CHIFFRES ET ANALYSE

2012

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

CHIFFRES ET ANALYSE

2012

OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

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

Table des matières

Préface 4

1. Aperçu de l'activité 2012 8

1. Combien de demandes d'intervention ? 10
2. Répartition entre les acteurs du secteur 11
3. Provenance des demandes d'intervention 13
4. Répartition par branche 14
5. Solutions apportées aux demandes d'intervention 15

2. L'année 2012 pour les entreprises d'assurances 18

Combien de demandes d'intervention ? 20

Assurance Auto 22
1. En chiffres 22
2. Analyse 22
3. Solutions apportées aux demandes 24

Assurance Incendie 26
1. En chiffres 26
2. Analyse 26
3. Solutions apportées aux demandes 29

Assurance Protection Juridique 30
1. En chiffres 30
2. Analyse 30
3. Solutions apportées aux demandes 32

Assurance Soins de Santé 34
1. En chiffres 34
2. Analyse 34
3. Solutions apportées aux demandes 37

Assurance Vie 38
1. En chiffres 38
2. Analyse 38
3. Solutions apportées aux demandes 42

3. L'année 2012 pour les intermédiaires en assurances 44

1. En chiffres 46
2. Analyse 47
3. Solutions apportées aux demandes 51

4. Recommandation 52

Conclusion 56

Réseaux 60

Glossaire 62

Préface

2012 : la loi sur le contrat d'assurance terrestre souffle ses 20 bougies !

L'Ombudsman, comme relais entre les consommateurs, les assurés, les victimes et les acteurs du secteur, ne peut ignorer l'anniversaire de cette loi qui a marqué une étape importante dans l'évolution du droit des assurances. En effet, ce nouveau cadre légal a été le point de départ de toute une série de modifications législatives qui ont changé de manière substantielle le droit belge des assurances en faveur du consommateur. Cette loi a voulu, dans le respect d'un équilibre entre les parties, protéger ceux qui bénéficient des prestations d'assurances tout en préservant, dans une certaine mesure, les intérêts des entreprises d'assurances contre certains comportements des assurés.

Pour s'en tenir à quelques exemples, on note, pêle-mêle, le régime particulièrement élaboré et les mesures plus souples qui sanctionnent désormais les manquements du preneur d'assurance à l'obligation de déclaration du risque (art. 5 à 7), le nouveau régime du paiement de la prime (art. 13 à 17), la portée et les nouvelles sanctions du devoir de l'assuré en cas de sinistre (art. 20 et 21), la réduction à un an de la durée de principe des contrats d'assurance (art. 30) et la généralisation, dans les assurances de la responsabilité, de l'action directe de la personne lésée (art. 86).

Dans les assurances de personnes en général et en assurance Vie en particulier, les évolutions marquées dans les domaines de l'information médicale (art. 95) et de la communication de données génétiques à l'assureur (art. 5) ainsi que les clarifications apportées au régime du suicide (art. 101) laissent également apparaître la volonté du législateur d'accroître la protection des assurés.

Par ailleurs, le développement du rôle sociétal du secteur influence également l'évolution du cadre légal[1]. C'est notamment le cas des dispositions de la loi Verwilghen (art. 138*bis*-1 à 11), régissant l'accès à l'assurance Soins de Santé pour tous, qui ont été insérées dans la loi du 25 juin 1992. L'Ombudsman y relève en particulier l'accès pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap, le cadre dans lequel un contrat individuel peut être souscrit en prolongation d'un contrat collectif, les limites dans lesquelles l'assureur peut invoquer l'état préexistant et le cadre des possibilités d'augmentation de primes.

Il en est de même des dispositions légales pour l'accès à l'assurance Solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru dont les arrêtés d'exécution n'ont malheureusement pas encore été pris.

Des efforts restent à réaliser sans altérer la structure et la précision du texte

Si l'on peut évidemment se réjouir de cet essor consumériste, force est de constater à travers les demandes d'intervention auprès de l'Ombudsman que la loi sur le contrat d'assurance terrestre se révèle toujours inapte, malgré ses modifications successives, à protéger adéquatement les intérêts du consommateur d'assurance dans un certain nombre de situations particulières.

Entre autres exemples, on pointera d'abord la lancinante question de la preuve du consentement de l'assuré aux modifications contractuelles ou tarifaires apportées par l'assureur en cours d'exécution du contrat qui, malgré les travaux menés de longue date sous l'égide de la Commission des Assurances, n'a toujours pas pu être clôturée par un compromis.
Par ailleurs, la problématique de la définition du risque, des déchéances et des exclusions de garantie continue

1 50 ans d'Assurance, *Monde de l'Assurance*, décembre 2012, p. 20.

à susciter de nombreuses controverses théoriques et pratiques, notamment au regard de la charge de la preuve.

Ces dernières années, la loi a subi plusieurs modifications. D'autres adaptations et même refontes sont en vue. L'évolution de la technologie, les projets européens d'harmonisation du droit de l'assurance, l'aboutissement espéré des travaux et des longs échanges sur la question du formalisme entraîneront certainement une réforme de la loi. Il est important cependant que ces changements n'altèrent pas davantage la structure et la concision qui étaient à l'origine et qui caractérisaient cette législation. En effet, s'en écarter, ébranlerait un des principaux objectifs de la loi : la protection du consommateur.

1

Aperçu de l'activité 2012

1 Aperçu de l'activité 2012

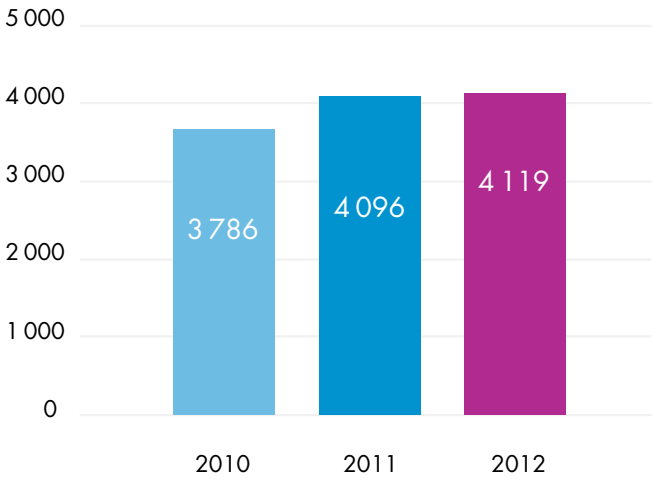
1. COMBIEN DE DEMANDES D'INTERVENTION ?

A la clôture de l'année 2012, l'Ombudsman a enregistré 4 119 demandes d'intervention. Un nombre stable par rapport à 2011 où elle avait reçu 4 096 doléances.

4 119 demandes d'intervention dont 3 106 ont fait l'objet d'une enquête

Parmi ces demandes d'intervention, il y a les requêtes qui échappent à la compétence de l'Ombudsman (4 %), celles qui font l'objet d'un renvoi en première ligne (3 %) ou celles qui sont de simples demandes d'informations (15 %). Si on écarte ces 1 013 demandes, le nombre de dossiers qui ont fait l'objet d'une analyse et de négociations s'élève à 3 106[2].

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



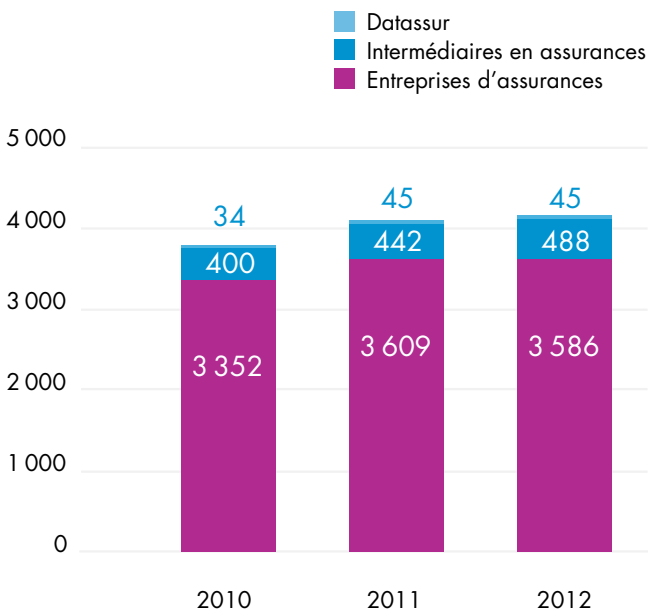
2 Voir infra p. 15.

Si le nombre des dossiers est stable, le nombre de correspondances a, quant à lui, augmenté de plus de 4 % pour atteindre près de 21 000 lettres, courriels et fax auxquels l'Ombudsman a dû réagir. Ces écrits témoignent des difficultés rencontrées dans la gestion des dossiers. Les entreprises d'assurances se montrent plus strictes et plus fermes dans leur prise de position alors que les consommateurs sont plus revendicatifs.

2. REPARTITION ENTRE LES ACTEURS DU SECTEUR

La majorité des demandes d'intervention concernent toujours les **entreprises d'assurances** même si, en 2012, l'Ombudsman enregistre une légère baisse du nombre des dossiers à leur encontre. A l'examen, l'Ombudsman constate que les différentes branches enregistrent des fluctuations à la hausse ou à la baisse.

87 % des demandes sont introduites à l'encontre des entreprises d'assurances



Par contre, le nombre des demandes d'intervention à l'encontre des **intermédiaires** a augmenté de 10 %. Si on écarte la faillite de ProAssist[3], cette hausse n'est que de 4 %. Cette catégorie de demandes reste peu élevée par rapport à l'ensemble des doléances puisqu'elle ne repré-

3 Voir infra p. 50.

sente qu'environ 12 %. Globalement, ce nombre limité s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet souvent de désamorcer un conflit.

L'Ombudsman a reçu 45 demandes d'intervention à l'encontre du fichier RSR de **Datassur**.
Ce nombre peu élevé résulte de l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première ligne au sein de Datassur. L'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel. Ainsi, Datassur a procédé en 2012 à 76 897 enregistrements dans le fichier RSR soit 13 147 de plus qu'en 2011 alors que le nombre de doléances est identique. Bien qu'il y ait une légère croissance dans la branche Incendie, la majorité des demandes reçues concernent l'assurance Auto. Parmi les réclamations qui lui ont été adressées, l'Ombudsman a d'abord orienté le plaignant vers le gestionnaire du fichier Datassur dans plus de 80 % des cas. Seuls 9 dossiers ont fait l'objet de négociations et, dans 4 cas l'inscription a été corrigée ou annulée.

Deux motifs font principalement l'objet de doléances. L'assuré s'oppose à l'enregistrement suite à la résiliation pour non-paiement de la prime ou après sinistre.

