement suite au non-paiement de la prime. Ce type de plaintes a doublé et représente 50 % des réclamations. Les deux autres motifs sont l'enregistrement suite à la résiliation du contrat en raison de sinistres et à la 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 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.

2. Provenance des plaintes

La majorité des plaintes (81 %) restent introduites par les assurés à l'encontre des entreprises et des conseillers en assurances dont ils sont clients. De leur côté, les intermédiaires, pour aider leurs clients, saisissent aussi l'Ombudsman (8 %). Il en va de même pour les avocats (3 %).

Dans 54 cas, c'est un collègue Ombudsman qui transmet la plainte. Il existe en effet un protocole de collaboration entre les Ombudsmans (sur le plan belge et européen) qui prévoit que, si le plaignant se trompe de guichet, sa demande est transmise à l'instance compétente. Deux sites internet, rassemblant les différentes coordonnées des Ombudsmans, ont été mis en place pour permettre à tout plaignant de se diriger rapidement vers l'organe de médiation qu'il recherche [2].



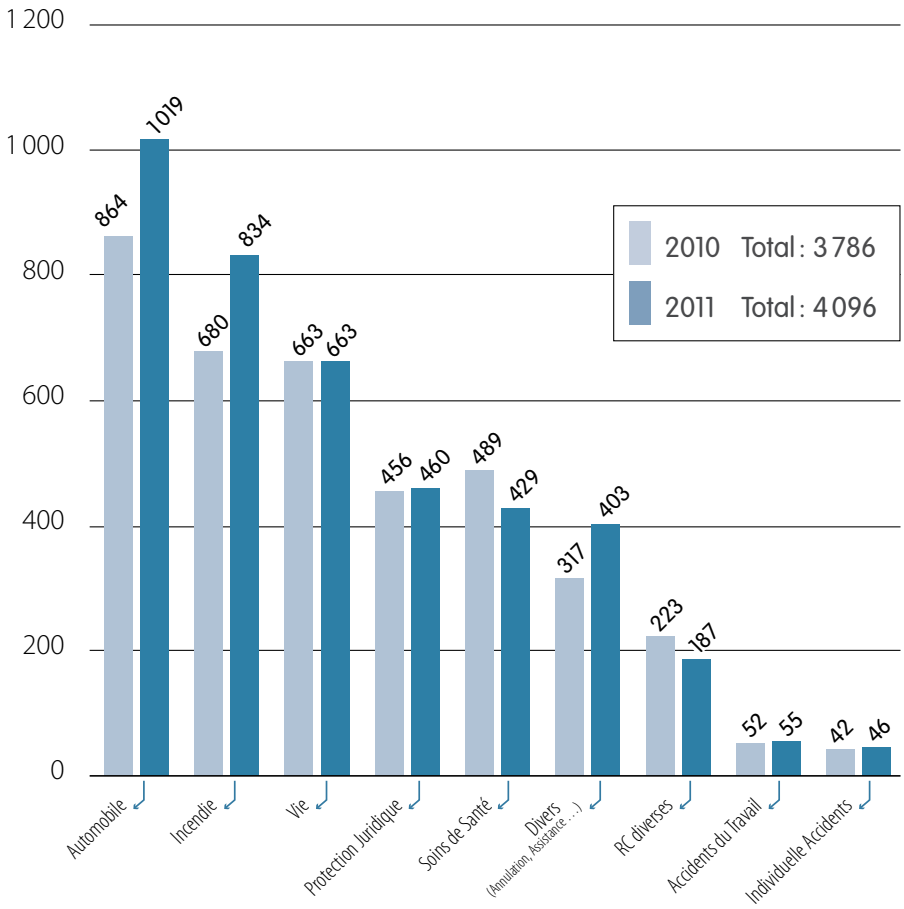
2 — www.ombudsman.be/ ; http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_fr.htm/

3. Répartition par branche

A l'instar des années précédentes, la majorité des réclamations, soit 25 %, concernent la branche Auto pour laquelle l'augmentation par rapport à 2010 représente 18 %. Dans cette seule branche, l'Ombudsman enregistre 155 plaintes supplémentaires.

En Incendie, les doléances, qui représentent 20 % du total des plaintes, augmentent également de 23 % par rapport à 2010 principalement dans les garanties Incendie et Dégâts des eaux.

L'Ombudsman enregistre un *statu quo* des plaintes en branche Vie et en Protection Juridique. Elle constate par contre une baisse des réclamations en assurance Soins de Santé (- 13 %). En 2010, le nombre des plaintes relatives à cette branche avait été influencé par des adaptations tarifaires massives et significatives.



4. Solutions apportées aux plaintes

Sur 4 096 réclamations, 3 126 plaintes ont fait l'objet de négociations. Parmi les 970 requêtes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête, 657, soit près de 16 % du total sont des demandes d'information générale.

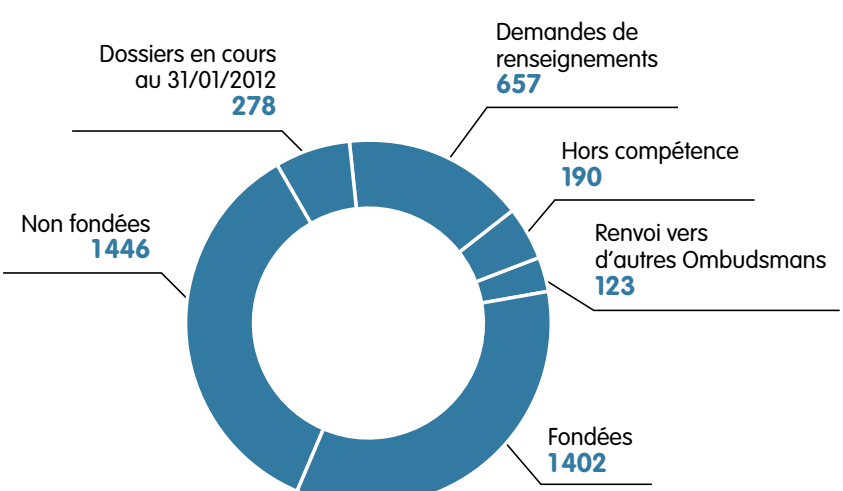
Depuis plusieurs années, l'Ombudsman des Assurances, à l'instar des autres Ombudsmans, constate une augmentation des demandes de renseignements. Malgré les efforts réalisés par les entreprises d'assurances, notamment par une meilleure organisation de la gestion des réclamations en première ligne, force est de constater que le consommateur se tourne encore spontanément vers l'Ombudsman pour obtenir des informations.

Ainsi, en 2011, les demandes de renseignements représentent 16 %, alors que cinq ans plus tôt, elles ne représentaient que 12 % de l'ensemble des doléances. Méfiant, inquiet, doutant de l'information qu'il a reçue, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour obtenir d'une instance neutre et objective la confirmation des renseignements qu'il a 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.

Fin janvier 2012, l'équipe de l'Ombudsman a négocié 2 848 plaintes. Parmi les plaintes négociées et clôturées, dans 49 % des cas, le plaignant a obtenu gain de cause. Ce pourcentage est similaire à celui de l'année précédente.

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'entreprise d'assurances. 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 48 % des cas, trouvé une solution positive pour le plaignant. Les doléances qui concernent les intermédiaires sont fondées dans 57 % des cas. Quant aux plaintes adressées à l'encontre de Datassur, l'enregistrement a été supprimé dans 71 % des cas. Plus précisément, toutes les réclamations concernant l'enregistrement pour le non-paiement de la prime ont été réglées.



En 2011, l'Ombudsman a enregistré 3 609 doléances à l'encontre des entreprises d'assurances, soit une augmentation d'un peu plus de 7 %, légèrement inférieure à l'augmentation globale de 8 %.

2011 pour les entreprises d'assurances

2

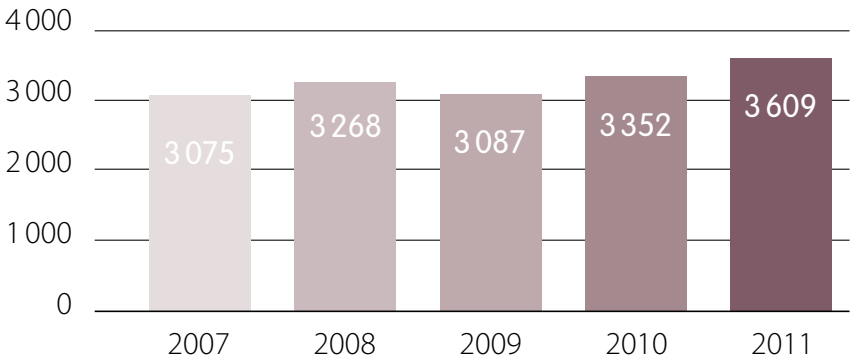
2 L'année 2011 pour les entreprises d'assurances

1. Combien de plaintes ?

En 2011, l'Ombudsman a enregistré 3 609 doléances à l'encontre des entreprises d'assurances, soit une augmentation d'un peu plus de 7 %, légèrement inférieure à l'augmentation globale de 8 %.

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman a conseillé à certains plaignants 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 2010, 293 consommateurs ont été guidés vers les entreprises d'assurances. En 2011, ils sont 329, ce qui représente une hausse de 12 %. En globalisant ces demandes à celles que l'Ombudsman a traitées, le taux de croissance des insatisfactions à l'égard des entreprises d'assurances rejoint le taux général de 8 %.

Il faut cependant relever des écarts au regard des branches et des motifs d'insatisfaction. C'est en branche Incendie que la hausse est la plus marquée avec 153 plaintes supplémentaires (+ 25 %)



Branche	2009	2010	2011
Automobile	620	755	879
Incendie	614	614	767
Vie	525	562	540
Protection Juridique	451	430	434
Soins de Santé	404	457	388
Divers (Annulation, Assistance …)	247	283	373
RC diverses	177	202	174
Accidents du Travail	49	49	54
Total	**3 087**	**3 352**	**3 609**

Les photos des membres de l'équipe vous permettent de découvrir les nouveaux locaux du Service Ombudsman.

par rapport à 2010. La branche Auto suit avec une croissance de 16 % principalement en RC Auto obligatoire. De plus, une augmentation significative des plaintes frappe la branche Assistance qui enregistre un supplément de 32 doléances (+ 62 %).

Par contre, l'Ombudsman enregistre une baisse des doléances en assurance Soins de Santé (- 15 %), dont le nombre est inférieur à celui de 2009. En branche Vie, le nombre des plaintes diminue légèrement (- 4 %) et en Protection Juridique, il reste stable.

Dans la branche Accidents du Travail, la majorité des doléances (71 %) relèvent de la compétence du Fonds des Accidents du Travail. Sur la base du protocole de collaboration, l'Ombudsman a transmis 39 plaintes qui portaient sur le règlement de sinistres.

Comme les motifs pour lesquels le consommateur mécontent saisit l'Ombudsman varient suivant les différentes branches, une analyse plus détaillée est réalisée.

Cependant, deux problématiques reviennent de manière récurrente : le formalisme et la discrimination.

2. Formalisme

La validité de certains actes liés au contrat d'assurance est subordonnée au respect de formes légales. A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman est régulièrement confrontée à des demandes qui touchent soit directement soit indirectement l'application de ces règles. Les réclamations concernent notamment les formalités à suivre lors de la communication de documents à l'occasion de modifications du contrat ou d'adaptations tarifaires.

La législation actuelle prévoit des règles et des procédures qui encadrent l'augmentation de la prime d'assurance en cours de contrat, la modification des termes de la police ou la résiliation du contrat. Si l'assureur change un élément du contrat d'assurance sur lequel le preneur et l'entreprise d'assurances étaient d'accord au moment de la conclusion du contrat, il ne peut le faire que dans certains délais et sous certaines formes [3].

Ces formalités sont toutefois lourdes et coûteuses et ne sont plus adaptées aux moyens de communication actuels. Depuis des années, des études et des échanges sont menés au sein de la Commission des Assurances afin de proposer aux autorités une adaptation des dispositions de la loi sur le contrat d'assurance terrestre relatives au devoir de communication en cas de modification du contrat ou de la prime. En son sein, les représentants des entreprises d'assurances, des intermédiaires, des consommateurs, des autorités de contrôle ainsi que des experts se concertent afin de trouver une solution harmonieuse liant la sécurité juridique à la réduction des charges et des coûts administratifs. Dans le Rapport annuel de l'Ombudsman de 2005, le président de la Commission de l'époque avait déjà levé le voile sur certaines pistes de réflexion [4].

A travers les plaintes reçues en 2011, l'Ombudsman constate encore que, lorsqu'un consommateur résilie le contrat dans le délai légal, des entreprises d'assurances refusent d'acter le renon invoquant que le paiement de la prime intervenu entre-temps équivaut à l'acceptation de l'augmentation tarifaire. Or, il s'agit souvent d'un consommateur, mal informé, qui a payé le montant de la prime par crainte de ne plus être couvert mais qui, au même moment, est parti à la recherche de meilleures conditions.

