OMBUDSMAN
DES ASSURANCES

Chiffres et Analyse 2016

2016 en quelques chiffres-clés

5 604 demandes d'intervention

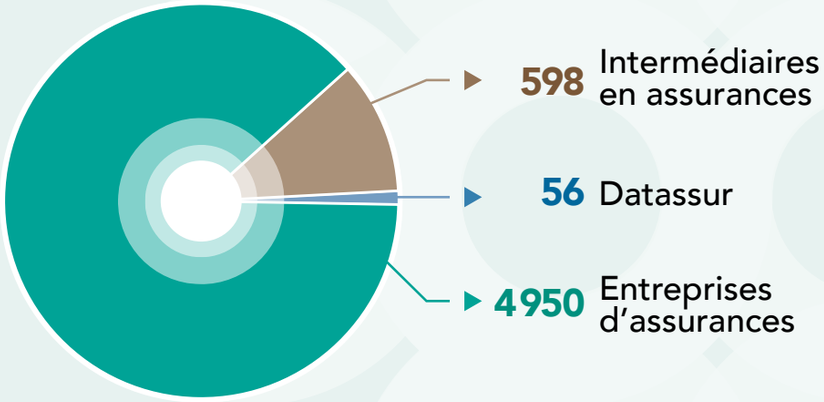
- **1364** demandes renvoyées en 1° ligne
- **4 240** demandes analysées
  - Recevables
    - **2 979** enquêtes
      - ▶ **1373** solutionées
      - ▶ **1343** non-fondées
      - ▶ **220** en cours (au 31-01-2017)
      - ▶ **36** retraits de la procédure
      - ▶ **7** clôtures contre l'avis de Ombudsman
    - **699** demandes d'information
  - Non-recevables
    - **562**
      - ▶ **332** hors compétence
      - ▶ **230** autres services de médiation

2 759 enquêtes clôturées

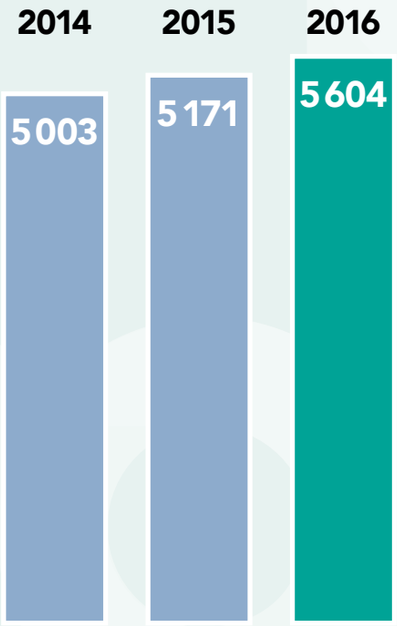
Dans **51 %** une solution est proposée

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

Répartition entre les acteurs du secteur



Évolution des demandes d'intervention



Ombudsman des Assurances

CHIFFRES ET ANALYSE 2016

Préface 3

Aperçu de l'activité 2016 4

- Le nombre de demandes d'intervention 5
- La répartition entre les acteurs du secteur 5
- Les demandes d'intervention à travers les branches 6
- La provenance des demandes d'intervention 10
- Les solutions apportées aux demandes d'intervention 11

L'année 2016 pour les entreprises d'assurances 14

- Assurance Auto 16
- Assurance Incendie 19
- Assurance Protection Juridique 22
- Assurance Soins de Santé 24
- Assurance Vie 27

L'année 2016 pour les intermédiaires en assurances 30

Recommandations 34

- Actualiser les formalités pour résilier les contrats ! 35
- Tout vendeur d'une couverture d'assurance doit avoir les qualités professionnelles requises ! 37

Réseaux 38

L'équipe de l'Ombudsman 39

Informations générales : budget et délais 40

Glossaire 41

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

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Préface

En Belgique, l'année 2016 restera à jamais marquée par les attentats du 22 mars. Hormis les dégâts matériels, de nombreuses victimes ont été touchées par ces évènements terribles. De concert avec les pouvoirs publics, les acteurs du secteur de l'assurance ont pris immédiatement toutes les mesures pour informer et soutenir ceux qui ont souffert de ces actes horribles. L'Ombudsman, quant à elle, n'a reçu que quelques appels pour récolter des précisions mais n'a été saisie d'aucune plainte.

De manière générale, en 2016, l'Ombudsman a enregistré 5 604 demandes d'intervention, un nombre qui traduit une hausse de 8 % par rapport à 2015. Cette augmentation, qui se retrouve dans les différentes branches, est plus particulièrement marquée dans la branche Soins de Santé et, pour la catégorie intermédiaires en assurances, l'assurance Tous Risques GSM/smartphones. Globalement, en 2016, dans 51 % des cas qui ont fait l'objet d'une analyse et d'une négociation, le consommateur a obtenu une solution.

Dans l'ensemble, suite à un sinistre, le motif pour lequel l'Ombudsman est le plus fréquemment saisie est le refus d'intervention de l'assureur. Ensuite, les insatisfactions portent le plus souvent sur le montant de l'indemnité, le retard et l'absence d'information.