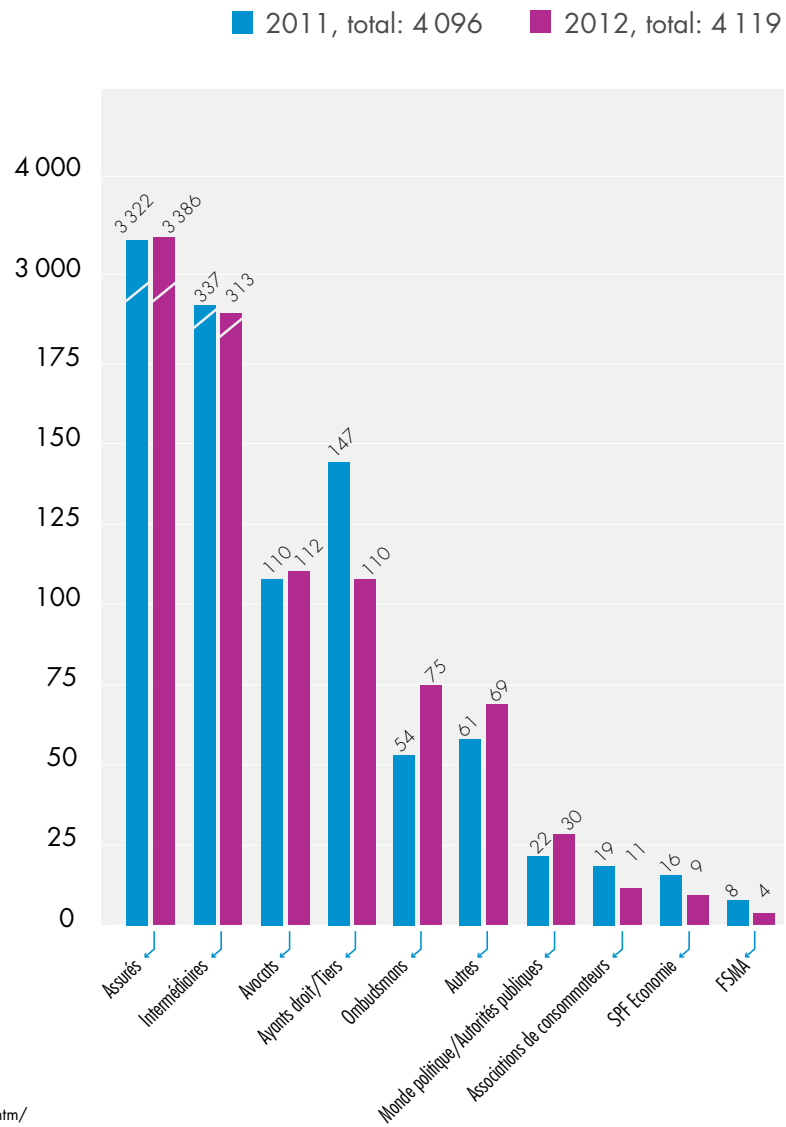
Le nombre de doléances enregistré vis-à-vis de Datassur ne traduit pas l'ensemble des cas d'insatisfaction liés à l'inscription dans le fichier RSR. En effet, des consommateurs s'adressent à l'Ombudsman car ils ont un différend pour un motif qui peut donner lieu à une inscription auprès du fichier RSR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

3. PROVENANCE DES DEMANDES D'INTERVENTION

La majorité des demandes d'intervention (85 %) restent introduites par les **assurés**, les ayants droit ou les victimes à l'encontre des entreprises et des conseillers en assurances dont ils sont clients. De leur côté, les **intermédiaires**, pour aider leurs clients, saisissent aussi l'Ombudsman (8 %). Il en va de même pour les **avocats** (3 %).

85 % des demandes sont introduites par les assurés

Dans 75 cas, c'est un **collègue Ombudsman** qui transmet le dossier. Il existe en effet, un protocole de collaboration entre les Ombudsmans (sur le plan belge et européen) qui prévoit que, si le plaignant se trompe de guichet, sa demande est transmise à l'instance compétente. Deux sites internet rassemblant les différentes coordonnées des Ombudsmans ont été mis en place pour permettre à tout consommateur de se diriger rapidement vers l'organe de médiation qu'il recherche[4].



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

4. REPARTITION PAR BRANCHE

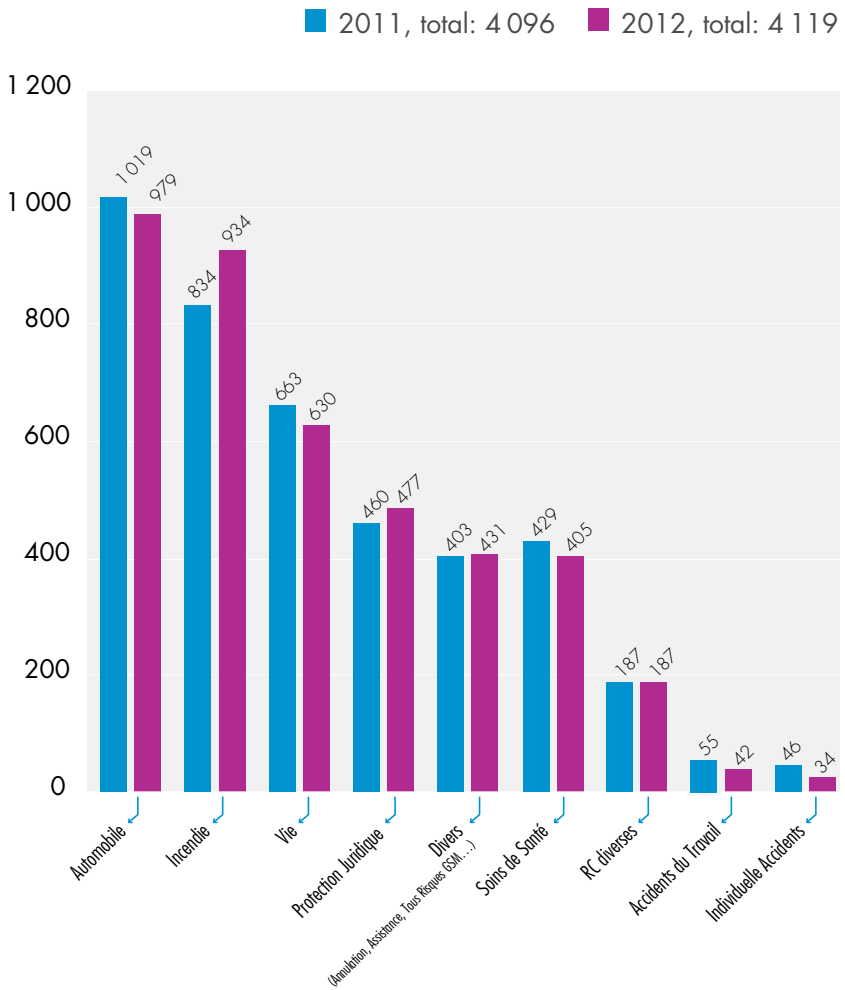
A l'instar des années précédentes, la majorité des requêtes concernent la branche **Automobile** (24 %) et principalement la RC Auto. Dans cette branche, l'Ombudsman enregistre une légère baisse de 4 %.

12 % de hausse en branche Incendie

En **Incendie**, par contre, le nombre des dossiers a augmenté de 12 %, principalement dans les garanties Incendie et Vol.

Les demandes en assurances Auto et Incendie représentent 46 %

L'Ombudsman a également enregistré moins de demandes dans les branches **Soins de Santé** (- 6 %) et **Vie** (- 5 %).



Les dossiers dans la branche « Voyages et Tous Risques » ont connu une croissance de près de 7 % résultant principalement de la couverture **Tous Risques GSM**. De manière générale, l'augmentation du nombre de ces couvertures d'assurance est liée au perfectionnement des appareils téléphoniques et électroniques ainsi qu'à l'accroissement des ventes. Les consommateurs qui y consacrent un budget important souhaitent une protection en cas de vol ou de détérioration de l'appareil. Dans cette catégorie, le nombre des demandes doit être relativisé au regard des saisines de l'Ombudsman suite à la faillite de l'intermédiaire ProAssist[5].

Lorsque le consommateur s'adresse à l'Ombudsman c'est majoritairement suite au refus d'intervention de l'assureur qui estime que les circonstances de la disparition du GSM ne rentrent pas dans la couverture du contrat. Parfois aussi, il se plaint du délai d'attente de remplacement de l'appareil défectueux.

5. SOLUTIONS APPORTEES AUX DEMANDES D'INTERVENTION

Sur 4119 demandes, 3106 dossiers ont fait l'objet de négociations. Parmi les 1013 requêtes qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête, 639, soit plus de 15 % du total, sont des demandes d'informations générales.

Plus de 15 % sont des demandes d'informations

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, en tant qu'instance neutre et indépendante pour obtenir des informations objectives.

Ainsi, depuis deux ans, les demandes de renseignements représentent 15 %, 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 la confirmation des renseignements recueillis. A côté de ces demandes écrites de rensei-

5 Voir infra p. 50.

gnements, l'Ombudsman reçoit également de nombreux appels téléphoniques. Son site internet, et plus particulièrement le volet des questions fréquemment posées (FAQ), est par ailleurs régulièrement consulté. En 2012, il y a eu plus de 12 500 consultations.

Plus de 75 % des demandes font l'objet d'une enquête

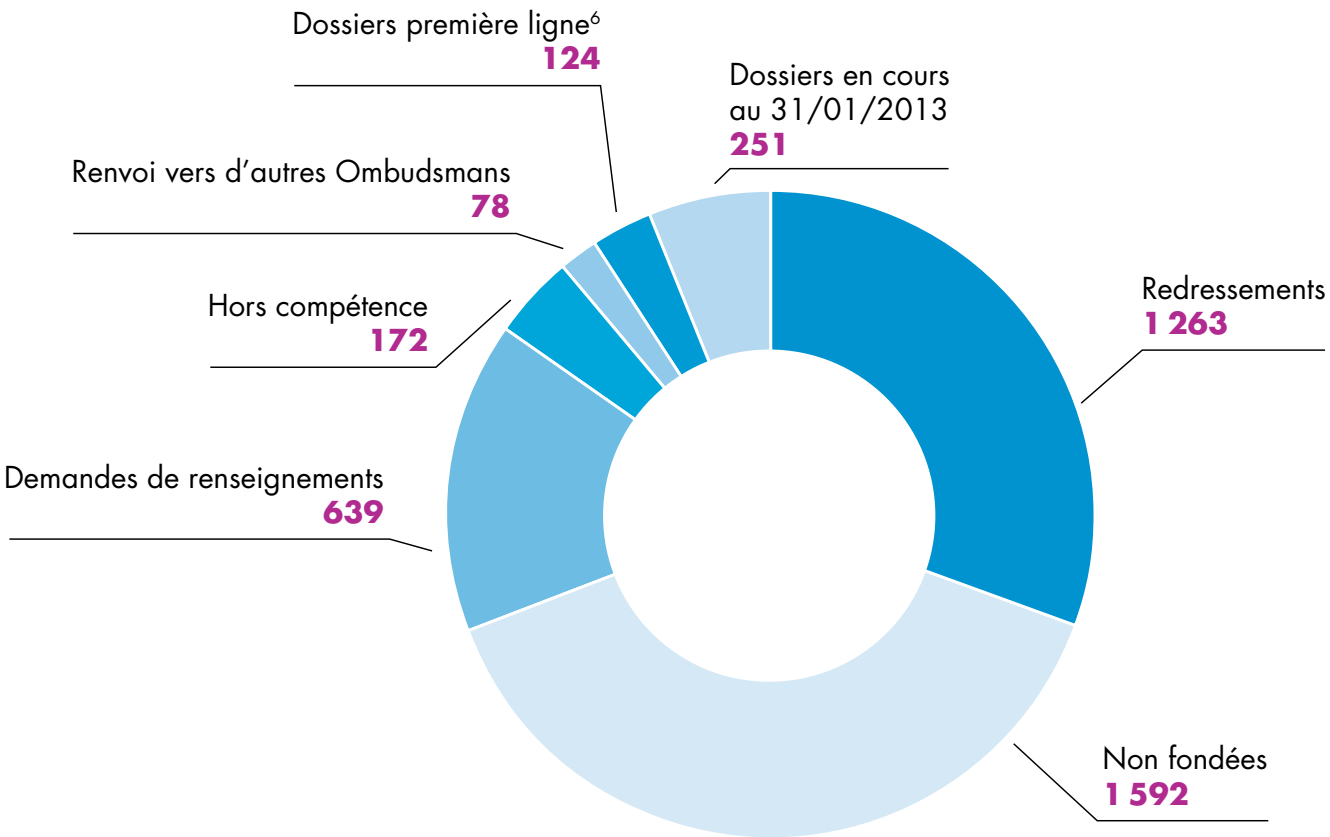
Fin janvier 2013, l'équipe de l'Ombudsman a négocié 2 855 dossiers. Parmi les demandes négociées et clôturées, le consommateur a obtenu gain de cause dans 44 % des cas. Ce pourcentage est inférieur à celui de l'année précédente qui s'élevait à 49 %.