Par ailleurs, dans un marché concurrentiel difficile, certaines entreprises d'assurances mettent tout en œuvre pour garder leurs clients. Elles interprètent ainsi de manière stricte les prescrits légaux relatifs aux délais et à la procédure à l'encontre des assurés alors qu'elles accordent une interprétation plus souple de ces mêmes dispositions lorsqu'elles doivent les appliquer. Ces tensions sont un exemple des conséquences indirectes de la crise financière. Plus que dans le passé, le consommateur recherche le meilleur prix et les entreprises d'assurances veulent maintenir en portefeuille les « bons risques » que sont les clients les plus rentables.

3 — Art. 12 A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 11 avril 1991 et art. 15 contrat type ; voir également *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 17 et *Carnet 2009 Ombudsman des Assurances*, p. 18.
4 — Voir *Rapport annuel 2005 Ombudsman des Assurances*, p. 147.

3. Discrimination

Un consommateur peut se sentir discriminé pour différentes raisons. Il se sent injustement différencié, parce que la prime de son assurance RC Auto est trop chère en raison de son âge ou autrefois de son sexe. De même, il n'accepte pas la surprime élevée de son assurance Solde restant dû ou Soins de Santé car elle est basée sur son état de santé fragilisé.

La loi interdit toute discrimination en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de la nationalité ou de l'état de santé. Des différences peuvent cependant exister pour autant qu'elles soient objectives et justifiées [5].

En assurance **Auto**, dans le passé, les réclamations portaient principalement sur la discrimination en fonction de l'âge : les jeunes et les personnes âgées critiquaient le montant plus élevé de leur prime.

En 2011, des plaintes sont introduites car certaines entreprises d'assurances ont décidé d'affiner le critère de la sélection des risques sur la base de la profession. Fonctionnaire, employé, ouvrier sont autant de statuts qui ne sont pas repris dans la loi anti-discrimination mais qui influencent la tarification. Comme cette loi ne s'applique pas, l'Ombudsman n'a pas été mise en possession des statistiques qui démontreraient les incidences de l'exercice d'une profession sur la charge des sinistres (fréquence et coût).

En branche **Vie**, l'Ombudsman est particulièrement sollicitée en assurance Solde restant dû par le consommateur qui rencontre des difficultés à s'assurer ou, à tout le moins, à s'assurer à un prix raisonnable en raison de son état de santé.

Grâce à un dialogue avec l'assureur et le réassureur, l'Ombudsman peut orienter le plaignant vers une solution. L'intervention du réassureur est significative. Elle est d'ailleurs reprise dans la procédure décrite par la loi récente prévoyant l'accès à l'assurance Solde restant dû [6]. Cette loi a fait l'objet d'un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle. En novembre 2011, l'action a été déclarée non fondée [7].

5 — Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *M.B.*, 30 mai 2007.
6 — Art. 138*ter* L.C.A.T. inséré par la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, *M.B.*, 3 février 2010.
7 — C.C., 10 novembre 2011, nr. 166/2011, www.const-court.be/

L'Ombudsman ne peut maintenant qu'encourager les autorités et les acteurs du secteur à prendre les mesures utiles pour accélérer la mise en œuvre de la législation.

Par ailleurs, en mars 2011, la Cour de justice européenne a rejeté la segmentation homme-femme en assurance Vie[8]. A partir du 21 décembre 2012, les tarifs en assurance Vie devront être unisexes. Fin décembre 2011, la Commission Européenne a communiqué des recommandations à ce sujet. Dans celles-ci, elle a précisé que les tarifs unisexes ne concernent que les nouveaux contrats d'assurance individuels[9].

En **Soins de Santé**, l'Ombudsman a reçu cinq doléances en matière de discrimination. Dans les cinq cas, le consommateur invoque la discrimination en raison de sa maladie.

Deux réclamations concernent l'assurance Revenu Garanti pour laquelle l'entreprise d'assurances conserve la possibilité d'exclure l'état de santé antérieur. Par contre, en assurance Hospitalisation, la loi Verwilghen régit le cadre dans lequel l'assureur peut donner ou refuser sa couverture. Il peut introduire dans le contrat une disposition contractuelle prévoyant une exclusion spécifique. Au moment d'un sinistre, si des discussions surviennent sur la portée de l'exclusion, l'assuré peut recourir à la Commission de conciliation Assurance Soins de Santé. Cette commission paritaire a été installée en mai 2011. L'Ombudsman reçoit les demandes et assume le support administratif nécessaire à son fonctionnement. En 2011, la commission n'a été saisie d'aucune plainte.

8 — C.J.C.E., 1 mars 2011, C-236/09, www.curia.europa.eu/
9 — Communication n° C2012C 11/01 de la Commission Européenne du 22 décembre 2011, Guidelines on the application of Council Directive 2004/113/EC to insurance, in the light of the judgment of the Court of Justice of the European Union in Case C-236/09 (Test-Achats), www.ec.europa.eu/

ASSURANCE AUTO

1. En chiffres

L'Ombudsman a reçu 879 demandes en assurance Auto en 2011, ce qui représente 21 % de l'ensemble des plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances. En comptabilisant 124 doléances supplémentaires, les réclamations en assurance Auto ont progressé de 16 % par rapport à 2010. L'augmentation du nombre de plaintes est principalement influencée par la hausse des doléances qui touchent la RC Auto obligatoire (soit + 17 %) et, dans une moindre mesure, par celles introduites en Dégâts matériels (soit + 16 %). Tout comme les années antérieures, la majorité des plaintes portent sur la RC Auto obligatoire (77 %).

2. Analyse

Depuis quelques années, l'Ombudsman constate qu'il y a, dans la branche Auto, plus d'insatisfactions pour les opérations de production que sur la gestion des sinistres. En 2011, la première catégorie représente 54 %.

Garantie	2009	2010	2011
RC Auto	498	580	680
Dégâts matériels (Omnium)	102	154	178
Vol	20	21	21
Total	**620**	**755**	**879**

Les raisons les plus fréquentes pour lesquelles le consommateur s'adresse à l'Ombudsman lorsqu'il rencontre des difficultés dans la gestion du contrat d'assurance Auto concernent la **résiliation du contrat** tant par le preneur d'assurance (16 %) que par l'entreprise d'assurances (15 %).

Dans un contexte de crise économique, les entreprises d'assurances prennent des mesures plus strictes pour améliorer leurs résultats techniques. Elles mènent une politique de surveillance des risques qu'elles assurent et renoncent à la couverture de risques plus lourds. Les consommateurs dont le contrat n'est pas reconduit, peuvent rencontrer des difficultés pour s'assurer ou, à tout le moins, s'assurer à un prix raisonnable. Ils s'adressent à l'Ombudsman afin d'être conseillés sur la régularité de la décision de l'entreprise d'assurances. En tant qu'entreprises commerciales, les assureurs sont libres de garder les risques qu'ils souhaitent en portefeuille mais doivent néanmoins respecter certaines législations[10]. A l'analyse des réclamations, les résiliations trouvent souvent leur cause dans des difficultés de paiement (irrégulier, absent) du preneur d'assurance et dans la survenance d'un ou plusieurs sinistres. Mais, lorsque la résiliation se fait pour l'échéance annuelle, le consommateur se sent pénalisé et cherche à comprendre cette décision même si l'entreprise ne doit pas justifier le motif pour lequel elle renonce au contrat.

En outre, face au contexte économique morose, le consommateur est davantage à la recherche de la prime

10 — Voir supra p. 20.

Nicolas Schmitz
Sylvie Scheerlinck

la plus avantageuse. Lorsqu'il renonce à la police existante, l'entreprise d'assurances entend appliquer très strictement les formalités afin d'enregistrer le renon.

Par ailleurs, les assurés se plaignent de l'**adaptation du montant de la prime**. Ces réclamations représentent 12 % et sont en baisse par rapport à 2010 (- 22 %). De manière générale, le nombre de réclamations est lié aux adaptations tarifaires qui sont appliquées à une période déterminée par une ou plusieurs entreprises d'assurances sur l'ensemble de son portefeuille. La diminution du nombre de ces plaintes en 2011 s'explique par le fait qu'en 2010, différentes entreprises leaders du marché avaient revu leur tarif.

Au moment de la conclusion du contrat ainsi qu'au cours de son exécution, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer tout élément susceptible d'influencer l'appréciation du risque par l'assureur[11]. En assurance Auto, l'identité et l'âge du ou des conducteurs habituels, leurs problèmes de santé et les sinistres antérieurs sont des informations essentielles. Ainsi, l'assuré qui souffre de diabète ou de

11 — Art. 5 L.C.A.T.

troubles de la vue doit être reconnu apte à la conduite d'un véhicule pour disposer d'un permis de conduire [12]. Afin d'être valablement assuré, il doit être titulaire du permis adéquat. Par ailleurs, le conducteur expérimenté, doit également déclarer à son assureur le cas de son enfant qui atteint l'âge de conduire et qui va utiliser régulièrement son véhicule déjà assuré. L'omission de la communication de ces informations est sanctionnée par la loi [13]. Ces éléments influencent l'appréciation du risque par l'entreprise d'assurances qui, informée, va pouvoir adapter les conditions auxquelles elle va assurer le risque.

L'incidence de la sinistralité sur le montant de la prime fait également l'objet de discussions. En effet, lors de la souscription d'un risque auprès d'un nouvel assureur, il faut lui communiquer l'**attestation de sinistralité** établie par l'ancien assureur. Le candidat-assuré peut rencontrer des difficultés administratives pour l'obtenir. Mais ce sont surtout les mentions qui y sont reprises qui font l'objet de contestations : l'indication d'un sinistre avec responsabilité alors qu'elle est en discussion ou alors que les conducteurs impliqués ont été renvoyés « dos à dos », l'indication du montant des débours payés sur la base de la législation sur les usagers faibles et la mention d'un sinistre en cas de prêt de véhicule alors que le conducteur responsable n'est pas le preneur d'assurance. L'attestation de sinistralité ne peut pas reprendre les sinistres frappant uniquement la garantie Dégâts matériels.

Les contrats Dégâts matériels peuvent également prévoir l'application d'une sanction (un malus) en cas de sinistre. Les consommateurs sont surpris par l'augmentation de la prime et ne l'acceptent pas. Si cette pénalité est clairement prévue par la police d'assurance, l'Ombudsman doit confirmer la régularité de l'augmentation.

Lorsqu'en cours de contrat, l'entreprise d'assurances décide de modifier les conditions de couverture ou le montant de la prime, elle est autorisée à le faire mais elle doit respecter certaines formalités afin de garantir la parfaite information du preneur d'assurance et lui laisser un délai de réflexion suffisant pour prendre la décision de maintenir le contrat ou de le résilier. Les formalités actuellement prévues par les différentes législations sont lourdes et se court-circuitent. Dans un rapport précédent, l'Ombudsman a détaillé la problématique. De manière générale, le problème des formalités concerne l'ensemble des branches d'assurances [14].

Dans la branche Auto, l'Ombudsman a enregistré une hausse de 27 % des doléances relatives à la gestion des sinistres. Ces réclamations concernent principalement les garanties Dégâts matériels et Vol (71 %). En RC Auto, cette catégorie de doléances ne représente que 38 %.

A l'analyse des raisons d'insatisfaction, l'Ombudsman relève qu'en RC Auto, elle est principalement saisie de la lenteur de règlement (30 %) et du montant de l'indemnité (29 %). En Dégâts matériels et Vol, les contestations sur le refus d'intervention représentent 38 % et celles sur le montant de l'indemnité 33 %.

A l'instar des années précédentes, différents motifs peuvent être à l'origine du **retard dans le règlement** de l'accident : la convention RDR qui permet un règlement rapide ne peut être appliquée car les conditions ne sont

12 — A.R. du 10 septembre 2010 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, *M.B.*, 15 septembre 2010.
13 — Art. 6 et 7 L.C.A.T. ; art. 10 et 25 contrat type.
14 — Voir *Carnet 2009 Ombudsman des Assurances*, p.17-18 ; voir aussi supra p. 20.

pas réunies, l'inspecteur ou l'expert mandaté par l'entreprise d'assurances tarde à rentrer son rapport, l'assureur souhaite prendre connaissance de la version du conducteur adverse qui n'a pas déclaré le sinistre, d'un témoignage ou du dossier établi par la police…

Lorsque le consommateur se plaint du **montant de l'indemnité**, l'Ombudsman vérifie si l'assureur a bien respecté les dispositions légales et contractuelles. En cas de contestation sur le montant des réparations, la victime peut faire appel à un contre-expert. Dans l'hypothèse où elle a également souscrit la garantie Protection Juridique, elle peut demander à cet assureur de l'assister et de prendre en charge les frais de cette contre-expertise.

L'Ombudsman constate qu'en *RC Auto*, le consommateur, victime d'un accident de la circulation, attend souvent de recevoir l'indemnité pour faire réparer son véhicule. Parfois, il n'a tout simplement pas la possibilité de faire l'avance des frais. Or, s'il y a des discussions sur les responsabilités de l'accident ou sur l'ampleur des dégâts, l'indemnisation peut tarder. La partie lésée réclame alors une indemnité complémentaire pour le chômage du véhicule qu'il n'a pas pu utiliser entre la date du sinistre et celle de la réparation effective. Le garagiste qui a entre-temps entreposé le véhicule endommagé peut en outre lui réclamer des frais de gardiennage dont le consommateur va aussi demander le remboursement.

Dans ces cas, l'Ombudsman analyse la chronologie des différentes étapes du règlement du sinistre afin d'objectiver et d'identifier les motifs du retard. Seule la faute ou la négligence d'un conseiller en assurances ou d'une entreprise d'assurances relève de sa compétence. Il est possible que le délai anormal de gestion résulte d'un manquement de l'expert ou d'un garagiste. Parfois, c'est la nonchalance de la victime qui est à l'origine du retard. Or, de manière constante, la jurisprudence estime que le consommateur doit avoir une attitude proactive dans la gestion de son sinistre. Le remboursement des frais de gardiennage et l'indemnisation du chômage du véhicule sont en principe accordés pendant le temps nécessaire à la constatation des dégâts et à l'exécution des réparations [15].

Dans l'assurance *Dégâts matériels*, les principaux motifs d'insatisfaction de l'assuré à l'égard du montant de l'indemnité sont le remboursement de la TVA, l'application correcte de la règle de la dégressivité prévue dans le contrat et l'application de la franchise en cas de réparation auprès d'un garage conventionné. Dans certains cas, la discussion porte sur l'application de la clause du contrat qui fixe le montant de la valeur à assurer. Lorsqu'au moment du sinistre la valeur assurée est insuffisante, l'assureur applique la règle proportionnelle.

Le consommateur saisit également l'Ombudsman pour savoir si le **refus d'intervention** de son assureur est correct. L'entreprise d'assurances refuse son intervention si le conducteur habituel n'est pas celui qui avait été déclaré comme tel, si l'assuré au moment du sinistre conduisait sans son guide, sans permis valable ou sous l'influence de l'alcool, et en cas de vol, si une clé est retrouvée dans la voiture volée.

15 — Bruxelles, 14 juin 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14288 ; Pol. Malines, 1er septembre 2004, *C.R.A.*, 2005, p. 31 ; Cass., 4 mars 1999, C970417F, www.cass.be/

3. Solutions apportées aux plaintes

En assurance Auto, 18 % des requêtes sont en réalité des demandes de renseignements. Le consommateur écrit à l'Ombudsman pour lui poser diverses questions sur sa recherche de couverture d'assurance, sur les possibilités de résiliation du contrat mais aussi sur la régularité des délais de gestion ou du calcul de l'indemnité suite à un sinistre. Comme certaines de ces demandes pourraient se transformer en conflits, l'Ombudsman y répond afin d'éviter le litige.

Fin janvier 2012, l'Ombudsman a clôturé 634 plaintes qui ont fait l'objet de négociations en 2011, dont 55 % ont trouvé une solution positive pour le plaignant.

Lorsque le consommateur saisit l'Ombudsman dans le cadre d'un contrat RC Auto obligatoire, sa plainte porte généralement sur la gestion du contrat. Il obtient gain de cause dans 79 % des cas concernant les discussions relatives à sa demande de résiliation du contrat et dans 56 % des cas relatifs à l'adaptation de la prime.

Quand il s'adresse à l'Ombudsman suite à un sinistre, sa plainte est souvent fondée (66 %) lorsqu'elle porte sur les délais de gestion et sur le défaut d'information (manque de transparence sur le décompte d'indemnité, absence de réponse ou de justification en cas de contestation de responsabilités…). Les réclamations qui portent sur le montant de l'indemnité sont fondées dans un cas sur deux.

Dans le cadre des couvertures Dégâts matériels et Vol, les réclamations suite au refus d'intervention de la compagnie sont non fondées pour 74 % : par exemple lorsque l'assuré a conduit en état d'ivresse, sans permis valable ou lorsqu'il a aggravé son dommage après un sinistre.

ASSURANCE INCENDIE

1. En chiffres

En 2011, l'Ombudsman a reçu 767 plaintes relatives à la branche Incendie. C'est dans cette branche que la hausse est la plus sensible par rapport à l'année 2010 : + 25 %. L'augmentation touche principalement les sinistres dans deux garanties : Incendie et Dégâts des eaux. Cette hausse doit être mise en rapport avec le nombre élevé de sinistres enregistrés suite aux circonstances atmosphériques exceptionnelles de la seconde moitié de l'année 2010 et du début 2011 (plus de 65 000 dossiers ont été ouverts auprès des assureurs) [16].

Le 14 juillet 2010, une tempête s'est abattue sur le pays. Au mois de novembre, de fortes pluies accompagnées de vents violents ont provoqué de lourds dommages dans différentes régions. Peu après, notre pays s'est couvert d'un manteau blanc qui s'est maintenu durant 23 jours avec des périodes de gel conséquentes jusqu'à la fin du mois de janvier 2011. Les dégâts consécutifs à ces évènements peuvent être couverts par des contrats d'assurance. Comme l'étendue des garanties offertes par les contrats est fixée par les parties et varie d'une police d'assurance à l'autre, c'est en fonction de son contenu que l'assuré pourra demander le remboursement de ses dommages.

Dans certains cas, les pluies diluviennes ont entraîné des inondations. Les dégâts causés relèvent de la couverture Catastrophes naturelles. Cette couverture est reprise dans la plupart des contrats mais tous les propriétaires ou occupants n'en bénéficient pas automatiquement. En effet, la loi ne prévoit cette garantie d'office que pour les risques simples [17]. Parfois, cette particularité a été oubliée à la souscription de la police et ce n'est qu'au moment du sinistre qu'elle est malheureusement constatée.

De même, les dégâts des eaux survenus lors du dégel ou ceux dus à la pression de la neige ne donnent pas automatiquement lieu à l'intervention de l'assureur. En effet, pour que l'assureur intervienne, il faut que ces dégâts rentrent dans la description des circonstances prévues par les garanties du contrat. C'est à l'assuré qu'il

16 — X, « Analyse des principales branches IARD », *Assurinfo*, 20 octobre 2011.
17 — Art. 68-1 L.C.A.T. ; art. 5 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.*, 31 décembre 1992.

Garantie	2009	2010	2011
Incendie	281	235	289
Dégâts des eaux	215	192	272
Vol	53	86	82
Tempête	20	50	50
Catastrophes naturelles	18	18	25
Bris de vitrages	10	15	20
Risque électrique	9	10	20
RC Immeuble	8	8	9
Total	**614**	**614**	**767**

appartient d'établir l'origine exacte du dommage et de prouver que la cause de ces dégâts tombe sous le couvert des garanties Dégâts des eaux, Pression de la neige …

Les dégâts provoqués par les vents forts qualifiés de tempête sont quant à eux couverts par une garantie spécifique.

2. Analyse

En assurance Incendie, la majorité des réclamations (78 %) concernent les sinistres.

Dans les opérations de production, l'Ombudsman est saisie pour deux motifs : les contestations liées au renon du contrat et les augmentations tarifaires.

Lorsque les assurés se plaignent des difficultés lors d'un **renon**, il s'agit souvent de l'enregistrement de la résiliation qu'ils ont introduite notamment dans le cas d'un déménagement. La loi règle le statut du contrat d'assurance lorsque le bien est vendu mais elle ne prévoit rien pour le cas du locataire qui déménage [18]. Dans ce dernier cas, la situation du locataire n'est pas uniforme sur le marché. En effet, certaines entreprises d'assurances mentionnent, dans les conditions du contrat, une obligation de fidélité du locataire en cas de déménagement. D'autres prévoient que les garanties du contrat sont suspendues jusqu'à ce que l'assuré communique le changement d'adresse. D'autres encore stipulent que la fin du bail entraîne de plein droit la résiliation du contrat d'assurance. C'est d'ailleurs souvent ce que pensent les assurés et sur cette base, ils concluent un nouveau contrat pour leur nouvelle habitation. Si l'entreprise d'assurances refuse d'acter la résiliation du premier contrat, le consommateur, ayant souscrit un nouveau contrat, bénéficie de deux polices d'assurances couvrant un même risque. Ces polices font-elles double emploi ? La loi ne précise rien. L'attitude des entreprises d'assurances varie. En pratique, les montants assurés sont différents. La nature du bien peut également varier : l'assuré quitte un appartement pour habiter un appartement plus spacieux ou plus petit, une maison, une villa isolée … On peut se poser la question de savoir pourquoi vouloir maintenir deux polices qui vont en tout état de cause largement se superposer.

Par ailleurs, l'**augmentation des primes** incite le consommateur à chercher une solution plus avantageuse et

18 — Art. 57 L.C.A.T., l'assurance de la responsabilité locative relève du chapitre des assurances de responsabilité (art. 77-89 L.C.A.T.).

à se tourner vers la concurrence. La loi règle les formalités et les délais que doivent respecter les entreprises d'assurances pour adapter les primes des contrats et les assurés pour renoncer aux contrats. Dans de nombreux cas, ces formalités ne sont pas respectées ; c'est alors que des discussions surviennent [19].

En 2011, une grande partie des plaintes relatives à la gestion des sinistres dans la branche Incendie portent sur le **refus d'intervention** (33 %).

Parmi elles, la moitié des réclamations est introduite dans la garantie *Dégâts des eaux*. Ce nombre élevé de plaintes doit être mis en relation avec le nombre important de sinistres dus aux conditions atmosphériques exceptionnelles de la fin 2010 et de 2011 [20].

Les doléances portent parfois sur des extensions de garantie ou des couvertures facultatives. Or, les frais couverts par une extension de garantie ne sont pris en charge que pour autant que la cause du sinistre soit couverte par la garantie principale. Ainsi, les simples frais de recherche d'une fuite d'eau sans dommage apparent ou les frais de recherche de l'origine des dégâts dont la cause n'est pas garantie par la police d'assurance ne sont pas remboursés par l'assureur.

D'autres assurés saisissent l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances refuse de prendre en charge les *frais de sauvetage*. La portée de cette couverture n'est pas toujours bien comprise. Bien qu'ils soient aussi repris dans les garanties connexes du contrat, la couverture des frais de sauvetage est prévue par la loi [21]. Il s'agit des frais engagés pour limiter les conséquences dommageables d'un sinistre. Ils peuvent être pris à l'initiative de l'assuré ou demandés par l'entreprise d'assurances. Ces frais ne sont remboursés que pour autant que le sinistre qui est à la base de ces frais soit couvert par le contrat. Ils doivent être raisonnables et urgents. De plus, il faut que le danger de la survenance de dégâts supplémentaires soit imminent.

La couverture des *Catastrophes naturelles* donne lieu à certaines réclamations sur le refus d'intervention de l'entreprise d'assurances pour le remboursement des frais de réparation des fissures d'habitation. Les assurés estiment que l'intervention de l'assureur est justifiée car les fissures sont dues à des mouvements de terrain. Ils estiment que ces mouvements sont un glissement ou un affaissement de terrain au sens de la loi [22]. La loi précise qu'il s'agit « d'un mouvement d'une masse importante de terrain qui détruit ou endommage des biens … ». Cette formulation est sujette à interprétation et les travaux préparatoires de la loi n'apportent aucune précision. A l'époque, le ministre compétent interrogé sur la question renvoyait aux experts des assurances …

C'est donc au cas par cas que l'Ombudsman analyse les circonstances afin d'établir objectivement, au regard de l'esprit de la loi, s'il s'agit d'une catastrophe naturelle. Par exemple, le simple fait que les murs d'une maison se fissurent ne suffit pas à l'établir. L'affaissement partiel d'une parcelle de terre est un phénomène souvent dû à l'évaporation ou au retrait d'eau souterraine (variation de températures notamment) qui entraîne un déplacement, une compression du sol. Ce phénomène naturel, quand il n'est pas exceptionnel, n'entraîne donc pas d'office l'application de la garantie Catastrophes naturelles.

19 — Voir supra p. 20.
20 — Voir supra p. 28.
21 — Art. 52 L.C.A.T.
22 — Art. 68-2, §1, d L.C.A.T.

A côté du refus d'intervention, les contestations les plus fréquentes portent sur le **montant de l'indemnité** (20 %).