Dans 44 % de demandes négociées, le consommateur obtient gain de cause

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

Il ressort de l'analyse par catégorie d'acteurs du secteur que les réclamations négociées à l'encontre des entreprises d'assurances ont, dans 43 % des cas, trouvé une solution positive pour le plaignant. Les doléances qui concernent les intermédiaires sont fondées dans 51 % des cas. Quant aux demandes adressées à l'encontre de Datassur, l'enregistrement a été supprimé dans 44 % des cas. Plus précisément, quasi toutes les réclamations concernant l'enregistrement pour non-paiement de la prime ont été réglées.

Solutions apportées aux demandes d'intervention



6 A différencier des simples e-mails voir infra p. 20.

2

L'année 2012 pour les entreprises d'assurances

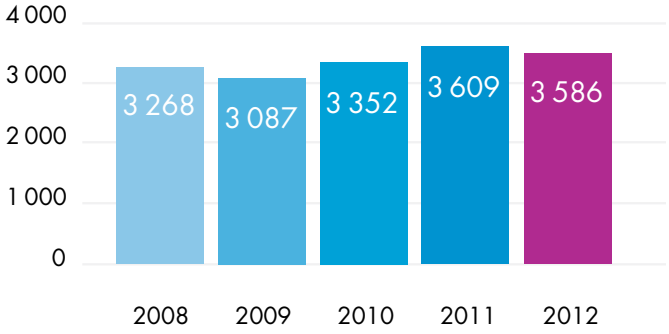
2 L'année 2012 pour les entreprises d'assurances

COMBIEN DE DEMANDES D'INTERVENTION ?

En 2012, l'Ombudsman enregistre 3 586 dossiers à l'encontre des entreprises d'assurances soit 23 de moins par rapport à 2011.

Stabilité relative des demandes formulées à l'encontre des entreprises d'assurances

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman a conseillé à certains plaignants qui l'interrogeaient par voie électronique de s'adresser d'abord à l'entreprise d'assurances et de ne revenir qu'en cas d'insatisfaction persistante. Elle les a dirigés vers les structures d'accueil et de gestion des plaintes que les entreprises d'assurances ont développées en leur sein. Ainsi, en 2011, 329 consommateurs avaient été guidés vers les entreprises d'assurances. En 2012, ils sont 403, ce qui représente une hausse de 22 %[7]. En ajoutant ces demandes à celles



que l'Ombudsman a analysées, le nombre d'insatisfactions à l'égard des entreprises d'assurances s'élève à 3 989 soit une légère hausse de 1 %.

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 mar-

7 A compléter par le nombre de dossiers enregistrés première ligne voir supra p. 17.

Branche	2010	2011	2012
Automobile	755	879	838
Incendie	614	767	836
Vie	562	540	521
Protection Juridique	430	434	452
Soins de Santé	457	388	365
Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM…)	283	373	336
RC diverses	202	174	171
Accidents du Travail	49	54	41
Total	**3 352**	**3 609**	**3 586**

quée avec 69 dossiers supplémentaires (+ 9 %) par rapport à 2011. En Protection Juridique, il y a une légère augmentation de 18 demandes (+ 4 %).

Par contre, l'Ombudsman enregistre une baisse des doléances en assurance Soins de Santé (- 6 %). La branche Auto suit avec une diminution (- 5 %). En branche Vie, le nombre des requêtes diminue légèrement (- 4 %).

Dans la branche Accidents du Travail, la majorité des doléances (57 %) relèvent de la compétence du Fonds des Accidents du Travail. Sur la base du protocole de collaboration, l'Ombudsman lui a transmis 24 dossiers qui portent sur le règlement de sinistres.

ASSURANCE AUTO

1. En chiffres

Garantie	2010	2011	2012
RC Auto	580	680	677
Dégâts matériels (Omnium)	154	178	130
Vol	21	21	31
Total	**755**	**879**	**838**

En 2012, l'Ombudsman a reçu 838 demandes d'intervention en assurance Auto. A l'instar des années antérieures, 81 % concerne la RC Auto obligatoire.

81 % des requêtes portent sur la RC Auto obligatoire

Après deux années de forte croissance, le nombre de dossiers introduits en 2012 baisse légèrement.

2. Analyse

Dans la branche Auto, les doléances sur les opérations de production (56 %) sont plus nombreuses que celles sur la gestion des sinistres. En RC Auto, ces dossiers représentent 65 % des demandes.

Le consommateur saisit l'Ombudsman suite à une difficulté qu'il rencontre lors de la **résiliation du contrat** (33 %) soit qu'il la demande soit que l'entreprise d'assurances l'initie.

Les discussions sont régulièrement liées à l'augmentation de la prime. Si le consommateur ne conteste pas l'augmentation de prime mais souhaite uniquement résilier son contrat, l'Ombudsman n'interviendra que sur ce point.
Lorsque le preneur est informé de la hausse de la prime par la réception de l'avis d'échéance qui porte seulement la mention de son droit de résilier dans un délai de trois mois, il va souvent payer la prime pour éviter les ennuis. En même temps il s'informe des possibilités de couverture à la concurrence. Si, dans ce délai, il trouve une prime plus attractive et qu'il veut résilier, son assureur lui oppose son paiement. Comme ni la loi, ni l'invitation à payer ne l'informe sur les conséquences du paiement, l'Ombudsman sollicite la résiliation immédiate du contrat.

Un tiers des demandes en production porte sur la résiliation du contrat

Lorsque l'entreprise d'assurances résilie le contrat, c'est en général suite à la sinistralité enregistrée ou suite au non-paiement de la prime. Parfois, l'assuré n'a pas payé la prime car il a simplement omis de communiquer son changement d'adresse et les avis de paiement ne lui sont donc pas parvenus.

A la recherche d'une nouvelle couverture d'assurance, le consommateur se tourne vers l'Ombudsman suite aux difficultés qu'il rencontre pour s'assurer ou à tout le moins pour souscrire un contrat à une prime raisonnable.

L'Ombudsman a également reçu des doléances au sujet de l'**attestation de sinistralité**. Ces réclamations portent sur les mentions qui y sont reprises soit que l'assuré discute sa responsabilité d'un sinistre soit que l'attestation reprenne un sinistre d'une garantie autre que la RC Auto. Par ailleurs, un assureur, après avoir établi un contrat sur la base des informations communiquées par le consommateur, peut recevoir une attestation de sinistralité reprenant d'autres renseignements. Or, lors de la souscription du contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer le risque correctement. Si la déclaration initiale du risque est inexacte, l'entreprise d'assurances va, sur base de la loi, adapter le contrat voire l'annuler[8].

23 % des demandes sur la gestion des sinistres RC Auto concernent les délais

Quand le plaignant s'adresse à l'Ombudsman dans le cadre de la gestion d'un sinistre, il invoque essentiellement quatre motifs en *RC Auto* : les délais de gestion (23 %), le défaut d'information (21 %), le refus d'intervention (21 %) et le montant de l'indemnité (20 %).

Conscient que le **délai de règlement** est un aspect auquel les assurés, les victimes sont sensibles, le secteur a pris des dispositions pour stimuler les délais de gestion. Ainsi, les assureurs RC Auto ont conclu une convention de règlement, la convention RDR, qui a fêté ses 40 ans en 2012. Cet accord a certainement contribué à accélérer le règlement de nombreux sinistres. Au niveau européen, une directive a imposé des délais relatifs à l'indemnisation et les a même assortis de sanctions[9]. Cette règlementation est traduite dans la législation belge[10]. Trop souvent, les entreprises d'assurances ne la respectent pas.
Mais il reste des cas où les responsabilités sont discutées et la consultation du dossier répressif est nécessaire. Dans d'autres cas, le montant des dommages fait l'objet de contestations et il faut recourir à une contre-expertise. Enfin, des sinistres survenus avec un tiers assuré à l'étranger sont la source de plus de complications dans la gestion.

8 Art. 5 à 7 L.C.A.T.
9 Directive 2000/26/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 mai 2000 concernant le rapprochement des législations des Etats membres relatives à l'assurance de la responsabilité civile résultant de la circulation des véhicules automoteurs et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE du Conseil (Quatrième directive sur l'assurance automobile), *J.O.C.E.*, L. 181 du 20 juillet 2000.
10 Loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, chapitre IV, *M.B.*, 8 décembre 1989, modifiée par la loi du 22 août 2002 portant diverses dispositions relatives à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, *M.B.*, 17 septembre 2002.

Le motif du **défaut d'information** est souvent lié aux discussions sur les responsabilités car les avis de l'entreprise d'assurances et de l'assuré divergent lorsque l'assureur ne peut se prononcer par manque d'informations (absence de témoins ou de schéma des lieux). Dans d'autres dossiers, l'assuré attend des précisions sur des indemnités qu'il postule comme celles du chômage, du véhicule de remplacement… Finalement l'assuré peut être tout simplement mécontent car il ne reçoit pas de réponse à ses courriers et à ses arguments.

Dans les garanties *Dégâts matériels* et *Vol*, les doléances portent essentiellement sur la gestion des sinistres (78 %) où le refus d'intervention et le montant de l'indemnité font l'objet de contestations. L'entreprise d'assurances **refuse d'intervenir** car le risque déclaré lors de la souscription du contrat n'est pas correct, car les dommages déclarés ne sont pas compatibles avec les circonstances ou car ces dernières ne rentrent pas dans les cas garantis par le contrat.