Le montant des dommages ou la valeur des objets disparus sont généralement fixés de manière contradictoire. Ainsi, les entreprises d'assurances désignent des experts pour établir le montant des réparations ou pour s'accorder sur la valeur des objets endommagés. Certains assurés oublient qu'ils doivent laisser la possibilité à l'entreprise d'assurances de faire les constatations utiles [23]. Le non-respect de cette obligation est sanctionné par la loi qui prévoit jusqu'au refus d'intervention.

D'autres discussions portent sur l'évaluation d'objets précieux tels que des antiquités, des tableaux ou des bijoux assurés avec l'ensemble du contenu.

En 2011, l'Ombudsman est encore saisie par des occupants propriétaires ou locataires d'appartements pour des litiges portant sur le montant de leur indemnisation. A l'analyse, elle conclut généralement que l'entreprise d'assurances a exécuté ses obligations à l'égard de l'association des copropriétaires, preneur d'assurance. La source du différend se trouve plutôt dans les relations avec la gérance ou le syndic, pour lesquelles l'Ombudsman n'est pas compétente.

D'autres doléances porte sur le **délai de règlement** (15 %).

Le nombre de ce type de plaintes a crû de 40 %. Bien que les entreprises d'assurances aient pris des mesures spéciales face à la sinistralité élevée, les services chargés de la gestion des sinistres au sein des entreprises d'assurances ont enregistré des retards. Mais le long délai mis par l'expert indépendant pour clôturer et établir son rapport d'expertise est parfois aussi à l'origine de ces lenteurs. Dans ces cas, l'Ombudsman a dû rappeler les délais stricts prévus par la loi pour le paiement des indemnités et demander le paiement d'intérêts en cas de retard injustifié au sens de la loi [24].

Certains sinistres se produisent alors que le bâtiment est en travaux. Dans d'autres cas, c'est un immeuble voisin ou la faute même partielle d'un tiers qui est à l'origine du sinistre. Afin de fixer de manière contradictoire et de commun accord la cause et l'étendue

23 — Art. 19 §2 et 56 L.C.A.T.
24 — Art. 67 L.C.A.T.

des dommages, l'assureur du bâtiment souhaite la participation de l'assureur Responsabilité Civile du ou des responsables à l'expertise. Mais, réunir ces différents intervenants se révèle parfois très difficile. Interrogée par un consommateur, l'Ombudsman interviendra afin d'accélérer la procédure d'expertise et d'obtenir si possible de l'assureur le paiement de l'incontestablement dû.

3. Solutions apportées aux plaintes

En 2011, sur les 767 requêtes introduites, plus de 10 % sont des demandes de renseignements. Le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour lui poser des questions diverses relatives à la portée d'une garantie, au déroulement de la gestion d'un sinistre, aux formalités pour résilier le contrat …

Fin janvier 2012, l'Ombudsman et son équipe ont clôturé 606 plaintes de 2011 dont 47 % ont trouvé une solution positive pour le plaignant.

Lorsque la discussion porte sur la résiliation du contrat introduite par l'assuré, 75 % des doléances ont eu un suivi favorable. Par contre, 43 % des réclamations en cas de refus d'intervention suite à un dégât des eaux sont fondées et 15 % seulement suite à un vol. Lorsque l'assuré saisit l'Ombudsman pour se plaindre de la lenteur de la gestion ou du manque d'informations, il obtient gain de cause dans 60 % des cas.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

Garantie	2009	2010	2011
P.J. auto	202	190	165
P.J. de base non auto	148	136	160
P.J. étendue	101	104	109
Total	**451**	**430**	**434**

1. En chiffres

En 2011, l'Ombudsman a reçu 434 doléances en assurance Protection Juridique. Elles représentent 12 % des plaintes à l'encontre des entreprises d'assurances. L'Ombudsman enregistre une baisse du nombre de réclamations (- 14 %) en Protection Juridique auto mais constate, par contre, une augmentation (+ 18 %) des doléances en Protection Juridique de base non auto.

2. Analyse

Les plaintes qui portent sur les opérations de production ne représentent que 5 %. Elles concernent principalement la résiliation du contrat par l'assuré en Protection Juridique auto et la résiliation par l'entreprise d'assurances dans les formules étendues.

Lorsque les réclamations portent sur la gestion des sinistres, elles concernent la gestion passive (43 %) essentiellement dans les contrats d'assurance Protection Juridique auto et le refus d'intervention (50 %) dans les contrats d'assurance Protection Juridique étendue.

Les critiques sur la **gestion passive** en Protection Juridique auto sont de différentes natures. Le consommateur s'étonne du délai nécessaire au règlement de son dossier. Lors de l'analyse du dossier, l'Ombudsman constate souvent que l'assureur Protection Juridique a fait le nécessaire et entame les démarches utiles pour assumer la défense de son assuré. Par contre, il ne tient pas son assuré informé de l'évolution de son dossier.

Dans certaines situations, la gestion est bloquée car les opinions de l'assureur et de l'assuré divergent. Or, dans ces cas, la loi prévoit le recours à la clause d'objectivité [25]. Selon cette disposition, l'assuré peut faire appel à un avocat de son choix dont l'avis motivé sera contraignant. L'Ombudsman constate que cette clause est souvent ignorée par les assurés. Les entreprises d'assurances, quant à elles, omettent de rappeler la possibilité d'y recourir surtout lorsque le différend porte sur une appréciation technique ou médicale. Si l'avocat ne peut se prononcer sur le fond du problème, il pourrait saisir le tribunal pour obtenir la désignation d'un expert judiciaire. Afin d'éviter le recours à cette procédure lourde, longue et coûteuse, l'assureur et l'assuré vont souvent plutôt désigner de commun accord un second expert au lieu de confier la mission à un avocat.

Le recours à la clause d'objectivité n'est cependant possible que lorsque le litige à la base de l'intervention de l'entreprise d'assurances est couvert par le contrat. En effet, l'assuré ne peut

25 — Art. 93 L.C.A.T.

y faire appel lorsque les discussions portent sur la couverture même du sinistre.

Fréquemment, l'Ombudsman relève que la lenteur de la gestion du dossier trouve sa source dans le retard de la communication du dossier répressif ou dans les difficultés liées à un sinistre avec un conducteur étranger ou survenu à l'étranger. Dans ce dernier cas, le sinistre doit en principe être réglé sur la base des dispositions légales du pays où l'accident est survenu, tant sur plan des responsabilités que de l'indemnisation du dommage. Or, ces règles sont généralement moins favorables aux victimes que celles en vigueur en Belgique.

Afin de recevoir une copie du dossier répressif, l'entreprise d'assurances doit obtenir l'autorisation du Parquet. Ce dernier la lui donnera à la clôture de son instruction qui est souvent fort longue. A cet égard, depuis plusieurs années, l'Ombudsman rappelle aux autorités la nécessité de prendre des mesures pour simplifier l'accès au dossier répressif.

Dans le but d'accélérer la gestion des sinistres, les entreprises d'assurances ont adopté des règles relatives aux interventions des assureurs Protection Juridique et Responsabilité Civile [26]. Ces règles visent à améliorer la communication entre ces deux assureurs et à privilégier les règlements amiables. Elles prévoient notamment des délais de traitement, de réponse ainsi que de paiement à respecter par les deux assureurs.

Dans le cadre des garanties Protection Juridique de base non auto ou de celles qui prévoient des couvertures étendues, la majorité des doléances concernent le **refus d'intervention**. A la base, le conflit peut déjà provenir tout simplement de l'identification des conditions générales qui sont d'application.

L'Ombudsman a dû analyser plusieurs dossiers de Protection Juridique liée à une assurance RC Vie privée dans lesquels l'entreprise d'assurances refusait son intervention car elle estimait que les faits à l'origine du litige ne faisaient pas partie de la vie privée de l'assuré. Le point de départ de l'analyse de la réclamation est de définir ce que comprend le concept de « vie privée ». Il est souvent défini par opposition à ce qui relève de la vie professionnelle. Au travers des plaintes, l'appréciation se fait au cas par cas et est souvent source de divergences. Il serait souhaitable que les entreprises d'assurances donnent une définition positive de la notion de la vie privée.

Enfin, l'Ombudsman doit souligner l'importance, pour la meilleure défense des intérêts des consommateurs, du respect strict du principe de gestion distincte entre les assureurs Responsabilité Civile et Protection Juridique, dont les modalités sont prévues par un arrêté royal [27]. L'application de ces règles permet d'éviter des situations de conflit d'intérêts. A cet égard, elle renvoie à la circulaire établie par la FSMA qui reprend les trois formules juridiques possibles ainsi que leurs implications [28].

3. Solutions apportées aux plaintes

En Protection Juridique, l'Ombudsman a effectué une enquête pour 377 réclamations. Les autres (12 %) sont principalement des demandes de renseignements d'ordre général. Le consommateur cherche à savoir

26 — « Règles pour une gestion efficace des sinistres entre les assureurs Protection Juridique et Responsabilité Civile », inéd.
27 — A.R. du 12 octobre 1990 relatif à l'assurance protection juridique, *M.B.*, 8 novembre 1990, Errat., *M.B.*, 12 mars 1991, art. 4.
28 — Circulaire CBFA 2010-22 du 19 octobre 2010, www.fsma.be/

s'il peut consulter un avocat, s'il peut changer d'avocat, s'il peut avoir une assistance dans les démarches pour son indemnisation, quelles sont les conséquences de la signature d'une transaction …

A la fin du mois de janvier 2012, 342 plaintes en Protection Juridique, qui ont fait l'objet de négociations, sont clôturées. 44 % de ces doléances ont trouvé une suite favorable pour le plaignant. Plus précisément, en Protection Juridique Auto, elles sont fondées pour 53 % et dans les deux autres catégories pour 38 %.

En Protection Juridique Auto, un tiers des réclamations portent sur la gestion passive. Dans 54 % des cas, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, le dossier a été réactivé.

En Protection Juridique de base non auto et en Protection Juridique étendue, les plaintes sur le refus d'intervention ne sont fondées que pour 25 % des cas et celles sur le montant du plafond d'intervention que pour 38 %.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

1. En chiffres

En 2011, l'Ombudsman a enregistré 174 réclamations relatives à l'assurance Responsabilité Civile soit 5 % de l'ensemble des plaintes introduites à l'encontre des entreprises d'assurances. Le nombre des réclamations a baissé de 14 % par rapport à 2010. La plus grande partie (47 %) qui concerne la RC Vie privée, a baissé de 19 %.

Garantie	2009	2010	2011
RC Vie privée	82	99	81
RC Exploitation	52	58	45
RC Professionnelle	26	23	29
RC diverses	17	22	19
Total	**177**	**202**	**174**

2. Analyse

La majorité des insatisfactions concernent la gestion des sinistres et plus précisément le refus d'intervention de l'assureur (51 %). A l'analyse des réclamations, l'Ombudsman constate que la discussion porte souvent sur la présence ou non d'une faute. Dans certains domaines, face à une jurisprudence divisée, l'Ombudsman enregistre un nombre croissant de plaintes. C'est notamment le cas de toutes les discussions suite aux chutes dans les grandes surfaces, sur les trottoirs, sur la voie publique en raison du verglas, de la neige ou du mauvais état de la voirie. Le propriétaire du magasin, de la maison en bordure du trottoir, la commune, la région sont-ils responsables ? [29]

A cet égard, le rôle de l'Ombudsman n'est pas de se prononcer sur les responsabilités mais d'examiner si l'assureur a répondu à tous les arguments et s'il a pris en considération tous les éléments de fait. Dans ces cas, l'Ombudsman veille plus particulièrement à ce que l'assureur justifie sa décision. Elle n'hésite pas à entamer des discussions si la motivation n'est pas pertinente sans oublier que, selon les principes du droit des assurances, c'est l'assuré qui a la charge de la preuve.

Par ailleurs, l'assuré ignore que c'est l'entreprise d'assurances qui a la direction du litige [30]. L'assureur va donc pouvoir indemniser la victime même si l'assuré n'est pas d'accord. Cependant, cette intervention ne l'empêche pas de contester sa responsabilité et de refuser à la victime le remboursement du montant de la franchise.

Dans d'autres cas, l'assuré se sent responsable et ne comprend pas pourquoi l'entreprise d'assurances refuse son intervention. En effet, l'entreprise d'assurances estime que, sur le plan juridique, il n'y a aucune faute dans le chef de son assuré. C'est souvent le cas lorsque des dégâts sont causés à l'occasion de la garde d'une maison (par exemple le voisin chargé de la surveillance de la maison qui endom-

29 — Civ. Namur (1ère ch.), 30 septembre 2005, *Rev. dr. commun.* 2009, p. 46 ; Civ. Namur, 30 mai 1994, *R.G.A.R.* 1996, p. 12619.
30 — Art. 79 L.C.A.T.

mage le mécanisme d'un volet), d'un enfant (par exemple l'enfant sur les genoux d'un grand-père qui fait tomber ses lunettes) ou d'un animal (par exemple le chien qui tâche le tapis). Comme ces biens ou personnes sont confiés à des membres de la famille, à des amis, à des voisins, ils relèvent de leur garde ou sont sous leur surveillance. Tout est une question de fait qui devra être appréciée au cas par cas. En tout état de cause, la promesse d'indemnisation de l'assuré n'engage pas l'assureur[31].