Lorsque la contestation porte sur l'**indemnité**, elle concerne la valeur du véhicule sinistré, la TVA, le remboursement des options, l'application du principe de dégressivité décrit dans le contrat…

3. Solutions apportées aux demandes

En assurance Auto, 17 % 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.

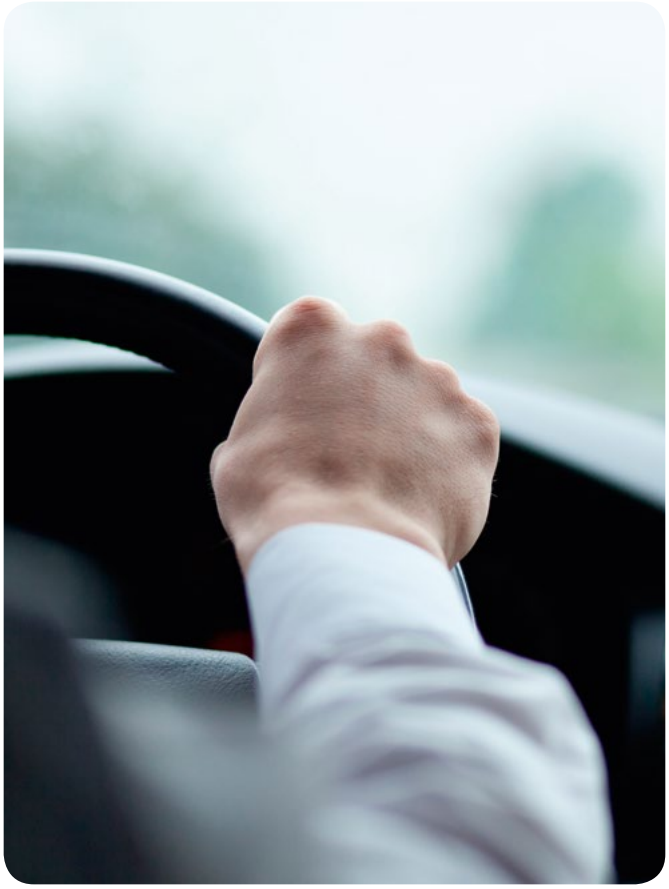
Fin janvier 2013, l'Ombudsman a clôturé 579 dossiers qui ont fait l'objet de négociations et 44 % ont trouvé une solution positive pour le plaignant.

Lorsque la contestation porte sur sa demande de résiliation du contrat, le consommateur obtient gain de cause dans 57 % des cas

Lorsque le consommateur saisit l'Ombudsman dans le cadre d'un contrat RC Auto, sa plainte porte généralement sur la gestion du contrat. Il obtient gain de cause dans 57 % des cas concernant les discussions relatives à sa demande de résiliation du contrat et dans 66 % des cas relatifs à l'attestation de sinistralité.

Quand l'assuré s'adresse à l'Ombudsman suite à un sinistre, sa demande est fondée pour 45 % lorsqu'elle porte sur les délais de gestion. Les réclamations qui portent sur le montant de l'indemnité sont fondées pour 38 %. Quant aux demandes concernant un défaut d'information (manque de transparence sur le décompte d'indemnité, absence de réponse ou de justification en cas de contestation de responsabilités…), elles sont fondées pour 30 %.

Dans le cadre des couvertures Dégâts matériels et Vol, les réclamations suite au refus d'intervention de l'assureur sont non fondées pour 83 % : par exemple lorsque l'assuré n'a pas fermé son véhicule à clef, qu'il n'a pas installé le système d'alarme exigé ou que les circonstances de l'accident sont suspectes. Si le litige porte sur le montant de la prestation, il obtient gain de cause dans 30 % des cas.



ASSURANCE INCENDIE

1. En chiffres

Les demandes relatives à la branche Incendie représentent 23 % du total des réclamations.

Hausse de 9 %

En 2012, l'Ombudsman a reçu 836 doléances dans cette branche, soit 9 % de plus qu'en 2011. Cette croissance s'inscrit principalement dans les garanties Incendie et Vol. Par contre, dans les garanties Catastrophes naturelles et Tempête, il y a une baisse du nombre des réclamations. Cette diminution est liée au nombre inférieur de sinistres repris dans ces catégories grâce aux circonstances atmosphériques plus clémentes.

Garantie	2010	2011	2012
Incendie	235	289	346
Dégâts des eaux	192	272	289
Vol	86	82	114
Tempête	50	50	37
Catastrophes naturelles	18	25	18
Risque électrique	10	20	16
RC Immeuble	8	9	9
Bris de vitrages	15	20	7
Total	**614**	**767**	**836**

2. Analyse

Dans les opérations de gestion du contrat (26 %), deux thèmes font principalement l'objet de discussion : les résiliations (38 %) et le montant de la prime (14 %).

L'assureur **résilie** le contrat après un sinistre principalement pour deux raisons : la fréquence de ses interventions ou l'état du bien qu'il découvre à l'occasion d'un sinistre. L'assuré qui rencontre dans ces cas-là des difficultés pour trouver une couverture d'assurance ou à tout le moins un contrat à une prime raisonnable se tourne vers l'Ombudsman.

La résiliation par l'assuré résulte du jeu de la concurrence. Dans un contexte économique difficile, le consommateur cherche souvent le prix le plus avantageux. Il doit cependant respecter certaines formalités pour pouvoir changer d'assureur[11]. Parfois, il omet de les respecter ou en laisse le soin à son conseiller en assurances qui oublie de prendre les mesures utiles à la résiliation. L'assuré va se trouver ainsi couvert par deux polices d'assurance. Le cumul de contrats peut résulter également d'un déménagement, de la couverture d'un immeuble pris en location alors que le propriétaire a souscrit une clause d'abandon de recours contre son locataire…

11 Art. 29 L.C.A.T.

Des discussions naissent également sur le **montant de la prime**. Elles peuvent être la conséquence d'une simple hausse tarifaire. L'Ombudsman vérifie dans ce cas si l'entreprise d'assurances a respecté les formalités. Les possibilités de trouver une solution amiable se compliquent lorsque, par prudence, l'assuré a payé la nouvelle prime. En effet, par ce geste, l'assureur estime parfois que l'assuré a marqué son assentiment alors même qu'il se trouve encore dans les délais légaux pour résilier le contrat[12].

C'est la gestion des sinistres qui engendre la majorité des réclamations (74 %). Le motif invoqué le plus fréquemment est le **refus d'intervention** (49 %) de l'entreprise d'assurances.

Le motif le plus invoqué est le refus d'intervention de l'assureur suite à un sinistre

Plus de la moitié de ces demandes sont enregistrées dans la garantie *Dégâts des eaux*. Suite aux circonstances atmosphériques exceptionnellement froides de ces dernières années, il y a eu un nombre important de dégâts dus au gel. Ainsi, de nombreuses canalisations n'ont pas résisté à l'attaque du froid. L'assureur ne devra cependant intervenir que si l'assuré a pris toutes les mesures de précaution mentionnées dans le contrat (un minimum de chauffage, l'isolation des conduites, la surveillance d'un bâtiment irrégulièrement occupé…).
D'autres sinistres durant ces périodes de grand froid tombent sous la couverture *Pression de la glace et de la neige*. La portée de cette couverture est sujette à discussion. C'est notamment le cas de l'eau qui se transforme en glace et dont le volume fait éclater les joints des carrelages. Des questions surgissent aussi lorsqu'une charpente s'effondre suite à la présence de la neige : cet affaissement est-il la conséquence d'un volume exceptionnel de neige ? S'agit-il plutôt d'un mauvais état du toit ou d'une erreur de construction, qui pourraient réduire l'intervention de l'assureur ?

Lorsqu'une entreprise d'assurances refuse d'intervenir suite à un *Vol*, elle invoque souvent le non-respect des mesures de sécurité exigées par le contrat pour la protection du bien. Il faut distinguer les cas où l'assureur précise les mesures à prendre des cas où il impose une obligation générale de précaution. Ainsi, il peut mentionner l'obligation d'utilisation d'un type de serrure ou de fermer totalement les portes et fenêtres. Lorsque les mesures précisément décrites ne sont pas respectées, l'Ombudsman ne peut contester le refus d'intervention.

12 Voir aussi supra p. 22.

Le **délai de règlement** du sinistre (24 %) est un autre motif fréquent d'insatisfaction. La loi sur le contrat d'assurance terrestre prévoit pour l'assurance Incendie des risques simples des délais pour le paiement et pour la clôture des opérations d'expertise[13]. En principe, le paiement doit intervenir 30 jours après la clôture de l'expertise. Quand les opérations d'expertise font l'objet de discussions, elles doivent se terminer dans les 90 jours de la date à laquelle l'assureur a pris connaissance de la désignation du contre-expert. Si les délais ne peuvent pas être respectés, l'entreprise d'assurances doit, en vertu de la loi, communiquer les raisons objectives de ce retard. L'Ombudsman constate qu'elle doit souvent rappeler cette obligation aux assureurs. Dans certains cas même, l'Ombudsman explicite elle-même aux plaignants les démarches qui ont freiné le déroulement de la gestion. De plus en plus d'assurés, face au retard, exigent le versement d'intérêts compensatoires voire de pénalités que la loi d'ailleurs prévoit.

Différentes causes peuvent être à l'origine des retards dans la gestion d'un sinistre. L'une d'elles réside dans la complexité du dossier. C'est le cas où la faute d'un ou plusieurs tiers est à la base du sinistre. Si la responsabilité de différentes parties peut être engagée, les experts doivent s'accorder pour se rencontrer et pour désigner ainsi que départager les responsables. Ces échanges sont souvent longs et laborieux.
Le délai de règlement peut également être influencé par l'accomplissement de formalités. C'est notamment le cas où l'assureur doit obtenir l'autorisation du créancier hypothécaire lorsque le bâtiment endommagé fait l'objet d'une inscription hypothécaire[14].

Une large part des doléances porte aussi sur le **montant des indemnités** (22 %). L'assurance Incendie est une assurance indemnitaire, qui ne peut être une source d'enrichissement pour l'assuré. En principe, elle indemnise en « valeur à neuf ». Mais la loi prévoit que l'assureur peut y déroger lorsque le pourcentage de vétusté excède 30 %[15]. Des discussions naissent sur ce pourcentage de vétusté. Elles sont de nature technique et, en dehors de cas évidents, par exemple sur la base de photos, l'Ombudsman préconise une contre-expertise qui permettra le dialogue entre techniciens expérimentés.