3. Solutions apportées aux plaintes

En assurance Responsabilité Civile, l'Ombudsman a reçu 174 doléances dont 18 % sont des demandes d'information. Ces demandes concernent essentiellement des questions de responsabilité pour lesquelles l'Ombudsman a dirigé l'assuré vers son assureur Protection Juridique.

De manière globale, 46 % des réclamations examinées ont trouvé une solution positive pour le plaignant. En RC Vie privée, les plaintes fondées représentent 50 %, en RC Exploitation 38 %, en RC Professionnelle 52 % et en RC diverses 37 %.

Lorsque le consommateur se plaint du refus d'intervention, sa demande est généralement non fondée. Il s'agit principalement des cas dans lesquels l'entreprise d'assurances invoque la non-comptabilité des versions des personnes impliquées ou ceux dans lesquels la discussion porte sur les responsabilités et l'entreprise d'assurances peut justifier sa position.

31 — Art. 85 L.C.A.T.

ASSURANCE ASSISTANCE

Garantie	2009	2010	2011
Assistance	53	50	80

1. En chiffres

En 2011, l'Ombudsman a enregistré une hausse marquante (60 %) du nombre des réclamations en assurance Assistance.

2. Analyse

Cette augmentation porte uniquement sur les opérations de production qui représentent, en 2011, plus de 50 % du nombre des plaintes.

A l'analyse, il s'agit de réclamations d'assurés à l'encontre d'une seule entreprise d'assurances qui, dans le cadre de son obligation de solvabilité (rapport entre les primes et les charges sinistres et frais), a augmenté son tarif. Sur cette base, elle a procédé à une révision de son portefeuille. Alors qu'au départ tous les véhicules du ménage étaient automatiquement couverts, elle a décidé de moduler le montant de la prime en fonction du nombre de voitures. Ces adaptations sont conséquentes et entraînent jusqu'à 50 % d'augmentation.

Face à ces réclamations, l'Ombudsman s'est adressée à l'entreprise d'assurances qui l'a informée que, suite à cette adaptation, des assurés ont aussi saisi une organisation de consommateurs, Test-Achats. Cette organisation a introduit en justice une action en cessation, actuellement pendante devant les tribunaux[32]. Comme l'Ombudsman est une instance alternative à l'ordre judiciaire, elle a dû arrêter son intervention.

Enfin, dans le cadre d'une surveillance stricte de la sinistralité, cette entreprise d'assurances a également résilié des contrats frappés de sinistres. La loi prévoit que tant l'assureur que l'assuré peuvent mettre fin au contrat après un sinistre ou à l'échéance sans pour autant devoir justifier leur décision[33]. Aussi l'Ombudsman a uniquement vérifié le respect des formalités.

32 — X, « L'offre conjointe contestée », *Le monde de l'assurance*, décembre 2011, p. 9.
33 — Art. 30 L.C.A.T.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

1. En chiffres

Le nombre de doléances en assurance Soins de Santé a considérablement baissé de 15 % pour ne plus représenter que 11 % des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances. Cette diminution résulte principalement du nombre moins élevé de plaintes relatives aux augmentations de prime tant en assurances Hospitalisation individuelles que collectives.

2. Analyse

Dans cette branche, les plaintes relatives aux opérations de production représentent 46 % alors qu'en 2010, elles représentaient 50 %.

Cette baisse résulte principalement du nombre moins élevé de réclamations enregistrées sous le motif de l'**augmentation de la prime**. Ce type de doléances a diminué de 58 %.

Garantie	2009	2010	2011
Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle	261	275	250
Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle	97	126	80
Revenu Garanti	46	52	56
Assurance d'Attente	-	4	2
Total	**404**	**457**	**388**

En 2011, les entreprises d'assurances ont encore appliqué des augmentations tarifaires en respectant, en principe, les normes de l'index médical établi par la loi Verwilghen.

Cependant, différentes critiques ont été et sont encore adressées à l'encontre des possibilités d'augmentation du tarif, prévues par la loi Verwilghen. Certaines dispositions de cette loi ont fait l'objet de plusieurs décisions judiciaires récentes.

D'abord, la Cour d'appel de Bruxelles a posé une question préjudicielle à la Cour de justice de l'Union européenne au regard des principes[34] du droit européen[35] : les dispositions de la loi Verwilghen qui limitent les augmentations tarifaires respectent-elles ces principes ? La décision qui sera prise permettra de trancher différentes difficultés d'interprétation.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat a annulé les dispositions contestées de l'arrêté royal. relatives au calcul de l'indice médical[36].

Les contestations sur l'adaptation de la prime portent cette année également sur des changements tarifaires intervenus suite à des modifications du risque telles que le déménagement, l'évolution dans les catégories d'âge … Ces adaptations sont généralement l'application de dispositions contractuelles et sont donc valables.

34 — Soit la liberté tarifaire, la liberté d'établissement et la libre prestation de service.
35 — Bruxelles, 10 novembre 2011, inéd., R.G. 2011/AR/615.
36 — C.E., 29 décembre 2011, nr. 217.085, www.raadvst-consetat.be/

Afin de trouver une manière de réduire le montant des primes[37], la loi a prévu, dans certaines conditions, la possibilité d'une exonération de la taxe de 9,25 %[38]. En 2011, l'administration fiscale a confirmé que cette exonération s'appliquait également aux contrats individuels établis en prolongation d'une couverture collective ainsi qu'aux contrats d'assurance d'Attente[39]. Grâce à cette mesure fiscale, le poids du montant des primes pour le consommateur lors des prolongations à titre individuel est allégé.

Dans le cadre des opérations de production, l'Ombudsman relève des réclamations suite au refus de l'enregistrement du **renon** introduit par l'assuré. Sur le marché du travail, de plus en plus d'employeurs offrent, dans le package salarial, une assurance Hospitalisation collective. Si le travailleur bénéficie déjà d'une assurance Hospitalisation individuelle, il souhaite la résilier pour éviter un double emploi. Sur le marché, une entreprise d'assurances refuse souvent d'enregistrer l'effet immédiat du renon et entend appliquer de manière stricte les principes juridiques n'autorisant l'annulation du contrat qu'à l'échéance annuelle[40].

En 2011, les réclamations relatives aux sinistres représentent 54 %.

Plus de la moitié de ces plaintes concernent le **refus d'intervention** de l'entreprise d'assurances. Elles représentent 30 % des plaintes de l'ensemble de la branche.

Le refus de l'entreprise d'assurances porte sur la prise en charge des frais médicaux liés à des affections pour lesquelles les assurés avaient déjà subi certains traitements mais qu'ils avaient omis de déclarer à la souscription du contrat. En 2011, c'est souvent le cas des traitements dentaires.

L'assureur refuse par ailleurs d'intervenir si l'opération n'est pas médicalement justifiée. Cette discussion sur la nécessité médicale de l'opération chirurgicale se pose souvent dans le cas d'intervention pour le placement d'un anneau gastrique. Alors même que ces opérations ont une incidence positive sur l'état de santé général du patient, l'assuré doit prouver qu'elles

37 — Voir aussi *Carnet 2008 Ombudsman des Assurances*, p. 81.
38 — Loi du 18 avril 2010 instaurant une exemption de la taxe annuelle sur les opérations d'assurance au bénéfice des assurances soins de santé offrant un niveau de protection élevé, *M.B.*, 11 juin 2010.
39 — M. Thirion, « Exemption de la taxe sur la prime pour la poursuite individuelle d'une assurance soins de santé », *Assurinfo*, 9 juin 2011.
40 — Art. 30 L.C.A.T.

étaient médicalement nécessaires. Par exemple, la perte de poids a une influence positive sur la pression sanguine, le souffle, le cholestérol, le diabète… Mais cet effet bénéfique est insuffisant pour justifier le caractère médicalement nécessaire pour le placement d'un anneau gastrique.

Un quart des réclamations relatives aux sinistres en Soins de Santé portent sur le **montant de la prestation**. Suite à la crise financière, certaines entreprises d'assurances ont décidé d'appliquer strictement leurs conditions générales alors que, dans le passé, elles étaient plus souples. Ainsi, elles ont décidé de refuser le remboursement de certains frais liés indirectement à une maladie grave tels que des frais de kiné dus à des problèmes respiratoires après un traitement de radiothérapie, des frais d'examens de surveillance après un cancer…

Enfin, l'Ombudsman est également saisie par des assurés qui se plaignent des **délais de remboursement**. Les hôpitaux réclament le paiement des factures dans un bref délai. L'assuré qui n'a pu bénéficier du système du tiers payant doit donc avancer les fonds. Ces sommes peuvent être conséquentes et donc difficilement supportables.

3. Solutions apportées aux plaintes

En assurance Soins de Santé, 18 % des requêtes écrites sont des demandes de renseignements. A l'instar de nombreux appels téléphoniques, ces demandes portent principalement sur les hausses tarifaires en assurance Hospitalisation individuelle ou sur les possibilités de résiliation de contrats individuels.

Fin janvier 2012, 267 plaintes sont clôturées. Parmi celles-ci, 45 % ont trouvé une solution positive pour l'assuré, ce qui est légèrement inférieur à la tendance générale de 48 %.

Le pourcentage est principalement influencé par les réclamations sur les adaptations tarifaires qui sont, dans 76 % des cas, non fondées. En 2011, la majorité des entreprises d'assurances ont augmenté le montant des primes des assurances Hospitalisation individuelles dans le respect de l'indice médical repris dans l'arrêté royal avant que son illégalité ne soit prononcée[41]. Dans les assurances Hospitalisation collectives soumises au principe de la liberté contractuelle, les entreprises d'assurances ont négocié des adaptations conformément aux dispositions du contrat.

Sous l'angle de la gestion des sinistres, seuls 42 % des doléances ont trouvé une solution favorable pour l'assuré. Les refus d'intervention de l'assureur sont justifiés pour 61 %. Il s'agit des cas où la nécessité médicale de l'intervention n'est pas prouvée ou ceux dans lesquels l'assuré n'a pas déclaré un antécédent médical. Dans d'autres cas, le consommateur saisit l'Ombudsman car il conteste l'indemnité octroyée par l'entreprise d'assurances. Ces plaintes sont non fondées dans 55 % des cas. Le consommateur est souvent confronté au refus valable de remboursement de certains frais médicaux dont le lien avec l'affection n'est pas suffisamment établi ou pour lesquels il n'y a pas d'intervention de la mutuelle.

41 — Voir supra, p. 39.

ASSURANCE VIE

1. En chiffres

Contrairement à la tendance générale et aux dernières années, le nombre des plaintes en assurance Vie a diminué de 4 %. L'Ombudsman a enregistré 540 doléances.

La baisse est surtout marquée en Branche 23 pour les réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances en Belgique. Par contre, le nombre des réclamations dans cette branche à l'encontre des entreprises étrangères est resté stable et représente près de la moitié de cette catégorie.

2. Analyse

A l'instar des années antérieures dans les opérations de production, la majorité des plaintes (64 %) portent sur les produits de la Branche 21. Les insatisfactions concernent principalement les montants versés lors des opérations de **rachat** ou le montant des réserves acquises.

A l'analyse des plaintes, l'Ombudsman constate que le consommateur n'a pas toujours saisi les caractéristiques des contrats d'assurance Vie dont le capital et le rendement sont garantis. Il assimile sa gestion à celle d'un compte d'épargne. En réalité, un placement dans un produit d'assurance doit être envisagé pour un long ou un moyen terme. En effet, le retrait d'une somme d'argent avant l'échéance du contrat se réalise souvent en déduisant plusieurs coûts et frais de l'ensemble des primes investies. La valeur de rachat du contrat est ainsi calculée en tenant compte d'éléments tels que les frais d'entrée, les frais de gestion, les frais pour la couverture du risque de décès, les frais de sortie ainsi qu'éventuellement les frais pour la couverture en cas d'incapacité suite à un accident ou une maladie.

Depuis quelques années, l'Ombudsman constate une baisse du nombre de ce type de réclamations sans pouvoir réellement en expliquer le motif. Elle relève cependant que depuis 2007, dans le cadre d'un code de bonne conduite, les entreprises d'assurances se sont engagées à établir une fiche d'information financière par produit[42]. Cette fiche d'informa-

Garantie	2009	2010	2011
Branche 21	**339**	**348**	**344**
- Classique / Universal Life	242	236	230
- Solde restant dû	75	86	88
- Assurances Funérailles	22	26	26
Branche 23	69	103	77
Assurance Groupe	68	67	68
Garanties complémentaires	37	26	31
Emprunt hypothécaire	12	17	20
Branche 26	-	1	-
Total	**525**	**562**	**540**

42 — Code de bonne conduite relatif à la publicité et à l'information sur les assurances-vie individuelles, www.assuralia.be/

tion qui donne les éléments-clés dans une forme simplifiée, permet une plus grande transparence. Cette meilleure information du consommateur doit certainement influencer à la baisse le nombre d'insatisfactions.

Malheureusement, les produits couvrant uniquement le risque de décès comme les assurances Solde restant dû et les assurances Funérailles sortent du champ d'application du code de bonne conduite auquel ont adhéré les entreprises d'assurances. Ainsi, l'Ombudsman a relevé que les frais lors du rachat d'assurances Solde restant dû liées à des opérations de crédits court terme sont très élevés et méconnus par les assurés.

Au mois de mars 2011, la **liquidation** de l'entreprise d'assurances **Apra Vie** a donné lieu à de nombreux appels téléphoniques de consommateurs inquiets. La décision du retrait de l'agrément d'activité par l'autorité de contrôle a entraîné le blocage des droits et obligations des contrats d'assurance. Interrogée, l'Ombudsman a dû orienter les clients vers le Fonds Spécial de Protection qui assure une garantie de la réserve des contrats individuels pour un montant maximal de 100 000 euros. Par ailleurs, la question du sort de la couverture du risque de décès reste sans réponse. Mais

Marie Vermeiren
Nathalie Peetroons

comme le dossier est entre les mains de la justice, il échappe à la compétence de l'Ombudsman.

Le nombre des réclamations liées à des produits de placement Branche 23 a nettement baissé lorsque la plainte porte sur le **montant de la réserve acquise** et qu'elle concerne une entreprise d'assurances en Belgique. Le consommateur est informé de la situation de son contrat annuellement au cours du premier semestre. Suite à la crise financière de 2008, le montant des réserves acquises s'était effondré et dans certains cas le rendement du placement était même négatif. En 2010, les tendances des marchés financiers plus positives se sont traduites par de meilleures performances. Dès lors, en 2011, la communication de meilleurs résultats a engendré moins d'insatisfactions.

En Branche 23, presque la moitié des plaintes concernent des produits d'entreprises d'assurances étrangères. L'analyse de ces doléances conduit à des conclusions semblables à celles de l'an dernier[43]. Les discussions portent sur le montant des frais comptabilisés ou sur l'application de la clause Market Value Adjustment (MVA) prévoyant l'ajustement du capital aux valeurs du marché selon un cours des valeurs qui serait publié sur internet. D'autres griefs font également l'objet de réclamations : les uns portent sur le manque et même parfois l'absence totale d'informations[44] sur l'évolution de la valeur de l'investissement, les autres sur l'impossibilité de récupérer le capital investi lié à un fonds bloqué alors que le paiement des frais est toujours exigible.

La qualité des informations données à la conclusion du contrat fait aussi l'objet de reproches. Les produits sont souvent vendus par des sous-agents d'assurances agissant sous la responsabilité d'un agent principal. Ces agents utilisent le matériel publicitaire et d'information qui leur est fourni par l'agent principal. Or, l'examen des documents met en évidence que les informations qui y sont reprises ne sont conformes ni aux conditions du contrat ni au contenu du fonds. L'entreprise d'assurances étrangère émettrice du produit ne peut les justifier et déclare même ignorer l'existence de ces documents. Dans certains cas, elle renvoie l'Ombudsman vers une procédure judiciaire qui est en cours à l'encontre de l'agent principal[45].

En 2011, l'Ombudsman a reçu des réclamations portant sur un produit d'assurance basé sur le risque de survie de groupes dont le bénéfice de l'assurance Vie qui les couvre est cédé à des tiers investisseurs. Ces produits dénommés « legal settlements » sont présentés comme des produits sûrs comprenant des garanties[46]. En Grande-Bretagne, l'autorité de surveillance a sérieusement mis en garde les consommateurs et les gestionnaires d'actifs en qualifiant ce type d'investissement sur la survie de groupes d'Américains de « toxiques »[47]. L'autorité a souligné le manque de transparence sur le risque de change, sur la liquidité des opérateurs des fonds ainsi que sur des erreurs d'estimation actuarielle. Malheureusement, les effets de la recommandation sont limités car ces produits, distribués sur le marché européen, dépendent de fonds gérés en dehors de ses fron-

43 — *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 38-39.
44 — Art. 20 A.R. Vie.
45 — Voir infra p. 52.
46 — W. Robyns, « Spéculer sur la mort d'autrui, un investissement toxique », *Assurinfo*, 15 décembre 2011.
47 — www.fsa.gov.uk/

tières et tombent par là même hors du champ de la compétence de toute autorité européenne.

En Belgique, la FSMA cherche à mieux protéger le consommateur dans la vente des produits d'investissement Branche 23. A son initiative, un moratoire volontaire de la commercialisation de produits structurés complexes a vu le jour pour une période limitée [48]. Les produits structurés complexes sont des produits d'investissement qui comportent un ou plusieurs dérivés et qui répondent à certains critères portant sur les difficultés d'évaluation, sur la clarté des frais et sur l'identité de l'émetteur. Ce moratoire définit quatre critères sur la base desquels le produit est qualifié de produit structuré complexe. Son objectif est d'empêcher la distribution de ces produits particulièrement complexes auprès des investisseurs non initiés.

L'adhésion au moratoire par les acteurs du secteur financier se fait sur une base volontaire. Les entreprises d'assurances, les établissements d'investissement et de crédit, les intermédiaires et les conseillers financiers qui y

souscrivent sont repris sur le site de la FSMA. L'adhésion du vendeur du produit apporte une sécurité supplémentaire au consommateur qui achète un produit de la Branche 23. Ce moratoire sera prochainement transposé dans un règlement. A ce moment, il sera utile que la fiche d'information financière mentionne que le produit respecte ces règles. Ceci pourra même constituer un label de qualité.

Les entreprises d'assurances étrangères n'ont pas souscrit à ce moratoire. Or, lors de l'analyse des réclamations à leur encontre, l'Ombudsman constate que le consommateur a investi dans des fonds qui répondent aux critères de complexité retenus. De plus, ces fonds échappent souvent à tout contrôle d'une autorité de surveillance européenne.

Parmi les plaintes relatives aux **assurances Groupe**, l'Ombudsman a reçu de nombreux appels et demandes d'informations suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle qui a jugé que le capital d'une assurance Groupe faisait partie des biens de la communauté du mariage [49]. La loi sur le contrat d'assurance

48 — Moratoire sur la commercialisation de produits structurés particulièrement complexes, www.fsma.be/
49 — C.C., 27 juillet 2011, nr. 136/2011, www.const-court.be/

terrestre prévoit que le capital d'une assurance Groupe est un bien propre de l'époux bénéficiaire[50]. La Cour a estimé que ces dispositions étaient contraires à la constitution et que le capital faisait partie des biens communs.

La publicité donnée à cet arrêt a fait surgir de nombreuses questions auprès des personnes séparées, en instance de divorce et même déjà divorcées… Mais les interrogations concernent plutôt la procédure de divorce que l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne relèvent donc pas de la compétence de l'Ombudsman qui a dû renvoyer les consommateurs vers leurs avocats. En tout état de cause, afin d'éviter les incertitudes, il serait utile que le législateur intervienne pour que la loi respecte les principes de la constitution[51].

Lorsqu'un consommateur se plaint au moment de la liquidation (au terme du contrat ou suite au décès) d'une assurance Vie, il est principalement insatisfait (63 %) du montant du capital versé ou du délai dans lequel il est transféré.

En Assurance Solde restant dû, l'Ombudsman est saisie par des bénéficiaires qui s'étonnent de ce que le **montant** du capital liquidé ne suffise pas pour couvrir le solde du capital emprunté.

En pratique, ces plaignants ne perçoivent pas qu'il s'agit de deux contrats indépendants souscrits auprès d'organismes différents. Or, afin de pouvoir payer le capital prévu au moment du décès, l'entreprise d'assurances doit disposer de certains documents. Les rassembler peut prendre un certain délai durant lequel l'organisme prêteur qui n'a pas reçu le capital continue à réclamer le paiement d'intérêts. Le montant du capital constitué par l'assurance peut donc ne pas être suffisant pour couvrir les intérêts payés durant cette période d'attente.

De manière générale, l'Ombudsman constate que le consommateur attend un règlement rapide à l'image de l'évolution des moyens de communication. Lorsque le **règlement tarde**, il réclame des compensations estimant que l'entreprise d'assurances a bénéficié du loyer de l'argent qu'elle a conservé sur ses comptes. Certains contrats stipulent des délais de liquidation du contrat mais malheureusement la loi n'en prévoit aucun. Les sources de retard dans le versement du capital

50 — Art. 127 et 128 L.C.A.T.

51 — Une première proposition de loi a déjà été déposée : proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne la récompense due au patrimoine commun, *Doc. Parl.*, Ch. repr., 53K1917, www.lachambre.be/

peuvent être variées. Dans les cas où rien n'est mentionné dans le contrat, l'Ombudsman analyse les différentes étapes de la gestion du dossier afin d'évaluer si le délai de règlement est raisonnable.

Si globalement les plaintes en assurance Vie ont baissé, l'Ombudsman constate une hausse de 45 % du nombre des réclamations sur le **refus d'intervention** de l'assureur. Ce refus est rencontré dans différentes situations.

Dans les contrats qui prévoient une couverture tant du risque de décès que du risque d'invalidité suite à une maladie, l'assureur refuse notamment d'intervenir en raison du silence de l'assuré, au moment de la conclusion du contrat, sur son état de santé préexistant. A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman remarque que le consommateur qui signe une simple déclaration de bonne santé ne saisit pas la portée du document. Ce sont les héritiers et bénéficiaires qui en supportent les conséquences. Sur cette base, elle a formulé une recommandation en 2010 pour plus de transparence [52].

3. Solutions apportées aux plaintes

Le consommateur s'est adressé à l'Ombudsman dans 540 cas en assurance Vie. Parmi ces requêtes, 26 % sont des demandes de renseignements. La plupart des questions portent sur la Branche 21 et les assurances Groupe. En 2011, l'Ombudsman a été interrogée plus particulièrement sur les modalités et les conséquences de la liquidation de la société Apra Vie.

A la fin du mois de janvier 2012, 341 plaintes qui ont fait l'objet d'une enquête, sont clôturées. Le consommateur a obtenu gain de cause dans 47 % des cas contre 40 % l'année précédente.

A l'analyse, l'Ombudsman constate que les réclamations relatives à l'application des règles et mécanismes de l'assurance Vie (tels que les opérations de rachat, de réduction, le taux d'intérêt garanti …) sont en général non fondées. La plupart des réclamations fondées portent sur le défaut de communication ou le délai de liquidation.

En ce qui concerne les entreprises étrangères, il ressort de l'analyse des plaintes portant sur les frais appliqués au moment de la liquidation que dans 50 % des cas la demande du plaignant est fondée.

52 — *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 51-52.

Le nombre des réclamations reste globalement 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.

2011 pour les intermédiaires en assurances

3

3 L'année 2011 pour les intermédiaires en assurances

1. En chiffres

En 2011, l'Ombudsman a reçu 442 doléances à l'encontre des intermédiaires, soit une hausse de 10 % par rapport à 2010.

Cette augmentation est liée à la crise financière qui influence la nature et le degré des insatisfactions. La hausse touche principalement les branches Vie et Auto. En assurance Vie, le consommateur est déçu par rapport à ses attentes. Il a vu les rendements financiers baisser drastiquement dans les produits Vie, qu'il s'agisse de la valorisation d'un produit Branche 23 émis par des assureurs étrangers ou de l'attribution de participations bénéficiaires dans un produit Branche 21. Face à ses désillusions, il s'inquiète de la qualité du conseil de l'intermédiaire dans la sélection du produit qu'il lui a vendu ou sur le choix de l'entreprise d'assurances auprès de laquelle le contrat a été souscrit. Dans la branche Auto, c'est principalement dans la garantie Dégâts matériels où le nombre de plaintes a doublé.

Branche	2009	2010	2011
Vie	94	101	123
Auto	70	84	101
Divers (Annulation, Tous Risques ...)	37	69	70
Incendie	69	62	64
Soins de Santé	35	32	41
Protection Juridique	18	24	26
RC diverses	15	21	12
Individuelle Accidents	6	4	4
Accidents du Travail	-	3	1
Total	**344**	**400**	**442**

Le nombre des réclamations reste cependant globalement 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. « Service et contact » est la devise du conseiller en assurances, tel que le déclare le président d'une des fédérations professionnelles[53] ! 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.