13 Art. 67 L.C.A.T.
14 Art. 66 L.C.A.T.
15 Art. 67 § 4 L.C.A.T.

3. Solutions apportées aux demandes

En 2012, sur les 836 requêtes introduites, 11 % 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, à l'accès à l'assurance, aux adaptations du montant de la prime…

Dans 56 % des dossiers concernant la lenteur de gestion ou du manque d'information, l'assuré obtient gain de cause

Fin janvier 2013, l'Ombudsman et son équipe ont clôturé 647 plaintes de 2012 dont 43 % ont trouvé une solution positive pour le plaignant.
Dans le cadre de la couverture du risque Incendie, la demande d'intervention de l'assuré a trouvé une issue favorable dans 50 % des cas. Par contre, 36 % des réclamations en cas de refus d'intervention suite à un dégât des eaux sont fondées et 29 % 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 suite à un sinistre, il obtient gain de cause dans 56 % des cas.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

1. En chiffres

Garantie	2010	2011	2012
P.J. auto	190	165	190
P.J. de base non auto	136	160	165
P.J. étendue	104	109	97
Total	**430**	**434**	**452**

En Protection Juridique, le nombre des doléances (452) a augmenté de 4 %. La source de cette croissance se trouve principalement en Protection Juridique automobile puisque, dans cette catégorie, l'Ombudsman enregistre 190 dossiers soit une augmentation de 15 %.

Hausse de 15 % en Protection Juridique auto

Par contre, dans les contrats offrant des couvertures étendues, le nombre des réclamations a diminué de 11 %.

2. Analyse

Le nombre des demandes qui porte sur les opérations de production en Protection Juridique est faible. Les insatisfactions dont l'Ombudsman a été saisie concernent principalement les résiliations par les entreprises d'assurances.

La majorité des réclamations portent sur la gestion des sinistres (94 %). Les motifs d'insatisfaction varient selon la nature du contrat.

94 % des demandes concernent les sinistres

Dans les contrats *Protection Juridique auto*, les réclamations concernent surtout la **gestion passive** (45 %). A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman constate qu'à l'instar des années antérieures, le délai pour obtenir une copie du dossier répressif est souvent la cause du retard dans la gestion du sinistre. Comme déjà relevé à diverses reprises[16], l'Ombudsman rappelle aux autorités compétentes la nécessité de prendre des mesures afin de simplifier et d'accélérer la procédure d'accès à ce dossier.
L'assuré se plaint aussi des lenteurs et des difficultés qu'il rencontre pour parvenir à un accord avec les différents experts sur le montant de son dommage ou sur la valeur de son véhicule qui est déclassé.
Lorsque le consommateur a subi des dommages corporels, il saisit l'Ombudsman car il n'a pas encore obtenu de provisions pour les frais qu'il a dû engager en raison de différents traitements médicaux et thérapeutiques.

16 *Carnet 2009 Ombudsman des Assurances*, p. 23 ; *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 26 et *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances*, p. 34.

Dans les contrats *Protection Juridique de base non auto* ou *avec des garanties étendues*, le motif principal de mécontentement est le **refus d'intervention** (48 %) de l'entreprise d'assurances.

En Protection Juridique de base non auto, 48 % des demandes sont introduites suite au refus d'intervention

Un premier obstacle peut être l'identification des conditions générales applicables. Durant la vie du contrat, les conditions peuvent être adaptées, modifiées, élargies mais aussi être plus restrictives. Il faut pouvoir fixer la base contractuelle sur laquelle les parties se sont accordées pour déterminer l'intervention de l'assureur. Dans la pratique, les formalités prescrites par la loi en cas de modification des conditions du contrat ne sont pas respectées strictement. Aussi des discussions naissent-elles sur les conditions qui sont d'application.

Lorsque le litige porte sur le motif du refus d'intervention, l'assuré recourt parfois mais erronément à la clause d'objectivité qui lui permet de postuler l'avis d'un avocat. En effet, cette clause ne s'applique que lorsqu'il y a un différend sur la gestion d'un sinistre qui rentre dans la couverture du contrat.

Dans d'autres cas, l'assuré s'adresse à l'Ombudsman car l'entreprise d'assurances refuse de poursuivre le recours contre la partie adverse insolvable. Lorsque l'insolvabilité du tiers responsable est établie, les conditions générales de la plupart des assureurs Protection Juridique prévoient la faculté d'arrêter leur intervention. Par contre, l'assuré peut parfois faire appel à la garantie qui couvre l'insolvabilité du tiers responsable afin de demander son indemnisation en application de cette couverture.

Lorsque la garantie Protection Juridique est le volet d'un contrat Responsabilité Civile, l'assuré interroge l'Ombudsman car il ne comprend pas pourquoi l'entreprise d'assurances refuse de prendre en charge les frais de l'avocat qu'il veut désigner pour sa défense civile. En réalité, tant qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts, l'assureur qui couvre la responsabilité et qui a la direction du litige prend en charge les frais de défense avec l'appui d'un avocat qu'il désigne lui-même[17]. En réalité, le consommateur ne saisit pas toujours la différence entre les deux garanties.

17 Art. 79 § 2 et 90 § 2 L.C.A.T.

En Protection Juridique offrant des couvertures étendues, l'Ombudsman est saisie de réclamations relatives à la définition du sinistre et, par conséquent, à l'application du **plafond d'intervention**. Tel est le cas, dans le cadre d'un licenciement, des diverses procédures engagées contre l'employeur, contre l'administration fiscale… L'entreprise d'assurances estime que le sinistre est le licenciement et donc le fait générateur des différentes procédures. Or, dans les litiges portés en justice, les tribunaux sont différents, les parties ne sont pas les mêmes et des législations distinctes sont appliquées. C'est donc au cas par cas, au regard des circonstances et de la formulation des clauses du contrat que l'Ombudsman intervient pour formuler son avis.

Dans toutes les garanties Protection Juridique, 7 % des réclamations portent sur la **saisine de l'avocat**. L'Ombudsman constate que le consommateur demande parfois conseil auprès d'un avocat sans en avertir son assureur Protection Juridique. Ce dernier invoque son pouvoir de gestion amiable du dossier prévu dans le contrat et refuse de prendre en charge l'intervention de l'avocat qu'il estime prématurée. Lorsque l'avocat a déjà entrepris des démarches avec l'entreprise d'assurances de la partie adverse, la situation se complique car, dans le respect des principes déontologiques, cet assureur communiquera directement avec l'avocat. Ces contacts mettent souvent l'assureur devant le fait accompli.
De manière générale, l'Ombudsman conseille au consommateur d'obtenir l'autorisation préalable de l'assureur Protection Juridique avant de mandater un avocat.

3. Solutions apportées aux demandes

En Protection Juridique, l'Ombudsman a analysé 365 dossiers. Les autres requêtes (16 %) sont principalement des demandes de renseignements. Le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour des questions d'ordre général. Il cherche à savoir 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 2013, 323 dossiers qui ont fait l'objet de négociations sont clôturés. 42 % de ces doléances ont trouvé une suite favorable pour le plaignant. Plus précisément, en Protection Juridique auto, elles sont fondées pour 48 %, en Protection Juridique de base non auto pour 45 % et en Protection Juridique étendue pour 28 %.

En Protection Juridique auto, près de la moitié des réclamations portent sur la gestion passive. Dans ces dossiers, la gestion a été réactivée grâce à l'intervention de l'Ombudsman.

En Protection Juridique auto, l'assuré a obtenu gain de cause dans 48 % des cas

En Protection Juridique de base non auto, l'Ombudsman constate à l'analyse des demandes d'intervention que le consommateur souhaite faire appel à la garantie Protection Juridique de son assurance RC vie privée pour couvrir les frais de toutes sortes de litiges comme les conflits de voisinage ou les litiges avec une aide-ménagère. Or, les couvertures sont limitées aux litiges de la vie privée en dehors de tout lien contractuel.

Quant aux dossiers qui portent sur les contrats Protection Juridique offrant des garanties étendues, 28 % font l'objet d'un redressement. C'est le refus d'intervention de l'assureur qui est le motif le plus fréquent d'insatisfaction. Dans de nombreux cas, c'est à raison que l'entreprise d'assurances invoque la survenance du conflit avant la conclusion du contrat.

ASSURANCE SOINS DE SANTE

1. En chiffres

Garantie	2010	2011	2012
Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle	275	250	227
Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle	126	80	93
Revenu Garanti	52	56	44
Assurance d'Attente	4	2	1
Total	**457**	**388**	**365**

La tendance à la baisse du nombre des demandes, qui a déjà été enregistrée en 2011 en Soins de Santé, se confirme en 2012 avec une diminution de 6 %. Avec 365 dossiers, la situation est quasiment identique à celle relevée fin 2006 lors de la création du Service Ombudsman des Assurances. Durant ces dernières années, le nombre de doléances a été influencé par les insatisfactions dues aux augmentations tarifaires successives et importantes appliquées par les entreprises d'assurances.

Baisse de 6 %

Cette baisse aurait été de 15 % et donc plus significative si l'Ombudsman n'avait pas vu, en 2012, sa compétence élargie aux doléances relatives aux assurances Maladie souscrites auprès d'une société mutualiste d'assurance (SMA)[18]. En effet, depuis le 1er janvier 2012, les assurances proposées par une SMA relèvent de la règlementation sur les assurances[19]. Dans ce cadre, l'Ombudsman a reçu 35 dossiers à leur encontre.

En assurance Hospitalisation collective, on remarque une légère hausse au regard de 2011 (+ 16 %) qui résulte principalement d'insatisfactions sur le montant de l'indemnité versée suite à une hospitalisation.

2. Analyse

C'est la baisse du nombre de réclamations relatives aux opérations de production (39 %) qui influence le nombre global des requêtes.

18 Ces sociétés ont été créées car les assurances Hospitalisation complémentaires ne peuvent plus être proposées que par un assureur. Les mutualités n'interviennent que comme intermédiaires en assurances pour une SMA.
19 Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, *M.B.*, 28 mai 2010. La période transitoire pour l'entrée en vigueur de cette loi a pris fin le 1er janvier 2012.

Cette diminution résulte du nombre peu élevé des réclamations (15) relatives à l'**augmentation de prime** liée à une hausse tarifaire.
Depuis 2007, la plupart des entreprises d'assurances ont revu successivement à la hausse leur tarif d'assurance Hospitalisation. Les majorations souvent significatives appliquées aux portefeuilles existants ont engendré durant plusieurs années de nombreuses insatisfactions. Dans le cadre de leurs recherches de rentabilité, les entreprises d'assurances ont revu leur tarif. Ces modifications de tarif étaient principalement liées à l'évolution des coûts des soins de santé. Mais, pour la première fois, les coûts d'une hospitalisation à charge du patient sont en moyenne restés stables en 2011[20].
Depuis l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen en 2009, il faut également relever le flou qui existe sur les possibilités de majoration tarifaire dans cette branche. Début mars 2013, la Cour de justice de l'Union européenne s'est prononcée. Elle a confirmé que le système restrictif d'augmentations de tarif en branche Soins de Santé, instauré par la loi Verwilghen, est conforme au principe de liberté tarifaire et qu'il ne s'oppose pas au respect des principes de liberté d'établissement et de prestation de service sous certaines conditions. Au juge de fond à trancher[21].

L'autre principal volet de doléances porte sur la **résiliation du contrat**. Lorsque le consommateur quitte son domicile belge pour partir à l'étranger et introduit un renon, il rencontre des difficultés sur la date d'enregistrement de son renon. Par ailleurs, si l'assuré déménage en Belgique et oublie d'en avertir l'entreprise d'assurances, il risque de se retrouver sans couverture lorsque la prime n'est pas payée. En effet, les avis d'échéance envoyés à l'ancienne adresse ne lui parviennent plus et de ce fait il ne paie plus la prime. L'entreprise d'assurances applique dans ce cas la procédure de contentieux qui conduit, à défaut de paiement, à la résiliation du contrat.

Quant à l'**accès à l'assurance** Soins de Santé, l'Ombudsman n'a reçu en 2012 que trois demandes relatives à la portée de l'exclusion d'une maladie de la couverture du contrat. Dans ce cadre, le candidat assuré peut interroger une Commission de conciliation pour l'accès à l'assurance individuelle Soins de Santé dont l'Ombudsman organise l'appui logistique. En 2012, cette commission n'a été saisie que d'une seule demande.

La majorité des réclamations en Soins de Santé concernent le règlement des sinistres (61 %). Parmi ces demandes,

20 M. Thirion, « Le coût à charge du patient pour une hospitalisation est en moyenne resté stable en 2011 », *Assurinfo*, 22 novembre 2012.
21 C.J.C.E, 7 mars 2013, C-577/11, www.curia.europa.eu/

plus de la moitié portent sur le **refus d'intervention** de l'entreprise d'assurances. L'assureur décline la prise en charge du sinistre en invoquant une maladie préexistante à la souscription ou une déclaration inexacte de l'état de santé de l'assuré à la conclusion du contrat. L'assuré ne comprend pas pourquoi l'assureur refuse quand il n'y a pas de lien causal entre l'absence d'information sur l'altération de son état de santé et le motif de son hospitalisation. La jurisprudence a cependant confirmé à diverses reprises le bien-fondé de la position de l'assureur[22].

Plus de la moitié des demandes suite à un sinistre portent sur le refus d'intervention

Par ailleurs, le **montant de l'indemnité** est également source d'insatisfactions dans 32 % des dossiers relatifs aux sinistres.

Fréquemment, les controverses portent sur des montants peu importants. A la base, le différend concerne la nécessité médicale et thérapeutique de frais pharmaceutiques ou d'examens préventifs. Dans de telles discussions médicales, l'Ombudsman ne peut trancher. Aussi propose-t-elle une expertise médicale amiable ou, si les montants en jeu sont minimes, intervient-elle pour relancer le dialogue entre le médecin-traitant et le médecin de l'assureur avec la participation de l'assuré.

En 2012, l'Ombudsman a été à nouveau saisie de doléances car l'entreprise d'assurances refusait une partie du remboursement des frais pour une reconstruction mammaire suite à un cancer. En principe, les assureurs prennent ces frais en charge mais les hôpitaux facturent souvent des honoraires supplémentaires sans code INAMI et uniquement sur la base d'un accord entre le médecin et le patient. Comme la légalité de cette pratique est contestable, l'assureur refuse dans certains cas de prendre les frais en charge[23].

66 % des réclamations à l'encontre des SMA concernent les sinistres

Enfin, 66 % des réclamations à l'encontre des SMA concernent les sinistres. Plus particulièrement, à l'analyse de ces demandes, l'Ombudsman constate que le consommateur ne fait pas toujours la différence entre les prestations liées au volet assurance et les garanties supplémentaires offertes par les mutuelles. Ainsi, elle a été interrogée sur les services de base octroyés par les

22 Liège, 29 mars 2011, *Bull. ass.*, 2011, liv. 4, 442.
23 T. Le Bacq et M. Eckert, « Een 'mooie' borstreconstructie? Dat kost u 2.000 euro extra », *Het Nieuwsblad*, 8 août 2012.

mutuelles et elle a réorienté les plaignants vers les instances compétentes au sein de l'organisme mutualiste ou vers l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

3. Solutions apportées aux demandes

En assurance Soins de Santé, 12 % des requêtes écrites sont des demandes de renseignements.

Fin janvier 2013, 276 dossiers sont clôturés. Parmi ceux-ci, 41 % ont trouvé une solution positive pour l'assuré.

36 % des demandes suite au refus d'intervention de l'assureur sont fondées

Sous l'angle de la gestion des sinistres, seulement 36 % des demandes suite au refus d'intervention de l'assureur ont fait l'objet d'une modification de sa décision. Ce résultat est lié au motif invoqué par l'entreprise d'assurance, qui refuse, à juste titre, de prendre en charge les frais 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. De même, elle ne prend pas en charge les frais d'hospitalisation pour des raisons exclues par les conditions générales du contrat telles que les conséquences de l'alcoolisme ou l'admission dans une institution psychiatrique.

ASSURANCE VIE

1. En chiffres

Garantie	2010	2011	2012
Branche 21	348	344	350
- Classique / Universal Life	236	230	232
- Solde restant dû	86	88	90
- Assurance Funérailles	26	26	28
Branche 23	103	77	81
Assurance Groupe	67	68	55
Garanties complémentaires	26	31	22
Emprunt hypothécaire	17	20	13
Branche 26	1	-	-
Total	**562**	**540**	**521**

La tendance à la baisse du nombre des demandes d'intervention enregistrées en 2011 se renforce en 2012. Avec 521 dossiers, l'année 2012 enregistre à nouveau une diminution de 4 %.

La tendance à la baisse se confirme

L'origine de cette baisse se situe dans le nombre des doléances relatives aux assurances Groupe, aux garanties complémentaires en cas d'accident ou d'invalidité et aux crédits hypothécaires. Par contre, en assurances individuelles, leur nombre est relativement stable depuis trois ans.

2. Analyse

1. En assurances individuelles

Le consommateur déçu, mécontent, étonné, révolté du montant de son épargne et du résultat de son investissement s'adresse à l'Ombudsman. Ses insatisfactions se manifestent à différents moments : au cours du contrat lors de l'information sur la **réserve acquise**, lors de l'opération de rachat ou lors de la liquidation au terme.

Mais quelles sont les origines des écarts entre, d'une part, les espérances des assurés, des bénéficiaires et, d'autre

part, les montants qui, en définitive, leur reviennent ? A l'analyse, les sources sont différentes.

Dans les produits Branche 21, une large part des doléances en 2012 a trouvé son fondement dans l'application des dispositions fiscales. En décembre 2011, le gouvernement a, dans le cadre des mesures budgétaires, modifié le taux d'imposition en le portant de 15 % à 21 %[24] ou 25 %[25]. Les incidences de cette mesure n'ont apparemment pas été bien comprises par le grand public qui s'interroge sur la taxation appliquée lors du décompte d'un prélèvement (rachat partiel) qu'il fait dans les huit premières années du contrat. Les plaignants sont d'autant plus étonnés que ce taux s'applique à tous les intérêts depuis l'année de souscription et non pas seulement à ceux échus en 2012 et que ce taux plus élevé est appliqué sur un rendement fictif de 4,75 %[26]. Or, les taux actuels garantis sont bien inférieurs. La Banque nationale préconise même de limiter le taux à 2 %[27]. En 2010, déjà, l'Ombudsman recommandait, sur la base des plaintes, un amendement de la disposition fiscale[28].

L'annonce fin décembre 2011 de cette modification du taux d'imposition de 15 % a entraîné, au sein de certaines entreprises d'assurances, des difficultés administratives. Ainsi, une entreprise d'assurances a liquidé les contrats en appliquant dans un premier temps un taux de 15 % et a réclamé ensuite une régularisation sur la base du nouveau taux de 21 %.
Par ailleurs, la possibilité de demander un taux de 25 % pour éviter une mention dans la déclaration fiscale individuelle n'a été amendée qu'en mars 2012[29].

L'application de récentes dispositions fiscales est à l'origine de nombreuses insatisfactions

Un autre volet de demandes trouve son origine dans l'approche des entreprises d'assurances lors du **rachat** partiel d'un contrat Universal Life. Ces contrats de la Branche 21 prévoient que l'assuré peut, à sa meilleure convenance, verser des montants successifs dans son contrat. A chaque versement, le taux d'intérêt garanti est fixé pour une durée soit de huit ans soit indéterminée. Il peut donc varier dans le temps. Ces dernières années, il a fortement baissé.

24 Art. 25 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses, *M.B.*, 30 décembre 2011.
25 Art. 145 de la loi-programme (I) du 29 mars 2012, *M.B.*, 6 avril 2012.
26 Art. 19 § 4 Code des impôts sur les revenus.
27 S. Bogaert, « Pas d'abaissement du taux d'intérêt maximum garanti pour les assurances sur la vie », *Assurinfo* ,15 novembre 2012.
28 *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 36.
29 Art. 145 de la loi-programme (I) du 29 mars 2012, *M.B.*, 6 avril 2012.

Dans certains cas, face à un rendement moins élevé suite à la révision du taux, l'assuré souhaite récupérer partiellement son investissement.
Dans cette hypothèse, s'est posée la question de savoir comment le montant du rachat devait être imputé. Sur ce point, la loi ne prévoit rien. Il faut donc se référer aux dispositions contractuelles et/ou au dossier technique déposé par l'entreprise d'assurances auprès des autorités de contrôle. Mais quelle est la solution lorsque rien n'y est prévu ? En cas de rachat partiel, faut-il appliquer le système FIFO (First In, First Out), LIFO (Last In, Last Out) ou gérer des retraits au prorata des différents versements qui constituent le contrat ? Ce manque de transparence est source de tensions. Il faudrait en tout état de cause que les entreprises d'assurances reprennent ce volet dans les fiches d'information financière du produit.

L'Ombudsman a également été saisie par les assurés suite à la décision d'une entreprise d'assurances de modifier, dans un ancien contrat Universal Life, le taux garanti applicable aux versements alors qu'une clause du contrat prévoit que le taux annuel ne peut être inférieur à 4,75 %. Cette décision qui, sur le plan économique et financier se justifie, pose cependant problème sur le plan juridique.

En Branche 23, le nombre des réclamations à l'encontre des entreprises d'assurances belges et étrangères est quasi identique. Elles portent globalement sur les montants acquis en cours de contrat ou lors de sa liquidation. Cependant comme déjà expliqué en 2011, le mode de calcul de la valeur de rachat dans les produits étrangers fait l'objet d'interrogations[30].
L'autre volet des réclamations est propre aux produits étrangers et porte sur le montant de la réserve acquise. Pour ce type de réclamations, l'Ombudsman doit se tourner vers l'intermédiaire en assurances pour récolter l'ensemble des informations entre autres sur la vente du produit[31].