Face à une plainte, l'Ombudsman doit apprécier la portée raisonnable du devoir de conseil de l'intermédiaire par rapport aux exigences du consommateur. Les devoirs de gestion et d'instruction relatifs à une plainte intro-

53 — « Ensemble vers le courtage durable », Congrès Feprabel à La Hulpe du 6 octobre 2011.

duite à l'encontre d'un intermédiaire sont souvent plus ardus qu'à l'égard des réclamations vis-à-vis d'une entreprise d'assurances.

Les raisons en sont diverses. Elles vont du manque de collaboration du conseiller en assurances qui estime ne pas devoir y consacrer de temps, de la crainte de sanctions, du peu de bonne volonté pour communiquer les informations et les explications jusqu'à la méconnaissance du rôle voire de l'existence de l'Ombudsman. Dans les entreprises d'assurances, un correspondant est désigné pour recevoir les doléances et seul ou en équipe, il va transférer une réponse étayée à l'Ombudsman.

En 2011, l'Ombudsman a dû adresser une trentaine de recommandés aux intermédiaires qui ne répondaient pas. Lorsque le conseiller en assurances ne collabore pas, l'Ombudsman peut heureusement compter sur le soutien de l'organisme de contrôle des intermédiares, la FSMA, qui va jusqu'à sanctionner l'intermédiaire récalcitrant en lui retirant l'agrément nécessaire à l'exercice de son activité professionnelle.

2. Analyse

La majorité des plaintes à l'encontre des conseillers en assurances portent sur la production des contrats (62 %). L'intermédiaire intervient en effet plus largement lors de la conclusion de contrats que dans la gestion des sinistres assumée généralement par les entreprises d'assurances.

A. Assurance Vie

La répartition des plaintes à l'encontre des intermédiaires entre les différentes branches a fortement été influencée par les effets de la crise financière et économique de 2008 qui se ressentent, surtout pour les produits étrangers, toujours de nos jours. Ainsi en 2007, les plaintes en assurance Vie représentaient 21 % de l'ensemble des réclamations alors qu'en 2011, elles représentent 28 %.

Au regard du peu de performance de son investissement ou de la perte financière de produits d'assurance Branche 23, le consommateur a estimé, dans certains cas, avoir été mal ou insuffisamment informé sur les risques du produit, sur ses caractéristiques ou mal conseillé dans le choix du produit ou de l'entreprise d'assurances.

Les règles relatives à la distribution des assurances imposent à l'intermédiaire d'identifier les besoins de son client et de lui remettre une fiche descriptive du produit qu'il recommande[54]. Cette fiche est établie par l'entreprise d'assurances. Le conseiller en assurances est responsable de sa remise mais pas de son contenu. Il lui appartient donc de rapporter la preuve qu'il l'a transmise. Dans trop de cas, l'Ombudsman constate que le dossier ne reprend pas de trace de cette communication.

Déçu, le preneur d'assurance s'adresse à l'Ombudsman en espérant obtenir réparation. L'examen de l'insatisfaction et les conclusions conduisent souvent à établir qu'il y a une mauvaise compréhension par le consommateur du produit vendu. En effet, un produit d'assurance Branche 21 qui garantit le capital est différent d'un carnet d'épargne. Le montant du versement n'est pas totalement investi en épargne. Une partie de la somme versée est affectée à la couverture du risque de décès ainsi qu'à des frais de gestion. De plus, les participations bénéficiaires présentées ne sont que des projections d'éventuelles performances et non des engagements. La loi interdit d'ailleurs de les garantir[55].

Dans certains cas, l'assuré perd de vue que, depuis 2006, une taxe de 1,1 % est perçue sur le montant de toutes les primes et non pas seulement lors du versement de la première prime.

Dans le cadre de la bancassurance, les agents bancaires vendent des produits d'assurance alors que leur métier principal est la vente de produits financiers bancaires. A l'analyse des réclamations à leur encontre, l'Ombudsman constate qu'ils respectent les normes et les usages afférents à leur profession de base mais omettent souvent de suivre les prescrits spécifiques du devoir d'information des produits d'assurance. En effet, l'analyse des besoins du consommateur doit être envisagée par produit en matière d'assurance alors que dans la vente d'un produit bancaire, en application de la législation MiFID[56], le vendeur globalise les avoirs de son client pour le conseiller.

Enfin, depuis la crise financière, l'Ombudsman est saisie par des consommateurs qui ont fait des placements dans des produits d'assurance Vie émis par des sociétés d'assurances étrangères mais distribués en Belgique par le réseau du courtage. Ces réclamations représentent 65 % des plaintes introduites dans la Branche 23. Ces produits offraient des rendements très élevés. Ils étaient très attractifs mais présentaient également un risque élevé. Actuellement, leur valeur a fortement chuté et certains ne sont même pas réalisables. Cette dépréciation est d'autant plus sensible que le montant des placements était non négligeable.

L'analyse de ces doléances conduit l'Ombudsman à s'interroger sur la structure du produit et sur les frais de gestion. Souvent les fiches d'information des produits ne reprennent pas les informations requises par la législation belge. Dans d'autres cas, la publicité est mensongère ou les clauses des polices ne sont pas conformes au droit belge. Bien que l'établissement de ces documents relève de la responsabilité de l'entreprise d'assurances étrangère, le consommateur reproche à l'intermédiaire de lui avoir conseillé ce produit. Dans certains dossiers, l'intermédiaire a même retenu frauduleu-

54 — Voir supra p. 42.
55 — Art. 32 A.R. Vie.
56 — Markets in Financial Instruments Directive.

sement une partie de l'investissement. Dans ces derniers cas, tant le parquet que la FSMA en ont été saisis.

B. Assurance Auto

Lorsque le consommateur est insatisfait de son intermédiaire pour une assurance Auto, il lui reproche sa lenteur de réaction voire sa négligence dans les formalités administratives. Alors que l'intermédiaire a remis la carte verte à l'assuré, il a omis d'envoyer le renon pour l'ancien contrat, il n'assure pas le suivi de l'établissement du contrat ou de l'exactitude des mentions qui doivent y être reprises telles que l'identité du conducteur habituel ou du deuxième conducteur. Par ailleurs, l'Ombudsman reçoit de plus en plus de doléances à l'encontre d'intermédiaires qui se chargent de l'immatriculation des véhicules. Le consommateur reproche les retards et les erreurs d'inscription. En assurance Dégâts matériels, le grief porte souvent sur la valeur assurée que l'intermédiaire a mentionnée. Le consommateur s'en aperçoit lorsque, suite à un sinistre, la compagnie applique la règle proportionnelle et lui octroie une indemnité inférieure à celle attendue.

Audrey Delfour

Françoise Vanhee

C. Assurance Incendie

En branche Incendie, les motifs d'insatisfaction du consommateur à l'égard du conseiller en assurances portent sur l'absence de remboursement du montant de la prime qui lui revient ou sur la mauvaise exécution du renon de l'ancien contrat. La double couverture Incendie court parfois durant de nombreuses années et l'entreprise d'assurances, le conseiller en assurances et le consommateur se renvoient la responsabilité de la situation.

Par ailleurs, face aux difficultés de paiement des primes annuelles, certains intermédiaires accordent des facilités de paiement à leurs clients en les autorisant à verser mensuellement un montant convenu. L'intermédiaire se charge de la distribution du forfait et paie la prime annuelle des différents contrats directement aux entreprises d'assurances. Alors qu'un contrat a été adapté ou qu'une garantie a disparu, l'intermédiaire n'adapte pas le montant du forfait prévu au départ. Le consommateur qui a trop payé saisit l'Ombudsman.

Les plaintes relatives à des sinistres concernent le déroulement et le suivi de la gestion. Lorsque le traitement de dossiers rencontre quelques difficultés, l'assuré reproche à son intermédiaire son manque d'aide. Ainsi, l'assuré attend l'appui et le conseil de l'intermédiaire au moment de l'évaluation des dommages. Il veut recevoir l'information sur les formalités, les documents ainsi que les délais de règlement. Ce n'est pas parce que le conseiller doit appuyer le client dans ses démarches que ce dernier ne doit pas suivre la gestion de son dossier.

Enfin, dans plusieurs dossiers relatifs au règlement de sinistres Incendie dans des contrats d'assurance souscrits par des copropriétés, l'Ombudsman constate une certaine confusion des rôles lorsque le syndic de l'immeuble est en même temps l'intermédiaire du contrat d'assurance. Sur le plan déontologique, si une même personne remplit les deux fonctions, elle devrait bien respecter les règles régissant ses rôles respectifs.

D. Assurance Tous Risques

Les réclamations en assurance Tous Risques GSM, appareils photos et PC portable portent sur le refus de remboursement par l'intermédiaire qui gère le dossier relatif au vol pour le compte de l'entreprise d'assurances étrangère. Les discussions portent sur les circonstances et sur le fait de savoir

si elles sont couvertes par le contrat qui exige que le vol soit réalisé avec « effraction » ou « violence ».

3. Solutions apportées aux plaintes

Parmi les 442 plaintes que l'Ombudsman a reçues en 2011 à l'encontre des intermédiaires en assurances, plus de 6 % sortent du champ de sa compétence car elles ne portent pas sur un produit d'assurance.

Parmi les 361 plaintes qui ont fait l'objet d'une enquête auprès de l'intermédiaire, 56 % sont fondées alors qu'en 2010, 50 % l'étaient.

En assurance Auto, les plaintes fondées portent sur les lenteurs dans la gestion du contrat et sur le remboursement du prorata de prime.

En assurance Vie, une large part des plaintes sont fondées : 76 % en Branche 21 et 79 % portant sur des produits étrangers en Branche 23. Il s'agit des réclamations sur le défaut d'information ou le mauvais conseil de l'intermédiaire. Pour les produits étrangers, la critique porte également sur le caractère trompeur de la publicité.

Dans le cadre des assurances Tous Risques, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, l'intermédiaire chargé de la gestion des sinistres a revu sa décision dans 71 % des cas.

Le rapport annuel est un regard sur le passé dont l'analyse permet de tirer des enseignements. C'est une source d'inspiration pour orienter des actions.

Recommandations

4

4 Recommandations

Le rapport annuel est un regard sur le passé dont l'analyse permet de tirer des enseignements. C'est une source d'inspiration pour orienter des actions. Ainsi, depuis 1998, l'Ombudsman formule des recommandations sur la base des plaintes répétitives. Ces avis s'inscrivent dans la politique de prévention développée par le secteur. Tout comme il faut éviter la survenance du sinistre, il faut également éviter les malentendus, les insatisfactions.

1. Suivi des recommandations

L'expérience a montré que le suivi des recommandations de l'Ombudsman variait selon leur nature et leur portée. Certaines font rapidement l'objet d'un examen et de conclusions. Différentes recommandations ont ainsi trouvé une solution concrète. D'autres par contre nécessitent une plus longue période d'observation parce qu'elles sont liées à toute la culture et au mode de pensée des acteurs du secteur ou parce qu'elles exigent une concertation.

Certaines recommandations ont trouvé une réponse à bref délai au niveau du secteur. Les instances concernées d'Assuralia ont invité l'Ombudsman à dialoguer et à examiner ensemble des solutions. Ce fut le cas notamment de la recommandation qui portait sur l'indemnisation des dommages constatés lors de la vente d'un immeuble et de celle relative à l'indemnité à payer dans la garantie Dégâts matériels lorsque la valeur réelle du véhicule est supérieure à la valeur assurée. Un même suivi a été réservé aux recommandations formulées à l'égard de Datassur entre autres sur l'abandon de l'enregistrement pour résiliation à la date d'échéance et sur la mention du nombre de sinistres survenus uniquement durant les 5 dernières années avant la résiliation.

Par contre, d'autres ont rencontré peu d'échos dans le secteur. C'est grâce à l'intervention du législateur qu'une réponse a été apportée. Tel fut le cas de la recommandation sur la couverture de l'état de santé préexistant inconnu de l'assuré. Il a fallu dix ans pour que la loi Verwilghen concrétise cette recommandation publiée en 1998. En revanche, la recommandation de 2007 relative à l'accès à l'assurance Solde restant dû pour des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique a été immédiatement relayée par différentes initiatives politiques. Différentes propositions de loi ont été déposées pour aboutir à la loi du 21 janvier 2010[57].

Certaines recommandations n'ont même eu aucun écho, comme celle qui concerne une procédure simplifiée pour obtenir la copie du dossier répressif, celle sur l'aménagement du délai de prolongation à titre individuel d'un contrat d'assurance Revenu Garanti, celle sur l'allongement du délai de couverture de l'assurance RC Professionnelle des intermédiaires après la fin du contrat. Parmi ces recommandations, plusieurs impliquent une adaptation d'une législation existante. La longue absence d'un gouvernement de plein pouvoir a certainement été un frein. Le retour à une situation régulière doit donner l'espoir d'un suivi.

57 — Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, *M.B.*, 3 février 2010.