Enfin et dans les différents types de contrat individuel, le consommateur saisit aussi l'Ombudsman car il est insatisfait du **délai** dans lequel les capitaux qui lui reviennent sont versés. Si certains assurés se montrent impatients, d'autres s'interrogent sur le délai d'attente pour la réception des fonds. Comme sur ce point, rien n'est prévu par la loi, l'Ombudsman va, en équité, rétablir la chronologie des échanges. Si elle doit constater un délai anormalement long suite à une erreur de fonctionnement de l'assureur, elle postule une indemnité en faveur de l'assuré qui prend souvent la forme d'intérêts de retard. Il est nécessaire que

30 *Chiffres et Analyse 2010 Ombudsman des Assurances*, p. 38-39 et *Chiffres et Analyse 2011 Ombudsman des Assurances*, p. 44-45.
31 Voir infra p. 48.

les entreprises d'assurances reprennent des lignes directives relatives au délai de liquidation dans leur code de bonne conduite et les intègrent dans leur propre organisation.

Le consommateur estime le délai de paiement du capital trop long

La problématique du délai de paiement présente un aspect particulier lors de la liquidation de l'assurance Solde restant dû. Lors du décès de l'assuré, l'entreprise d'assurances doit disposer de certains documents pour pouvoir effectuer le paiement du capital assuré. Ainsi, elle doit être en possession d'un certificat médical attestant de la cause du décès. Dans certaines situations, comme le cas du décès survenu à l'étranger ou dans des circonstances obscures, les ayant droits ne disposent pas directement de cette attestation. Entre-temps, les intérêts sur le crédit ouvert continuent à être exigibles et souvent les ayants droits ne les paient pas. Par conséquent, lorsque le paiement du capital intervient, cette somme n'est pas suffisante pour couvrir les montants nécessaires à liquider le prêt. Mais les entreprises d'assurances ne peuvent être tenues responsables des délais de livraison de documents officiels et ne doivent donc pas prendre en charge les intérêts de retard exigés sur cette base.

Par ailleurs, dans cette catégorie, le problème de l'accès à l'assurance pour les personnes présentant un risque de santé accru n'est toujours pas résolu légalement[32]. L'Ombudsman tente au cas par cas de trouver une solution.

2. En assurance Groupe

En assurance Groupe, des requêtes sont introduites par le bénéficiaire qui souhaite **racheter** son contrat alors qu'il n'a pas atteint l'âge de 60 ans. Nombreux sont ceux qui ignorent encore l'interdiction légale entrée en vigueur en janvier 2010[33].

Par ailleurs, en 2012, l'Ombudsman a encore connu des demandes suite à la faillite de la société **Apra Vie**. Les assurés s'étonnaient que le Fonds de Garantie créé pour couvrir les conséquences de la déconfiture d'une entreprise d'assurances en assurance Vie n'intervienne pas pour les assurances Groupe[34]. Les employeurs s'interrogent sur les conséquences financières des garanties de rendement et de capitaux qu'ils doivent accorder. Les travailleurs, quant à eux, s'inquiètent de la protection dont ils bénéficient surtout si leur employeur lui-même tombait également en faillite.

3. Solutions apportées aux demandes

Le consommateur s'est adressé à l'Ombudsman dans 521 cas en assurance Vie. Parmi ces requêtes, 17 % sont des demandes de renseignements. La plupart des questions portent sur des contrats en cours et plus précisément sur les garanties légales et les possibilités de rachat.

A la fin du mois de janvier 2013, 342 demandes qui ont fait l'objet d'une enquête, sont clôturées. Le consommateur a obtenu gain de cause dans 42 % des cas contre 47 % l'année précédente. Le résultat qui s'inscrit dans la tendance générale rejoint le résultat en assurance Vie enregistré en 2010.

Les demandes d'informations interviennent principalement en cours de contrat

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

32 Voir supra p. 6.
33 Art. 27 § 1 et 61 § 2 L.P.C.
34 www.fondsspecialdeprotection.be/

3

L'année 2012 pour les intermédiaires en assurances

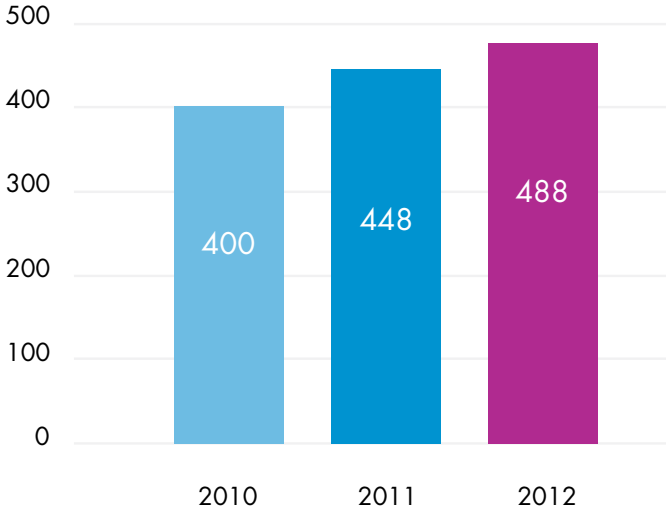
3 L'année 2012 pour les intermédiaires en assurances

1. En chiffres

En 2012, l'Ombudsman enregistre une croissance (+ 10 %) du nombre des demandes d'intervention à l'encontre des intermédiaires. Cette hausse résulte essentiellement des requêtes dans les branches Incendie et Tous Risques GSM.

458 demandes d'intervention en dehors de la faillite de ProAssist

Cette augmentation doit cependant être relativisée car elle est, pour une large part, la conséquence des demandes introduites suite à la faillite de l'intermédiaire ProAssist, qui gérait des sinistres des polices Tous Risques GSM[35]. Si on isole ces dossiers, il n'y a que 10 cas supplémentaires.



35 Voir infra p. 50.

Branche	2010	2011	2012
Vie	101	123	109
Auto	84	101	108
Divers (Annulation, Assistance, Tous Risques GSM…)	69	70	93
Incendie	62	64	88
Soins de Santé	32	41	40
Protection Juridique	24	26	25
RC diverses	21	12	16
Individuelle Accidents	4	4	8
Accidents du Travail	3	1	1
Total	**400**	**442**	**488**

2. Analyse

La majorité des demandes d'intervention (62 %) à l'encontre des intermédiaires en assurances concernent les branches Vie, Auto et Incendie.

Elles portent tant sur les opérations liées à la gestion du contrat que sur celles relatives aux sinistres.

En assurance **Vie**, 35 % des demandes sont introduites en Branche 23. L'assuré estime qu'au regard de ses besoins, il a été mal conseillé sur le choix du produit. Le contrat qu'il a souscrit n'offre pas de garanties ou à tout le moins pas de garanties suffisantes pour la protection du capital investi. Suite à la crise économique, le consommateur reçoit la situation de son investissement et constate non seulement une baisse du rendement mais parfois également une perte du capital investi. Sur la base de cette information, il conteste le produit Branche 23 qui lui a été vendu en invoquant qu'il voulait la protection du capital versé ou qu'il souhaitait un contrat relevant d'une classe de risque « faible ».

L'obligation d'information et le devoir de conseil s'analysent au cas par cas

De manière générale, l'appréciation du rôle d'information et de conseil n'est pas aisée et doit se faire au cas par cas. L'Ombudsman vérifie d'abord si l'intermédiaire a transmis la fiche technique du produit souscrit établie par l'entreprise d'assurances. Ensuite, elle tente de rassembler les éléments qui ont conduit à la conclusion du contrat. Elle ne peut pas se baser uniquement sur les déclarations verbales généralement contradictoires des parties.

Depuis 2006, avant la conclusion d'un contrat d'assurance et, si nécessaire, à l'occasion de sa modification

ou de son renouvellement, un intermédiaire en assurances doit fournir au client un certain nombre d'informations administratives décrites dans la loi[36]. Lors de la souscription d'un contrat, il doit par ailleurs déterminer les exigences et besoins du client, en particulier sur la base des informations que ce dernier lui communique. L'intermédiaire doit aussi tenir compte du profil du client car l'expérience et la compétence du consommateur précisent le niveau souhaité du conseil au regard de la complexité du contrat d'assurance proposé. Il doit également préciser les raisons qui motivent tout conseil donné quant à un produit d'assurance déterminé. Toutes ces données doivent être consignées sur un support durable[37]. Le non-respect de ces obligations ne conduit pas automatiquement à une responsabilité totale de l'intermédiaire. Le client doit, de son côté, aussi être actif et vigilant.

Les produits étrangers sont souvent, quant à eux, des produits structurés complexes dont le risque peut être mal compris ou méconnu tant par le consommateur que par l'intermédiaire. De manière répétitive, l'Ombudsman constate que l'intermédiaire oriente le choix du produit en mettant en avant les perspectives de rendement plus élevées et en oubliant voire en écartant parfois l'élément de la protection du capital.
L'intermédiaire peut avoir été informé par un « distributeur » établi en Belgique qui rédige des fiches d'information attractives, mais incomplètes voire erronées et qui échappe, malheureusement, à tout contrôle.

En assurance **Auto**, le nombre des requêtes est resté quasiment identique à 2011. Les griefs portent essentiellement sur l'émission et la gestion des contrats. L'assuré estime avoir été mal assisté lors de la rédaction de la proposition d'assurances. Ainsi, il conteste la valeur assurée reprise dans la garantie Dégâts matériels, les mentions relatives aux sinistres antérieurs à la souscription du contrat ou celles sur l'identité du conducteur habituel. C'est au moment du sinistre que les tensions surviennent car la sanction de ces erreurs, de ces manquements est lourde de conséquences et peut même conduire l'entreprise d'assurances à annuler le contrat sans rembourser les primes.

Face à de telles situations, l'Ombudsman rappelle au plaignant qu'en signant la proposition, il avalise son contenu qui le lie contractuellement à l'entreprise d'assurances

36 Art. 12*bis* de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 14 juin 1995.
37 Art. 12*quater* de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 14 juin 1995.

même si les mentions ont été consignées par l'intermédiaire en assurances.

Dans la branche **Incendie**, un des motifs récurrents pour lequel l'Ombudsman est saisie concerne la double couverture d'assurance de l'habitation qui dans certains cas est souscrite auprès du même assureur. Différentes causes peuvent en être à l'origine : le manque de communication par le consommateur sur ses anciens contrats lors d'un changement d'intermédiaire, la négligence de l'intermédiaire lors de l'exécution des mesures de résiliation…
C'est au cas par cas que l'Ombudsman analyse la situation et se tourne le cas échéant vers l'entreprise d'assurances pour obtenir une suppression du cumul d'assurances et le remboursement d'une des deux primes.

La requête introduite sur la gestion d'un sinistre concerne le délai de règlement ou le versement de l'indemnité.

Quand l'Ombudsman est saisie, elle prend d'abord connaissance des pouvoirs et du rôle de l'intermédiaire dans la gestion du sinistre. En tant que conseiller, il assiste son client en insistant auprès de l'assureur pour que les

mesures d'expertise et de paiement soient réalisées dans des délais rapides. Mais il n'est pas, en principe, l'acteur de ces décisions.