2. Recommandations 2011

A. L'intervention de l'Ombudsman suspend-t-elle le délai de prescription ?

Le recours à l'Ombudsman des Assurances est une faculté organisée par la législation [58]. Cependant, les dispositions réglementaires n'apportent aucune précision sur les effets du recours à ce mode alternatif de règlement de conflits au niveau des délais de prescription. Or, dans la pratique, le consommateur ne demande l'intervention de l'Ombudsman qu'après un an, deux ans voire plus après la date de survenance de l'évènement à partir duquel le délai prend cours. Si, en principe, le consommateur garde le droit de recourir aux tribunaux, il risque cependant de le perdre si le délai de prescription est dépassé avant la clôture du dossier.

Recommandation

A l'instar d'autres modes alternatifs tels que la médiation, il serait nécessaire qu'une disposition légale prévoie la suspension du délai de prescription durant une période suffisante pour permettre les négociations sans retarder inutilement le règlement du litige [59].

58 — A.R. du 21 juin 2006 modifiant le traitement des plaintes dans le secteur des assurances, défini dans l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances et dans l'arrêté royal du 25 mars 1996 portant exécution de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 4 juillet 2006.

59 — Pour plus de détails sur la question voir J.-P. Buyle, J. Van Elderen, P. Proesmans, N. Schmitz, « Comment régler un conflit commercial en dehors des tribunaux ? », *Le droit des affaires en évolution*, n°22, Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 230 et s.

B. Quelle information communiquer à l'affilié d'une assurance Groupe qui est en incapacité de travail ?

Les garanties d'un contrat d'assurance Groupe d'un travailleur en incapacité de travail de longue durée peuvent être réduites. En effet, si l'employeur n'a pas souscrit une garantie libératoire de primes en cas d'incapacité, le non-paiement entraîne une réduction des garanties. Cette situation peut être lourde de conséquences. C'est le cas pour le travailleur qui a cotisé durant des années et tombe gravement malade. Son contrat d'assurance n'est plus alimenté par le paiement des primes et les garanties sont par conséquent diminuées. Cela signifie généralement qu'il perd la garantie Décès et qu'un capital ne lui sera versé qu'à l'échéance finale du contrat s'il est en vie. S'il décède avant cette date, ses héritiers ne recevront rien ou éventuellement une somme limitée.

Le législateur protège les travailleurs après leur départ en prévoyant l'obligation d'informer l'assuré des conséquences de son licenciement sur l'assurance Groupe[60]. Par contre, les travailleurs en incapacité ne sont informés que par le canal de la fiche remise annuellement et dont la lisibilité n'est pas évidente pour tout travailleur.

Recommandation

Lorsque, dans un contrat d'assurance Groupe, la couverture Décès est supprimée ou réduite suite à l'incapacité du travailleur, il faudrait que l'entreprise d'assurances, à l'image de l'information qu'elle donne en cas de licenciement, communique à l'employeur les conséquences du non-paiement des primes. Ce dernier devrait avoir l'obligation d'en informer le membre du personnel qui aurait la possibilité de poursuivre la couverture à titre individuel[61].

C. A quelle entreprise d'assurances s'adresser ?

Le paysage du secteur de l'assurance évolue. Différentes entreprises d'assurances ont disparu, leur portefeuille ayant été cédé à d'autres entreprises parfois même de manière successive.

Le consommateur rencontre des difficultés à identifier l'entreprise d'assurances qui a repris les droits et les obligations de son contrat, principalement lorsqu'il s'agit d'anciens contrats d'assurance Vie.

Recommandation

Afin de faciliter les recherches de l'assuré, il serait utile que l'organisme de contrôle, la Banque Nationale, publie la liste des entreprises avec la mention des reprises ou des transferts de portefeuilles d'assurances. Pour améliorer l'accès à l'information pour le consommateur, le site de l'organisme qui a en charge la protection des consommateurs, la FSMA, et celui d'Assuralia devraient également publier cette liste.

60 — Art. 31 L.P.C.
61 — Une solution similaire existe pour les assurances Hospitalisation collectives ; art. 138bis-8 L.C.A.T.

Conclusion

« L'Ombudsman de l'UPEA était un précurseur »

Vingt-cinq ans plus tard, on peut l'affirmer. Ce service, né de l'initiative des entreprises d'assurances, est devenu en 2006 un service d'intérêt général. Au regard de l'ensemble des insatisfactions dont le service est saisi, l'Ombudsman est une aide indiscutable au consommateur, à l'assuré ou au bénéficiaire qui, confronté à un problème d'assurance, pourra y recourir avant de s'adresser aux tribunaux. En effet, tout consommateur insatisfait peut gratuitement faire appel à cette instance permanente qui va prendre le temps de l'écouter et lui donner gain de cause dans certains cas ou à tout le moins lui expliquer pourquoi elle ne peut lui donner raison. Non seulement le Service Ombudsman tranche les litiges mais il joue également un rôle d'éducation du grand public au cas par cas. Il est aussi une source d'informations pour les acteurs du secteur notamment par le canal des recommandations qu'il formule sur la base des plaintes répétitives.

Face à un consommateur de plus en plus exigeant, à un environnement économique difficile et à la surcharge des tribunaux, le recours aux voies alternatives pour régler les conflits s'inscrit dans un mouvement sociétal de changement et d'évolution des mentalités. Dans tous les secteurs d'activité, on voit en effet naître des services Ombudsman afin de promouvoir le recours à une voie amiable pour régler les contestations.

Cette tendance est générale même si elle se traduit de manière différente selon les pays et se décline sous des formes diverses (Ombudsman, médiation, commission litiges ...). Au niveau européen, les autorités ont exprimé la volonté de renforcer le développement des modes alternatifs de règlement des conflits de consommation. La Commission a pris de nouvelles initiatives en proposant deux directives. La première prévoit la présence de ces modes dans tous les secteurs ainsi que les critères à respecter pour la mise en place de tels systèmes par les Etats-membres et suggère des améliorations pour garantir une meilleure visibilité [62]. La seconde pose un cadre juridique pour la résolution alternative des litiges « en ligne » [63].

62 — Proposition de directive du Parlement Européen et du Conseil relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et portant modification du règlement (CE) no 2006/2004 et de la directive 2009/22/CE (directive relative au RELC), COM (2011) 793, 2011/0373 (COD), www.ec.europa.eu/prelex/

63 — Proposition de règlement du Parlement Européen et du Conseil relatif au règlement en ligne des litiges de consommation (règlement relatif au RLLC), COM (2011)794, 2011/0374 (COD), www.ec.europa.eu/prelex/

Au niveau mondial, suite à la crise financière, le G20 a, lors de la rencontre des ministres des Finances et des gouverneurs des banques centrales d'octobre 2011, adopté parmi les principes sur la protection financière des consommateurs celui de la nécessité d'une entité indépendante pour gérer les plaintes[64].

En Belgique plus particulièrement, de nombreux mouvements assurent la promotion du recours aux ADR. Récemment encore, à titre d'exemple, le renouveau du centre de médiation commerciale (Bmediation), l'initiative prise au sein du Tribunal de commerce de Bruxelles pour organiser une permanence hebdomadaire sur la médiation.

Au niveau du secteur des assurances, des initiatives sont également prises afin de promouvoir la médiation dans le règlement de conflits dont les frais sont couverts par des contrats d'assurance Protection Juridique.

Et enfin l'essentiel après 25 ans : merci ! Et encore merci …

Merci à tous les collaborateurs qui ont travaillé quotidiennement dans l'équipe de l'Ombudsman durant ces 25 ans. Grâce à leur enthousiasme contagieux, l'Ombudsman a pu remplir sa mission. C'est avec patience, compétence et efficacité qu'ils ont répondu aux sollicitations écrites et verbales des consommateurs toujours plus nombreux et exigeants.

Merci aussi à tous ceux qui ont fait partie du large réseau des correspondants au sein des entreprises d'assurances pour être des interlocuteurs actifs et des interfaces-clés pour la recherche de solutions. C'est grâce à ce large réseau d'étroite collaboration que l'Ombudsman a pu répondre aux demandes de plus en plus grandes, reprendre d'autres missions et devenir ainsi le guichet unique des réclamations pour le secteur de l'assurance.

Merci enfin aux acteurs du secteur qui n'ont jamais douté de l'efficacité de leur initiative. Ils ont ainsi mis à la disposition de la fonction les moyens nécessaires pour que l'Ombudsman puisse répondre au fil des années de manière adéquate à l'évolution des besoins.

64 — Point 9, G20 High-Level Principles on Financial Consumer Protection adopted on 14-15 October 2011, www.oecd.org/

Réseaux

En Belgique :

CPMO (concertation permanente des médiateurs et Ombudsmans)
www.ombudsman.be

En Europe :

Réseau FIN-NET
www.ec.europa.eu/fin-net

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

Les représentants belges
sont les suivants :

Assurances

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs, 35 / 1000 Bruxelles

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

info@ombudsman.as
www.ombudsman.as

Banques, Crédit, Placements

Service de Médiation Banques – Crédit - Placements
Rue Belliard, 15-17 / 1040 Bruxelles

Tél. : **+32 (0)2 545 77 70**
Fax : **+32 (0)2 545 77 79**

ombudsman@ombfin.be
www.ombfin.be

L'équipe de l'Ombudsman

Ombudsman :

1 Josette Van Elderen

Conseillers :

2	Magali André	Tél. : 02/547 57 80
3	Hans Claes	Tél. : 02/547 58 73
4	Audrey Deltour (intérimaire)	Tél. : 02/547 58 79
5	Patricia De Jaegher	Tél. : 02/547 58 72
6	Sandrine Irrera	Tél. : 02/547 58 79
7	Nathalie Peetroons	Tél. : 02/547 58 74
8	Sylvie Scheerlinck	Tél. : 02/547 58 76
9	Guido Schmitz	Tél. : 02/547 58 68
10	Nicolas Schmitz	Tél. : 02/547 58 75
11	Elke Stillaert	Tél. : 02/547 57 70
12	Marie Vermeiren	Tél. : 02/547 57 79

Secrétariat :

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

Glossaire

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

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

Assuralia :
Union professionnelle des entreprises d'assurances, autrefois UPEA.

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

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

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

Branche 21 :
Assurance Vie prévoyant un capital ou rendement garanti en cas de décès ou au terme du contrat.

Branche 23 :
Assurance Vie liée à des fonds d'investissement sans garantie du capital investi.

CBFA :
Commission Bancaire, Financière et des Assurances, actuellement FSMA.

Commission des Assurances :
Comité consultatif institué par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, qui a pour mission de délibérer sur toutes questions qui lui sont soumises par le Ministre compétent ou par la FSMA. La Commission peut aussi émettre des avis d'initiative sur toutes questions concernant les opérations d'assurance. L'Ombudsman est membre de la Commission des Assurances.

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

Contrat type :
Assurance Automobile obligatoire reprise dans l'annexe intitulée contrat type de l'A.R. du 14 décembre 1992 relatif au contrat type d'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 3 février 1993.

Datassur :
Groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Datassur enregistre les données que les entreprises d'assurances lui communiquent à la suite de la résiliation d'un contrat sur la base de critères objectifs comme le non-paiement de la prime, la sinistralité ou la fraude établie. L'Ombudsman intervient comme instance de recours en cas de plaintes concernant les données reprises dans le fichier « Risques spéciaux » ou fichier RSR, géré par Datassur.

FSMA :
Autorité des services et marchés financiers, autrefois CBFA. Autorité belge chargée, notamment, de veiller à l'intégrité des marchés financiers et au traitement loyal du consommateur financier.

L.C.A.T. :
Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 20 août 1992.

Loi Verwilghen :
Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, *M.B.*, 10 août 2007. Cette loi a été complétée par la loi dite de « réparation » du 17 juin 2009 (*M.B.* 8 juillet 2009).

L.P.C. :
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.

MVA :
"Market Value Adjustment" ou ajustements à la valeur du marché qui peuvent avoir une influence sur la valeur de rachat d'une assurance Vie.

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

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

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

Risques simples :
En principe, on entend par « risque simple » tout bien ou ensemble de biens dont la valeur assurée ne dépasse pas 743 680,57 euros (index 1988). Une définition précise peut être retrouvée dans l'article 5 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.*, 31 décembre 1992.

RSR :
Risques Spéciaux/Speciale Risico's.

SPF Economie :
Service Public Fédéral Economie.

UPEA :
Union professionnelle des entreprises d'assurances, actuellement Assuralia.

Comment introduire une plainte ?

Il faut un écrit qui peut être transmis

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

Chiffres et Analyse 2011

Editeur responsable : J. Van Elderen

Ce rapport 2011 est disponible en français et en néerlandais en format PDF sur le site www.ombudsman.as

Nederlandse gedrukte versie is ook verkrijgbaar op eenvoudig verzoek.

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

D2012/0377/3

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

25 ans

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