Lorsque l'indemnité transite par le conseiller en assurances, il peut arriver que le transfert tarde, que l'intermédiaire retienne des frais de gestion ou qu'il fasse des compensations avec d'autres sommes dues… En cas de réticence de l'intermédiaire, l'Ombudsman s'adresse à l'entreprise d'assurances en lui demandant sur la base de la loi de verser à nouveau l'indemnité directement au plaignant[38]. En effet, seule la réception effective par le client libère l'entreprise d'assurances.
Il existe cependant des situations où l'entreprise d'assurances confie des pouvoirs de gestion à l'intermédiaire. Dans ce cas, il agit comme le gestionnaire de l'entreprise d'assurances et l'Ombudsman ne va pas limiter son investigation à un devoir de communication et d'assistance, mais elle va analyser les actes de règlement, tels que le déroulement de l'expertise et le décompte de l'indemnité, pour examiner le fondement de la réclamation.

En 2012, le nombre des réclamations relatives aux sinistres envers les intermédiaires est influencé ponctuellement par les 30 demandes enregistrées dans le cadre de la branche Tous Risques GSM suite à la faillite de ProAssist. Ce bureau établi en Belgique gérait les contrats du portefeuille de cette entreprise d'assurances située à Malte.

30 demandes suite à la faillite de ProAssist

Lors de la faillite de ce bureau, de nombreux consommateurs perdus se sont adressés à l'Ombudsman tant par téléphone que par écrit afin de connaître les modalités pratiques du suivi de leur contrat. Grâce à l'appui du réseau européen FIN-NET, l'Ombudsman a pu avoir un contact constructif avec l'entreprise d'assurances basée à Malte. L'Ombudsman a ainsi pu aiguiller les consommateurs, en fonction de leur opérateur téléphonique, vers une société située en Belgique ou aux Pays-Bas qui reprend la gestion des dossiers. Le cas échéant, l'Ombudsman a négocié directement avec ces entités.

38 Art. 13 L.C.A.T.

3. Solutions apportées aux demandes

L'Ombudsman a reçu 488 plaintes en 2012 à l'encontre des intermédiaires d'assurances, dont plus de 4 % sortent du champ de sa compétence car elles ne portent pas sur un produit d'assurance.

Parmi les 370 plaintes qui ont fait l'objet d'une enquête auprès de l'intermédiaire et qui sont clôturées, 51 % ont trouvé une issue favorable alors qu'en 2011, il y en avait 56 %.

En assurance Vie, 40 % des plaintes sont fondées en Branche 21 et 60 % de celles qui portent sur des produits étrangers en Branche 23. Il s'agit des réclamations relatives au défaut d'information ou au mauvais conseil de l'intermédiaire. Pour les produits étrangers, la critique porte également sur le caractère trompeur de la publicité.

En assurance Auto, les demandes d'intervention fondées (58 %) portent notamment sur le défaut de transmission des données à l'entreprise d'assurances ainsi que sur le décompte du montant des invitations à payer la prime que l'intermédiaire émet.

Dans le cadre de l'assurance Tous Risques GSM, grâce à l'intervention de l'Ombudsman, l'intermédiaire chargé de la gestion des sinistres a répondu positivement aux attentes du consommateur dans 80 % des cas. Ces dossiers concernent principalement la faillite de ProAssist, le délai de gestion ou l'absence de réponse à certaines demandes ainsi que le refus d'intervention suite à un sinistre.

4

Recommandation

4 Recommandation

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 demandes d'intervention 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.

EN BRANCHE INCENDIE, LORS DE LA RECONSTRUCTION, LES FRAIS LIES A L'APPLICATION DES MESURES LEGALES DE SECURITE DEVRAIENT ETRE REMBOURSES

L'Ombudsman est saisie de litiges de nature différente sur le montant de l'indemnité lors de la reconstruction partielle ou totale d'un bien immobilier. Ils portent sur le remboursement de frais supplémentaires entraînés par de nouvelles prescriptions réglementaires. En effet, en matière de construction et d'environnement, de nouvelles obligations sont imposées par le gouvernement. L'assuré, victime d'un sinistre, est contraint de les inclure dans la reconstruction de son bien. Ces nouvelles impositions, comme par exemple du double vitrage renforcé, des détecteurs de CO, des cloisons résistant au feu…, qui ont des conséquences financières ne sont cependant pas reprises dans l'économie du contrat d'assurance. Si certains assureurs acceptent les conséquences financières de ces contraintes, d'autres rejettent le coût de ces obligations estimant que l'assuré s'enrichit. L'Ombudsman examine les dossiers au cas par cas et, lorsqu'il s'agit du coût lié au respect des nouvelles normes de sécurité, elle parvient généralement à convaincre l'entreprise d'assurances du

bien-fondé des frais exposés. En revanche, elle ne peut naturellement pas soutenir l'assuré qui souhaiterait obtenir l'indemnisation d'une reconstruction qui serait réalisée avec un degré de luxe ou de confort plus élevé.

RECOMMANDATION

Il faudrait que, dans les conditions des contrats d'assurance Incendie, le remboursement des frais liés aux obligations auxquelles le consommateur ne peut échapper en cas de reconstruction soit repris en tenant éventuellement compte des incitants fiscaux. Il faudrait également que les entreprises d'assurances incluent ce volet dans les missions confiées aux experts indépendants chargés de l'évaluation du dommage.

Conclusion

En 2012, l'Ombudsman des Assurances a reçu plus de 650 demandes d'informations et a enregistré plus de 12 500 consultations des FAQ (Frequently Asked Questions) sur son site internet. Ces constatations témoignent de l'intérêt du consommateur à être informé. Il est à la recherche de renseignements dans toutes les branches d'assurances. Il souhaite des informations neutres et objectives qui non seulement vont le guider mais qui doivent aussi être de nature à le rassurer.

En matière d'assurances, le besoin est donc large. Il porte aussi bien sur les produits d'investissement (assurance Vie), sur les assurances liées à l'achat d'un bien immobilier (assurance Solde restant dû), sur les assurances obligatoires (assurance RC Auto) que sur les couvertures permettant de protéger son patrimoine contre les aléas que le consommateur peut rencontrer et qui affectent directement ou indirectement son patrimoine (assurances Incendie, Soins de Santé, RC Vie privée…).

A travers l'évolution de la nature des demandes d'intervention, l'Ombudsman constate que le consommateur est de plus en plus exigeant, méfiant voire revendicatif et certainement soucieux de faire respecter ses droits. Dans ce contexte, les démarches entreprises par les autorités de contrôle et les acteurs du secteur pour encadrer et développer l'éducation financière de la population rencontrent une réelle nécessité. Le contenu de cette éducation doit être conçu afin que cette information suscite, chez le consommateur, le réflexe « assurances ». En effet, ce serait un leurre de vouloir lui apprendre les différents aspects techniques de l'ensemble des branches et des produits. La formation devrait ainsi l'armer pour pouvoir poser des questions ciblées et évaluer le risque face à une situation ou lors de l'élaboration d'un projet. Inutile qu'il connaisse la réponse mais il est impératif qu'il puisse savoir où trouver une information fiable. Le site internet www.wikifin.be récemment créé et ouvert à tous répond à cette attente en proposant une plate-forme sur laquelle le citoyen peut trouver des renseignements sur la manière de gérer son argent, effectuer un placement ou souscrire une assurance. Ce site interactif est le point de départ mais l'autorité de contrôle (la FSMA) souhaite réaliser des efforts complémentaires en direction de l'enseignement et en coopération avec les acteurs du secteur.

Une éducation financière pour tous par une information de qualité sur toutes les branches d'assurances est primordiale

Au niveau de la garantie de la qualité de l'information, le rôle de la FSMA est essentiel. Il s'agit non seulement de veiller à la qualité de l'information papier ou de celle communiquée sur la toile mais également de garantir le professionnalisme des intermédiaires[39] qui sont encore souvent les premiers informateurs en tant que conseillers de leurs clients.

39 Mesures « Twin Peaks II », voir Benoît July, « L'assuré bientôt mieux protégé », *Le Soir*, 15 février 2013.

Ces formations et informations du consommateur doivent être intégrées dans les programmes scolaires. Il ne faut cependant pas oublier les autres générations qui, souvent aussi, peuvent être pénalisées suite à un manque de connaissance. On constate notamment parmi les groupes de personnes précarisées ou traversant une situation économique difficile liée à une séparation, une faible connaissance des données financières utiles. Or, par leur situation, elles sont directement confrontées à des problèmes financiers et d'assurances. Par conséquent, les personnes chargées de les assister (comme les assistants sociaux) doivent certainement avoir un bagage suffisant de connaissances financières. Les programmes d'enseignement qui les concernent devraient renforcer ce volet.

Par ailleurs, il faut également balayer des clichés encore trop souvent présents qui pénalisent le développement de l'éducation financière. Le plus fréquent est celui qui véhicule l'idée selon laquelle la gestion financière est essentiellement une affaire d'hommes !
Tout un chacun doit pouvoir disposer des moyens de répondre à ses besoins d'informations et de gestion financière.

L'Ombudsman ne peut dès lors qu'applaudir et encourager les initiatives sur l'éducation financière, dévoilées en ce début d'année 2013[40] !

40 I. de Laminne, « La FSMA éduque », *La Libre Belgique*, 9 février 2013; www.wikifin.be/

Réseaux

Le service Ombudsman est membre de deux réseaux, l'un national et l'autre européen, relatifs au règlement alternatif des litiges.

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 :

L'équipe de l'Ombudsman

Ombudsman :

Josette Van Elderen

Conseillers :

Magali André
02/547.57.80

Hans Claes
02/547.58.73

Siemon Crosiers
02/547.58.69

Patricia De Jaegher
02/547.58.72

Nathalie Peetroons
02/547.58.74

Sylvie Scheerlinck
02/547.58.76

Guido Schmitz
02/547.58.68

Roselinde Sneyers
02/547.58.75

Vincent Théate
02/547.58.79

Marie Vermeiren
02/547.57.79

Secrétariat :

Valérie Saussez
02/547.58.71

Françoise Vanhee
02/547.58.77

Glossaire

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

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

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

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

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

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

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

Clause d'objectivité :
Clause permettant à l'assuré, dans le cadre de la garantie Protection Juridique, de consulter un avocat de son choix en cas de divergence d'opinion avec son assureur quant à l'attitude à adopter pour régler le sinistre et après notification par l'assureur de son point de vue ou de son refus de suivre la thèse de l'assuré.

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.

Protection Juridique de base non auto :
Protection juridique comprise dans des contrats d'assurance Responsabilité Civile (comme RC Vie Privée, RC Incendie, RC Exploitation)

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

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

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.

Valeur à neuf :
Prix coûtant de la construction ou de la reconstitution à neuf.

Comment introduire une demande d'intervention ?

Il faut un écrit qui peut être transmis :

- soit **directement**
  - par le formulaire de plainte du site www.ombudsman.as
  - par courriel à info@ombudsman.as
  - par lettre adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1 000 Bruxelles
  - par fax au 02/547.59.75

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

Ce rapport 2012 est également disponible en format PDF sur le site www.ombudsman.as.

Een Nederlandstalige gedrukte versie van dit jaarverslag is ook op eenvoudig verzoek verkrijgbaar.

D 2013/377/3

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs, 35
B - 1000 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 547 58 71
Fax +32 (0)2 547 59 75
info@ombudsman.as

www.ombudsman.as