La vente massive d'appareils téléphoniques et par là des assurances qui couvriraient les dommages et le vol de ces objets a engendré un nombre important de réclamations. Le consommateur, souvent mal informé au moment de la vente, constate lors d'un sinistre l'étendue de la couverture exacte dont il bénéficie et s'étonne du refus d'intervention de l'assureur. Afin d'éviter cette situation, il est nécessaire que la vente de tels produits d'assurance soit correctement encadrée.

Par ailleurs, l'Ombudsman reçoit, depuis plusieurs années, de plus en plus de contestations lors de la résiliation d'un contrat, qu'elle soit initiée par l'entreprise d'assurances ou par le preneur d'assurance. Les tensions sont liées au formalisme que la loi impose au niveau des délais et des moyens de communication de la décision des parties. Face à l'évolution des techniques de communication et de la législation qui l'encadre, l'Ombudsman recommande que les pratiques du secteur s'adaptent et que la législation en matière d'assurance soit revue sur ce point.

Globalement, les interventions législatives générales qui ont des répercussions en matière d'assurance sont souvent mal perçues par les consommateurs qui n'en comprennent pas la portée. Ainsi en 2016, l'Ombudsman a reçu en branche Vie des demandes d'intervention qui traduisent des insatisfactions dues essentiellement à l'application de nouvelles législations en matière de pension et de fiscalité.

Aperçu de l'activité 2016

01

Le nombre de demandes d'intervention

En 2016, l'Ombudsman des Assurances enregistre une hausse de 8 %

Globalement, en 2016, l'Ombudsman a reçu 5604 demandes d'intervention, ce qui traduit une hausse de 8 % des demandes écrites par rapport à l'année précédente. Parmi ces requêtes, l'Ombudsman a dirigé des consommateurs insatisfaits vers les services d'accueil au sein des entreprises pour qu'ils traitent directement ces doléances. Ainsi, en 2016, près de 24 % des demandes ont été renvoyées en première ligne soit 73 % de plus qu'en 2015.

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

+8%

Evolution des demandes d'intervention	2014	2015	2016
Demandes analysées	4318	4382	4240
Demandes renvoyées en première ligne	685	789	1364
Total	**5003**	**5171**	**5604**

La répartition entre les acteurs du secteur

La majorité des demandes d'intervention concernent toujours les entreprises d'assurances (88 %).

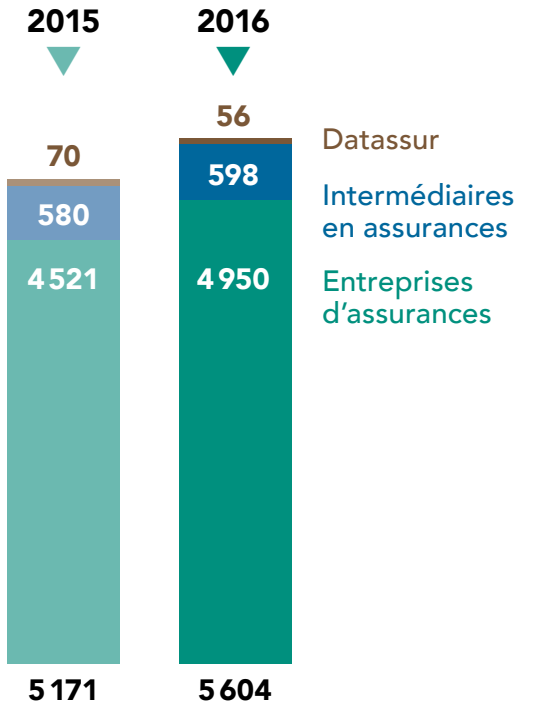
Le nombre des réclamations à l'encontre des intermédiaires enregistre une légère augmentation de 3 %. Cette catégorie de demandes demeure peu élevée par rapport à l'ensemble des doléances puisqu'elle ne représente qu'environ 11 %. Globalement, ce nombre limité s'explique par la relation de confiance qui existe entre l'assuré et son conseiller en assurances ainsi que par le contact de proximité qui permet souvent de désamorcer un conflit.

L'Ombudsman a reçu 56 demandes d'intervention relatives au fichier **RSR** de **Datassur**. Ce nombre peu élevé résulte de l'organisation efficace de l'accueil des réclamations en première instance au sein de **Datassur**. L'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel. L'Ombudsman n'a par conséquent pas procédé à une enquête dans 66 % des cas où elle a orien-

té le plaignant vers le gestionnaire du fichier **Datassur**. Seuls 18 dossiers ont fait l'objet de négociations et, dans sept cas, l'inscription a été corrigée ou annulée.

La majorité des demandes reçues concernent l'assurance Auto. Lorsque l'assuré s'adresse à l'Ombudsman, c'est en général pour contester son enregistrement dans le fichier suite à une résiliation de son contrat pour non-paiement de la prime, après sinistre ou pour motif de fraude.

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



Répartition entre les acteurs du secteur

Les demandes d'intervention à travers les branches

A l'instar des années précédentes, la majorité des requêtes concernent la branche Automobile (20 %) et principalement la **RC Auto**.

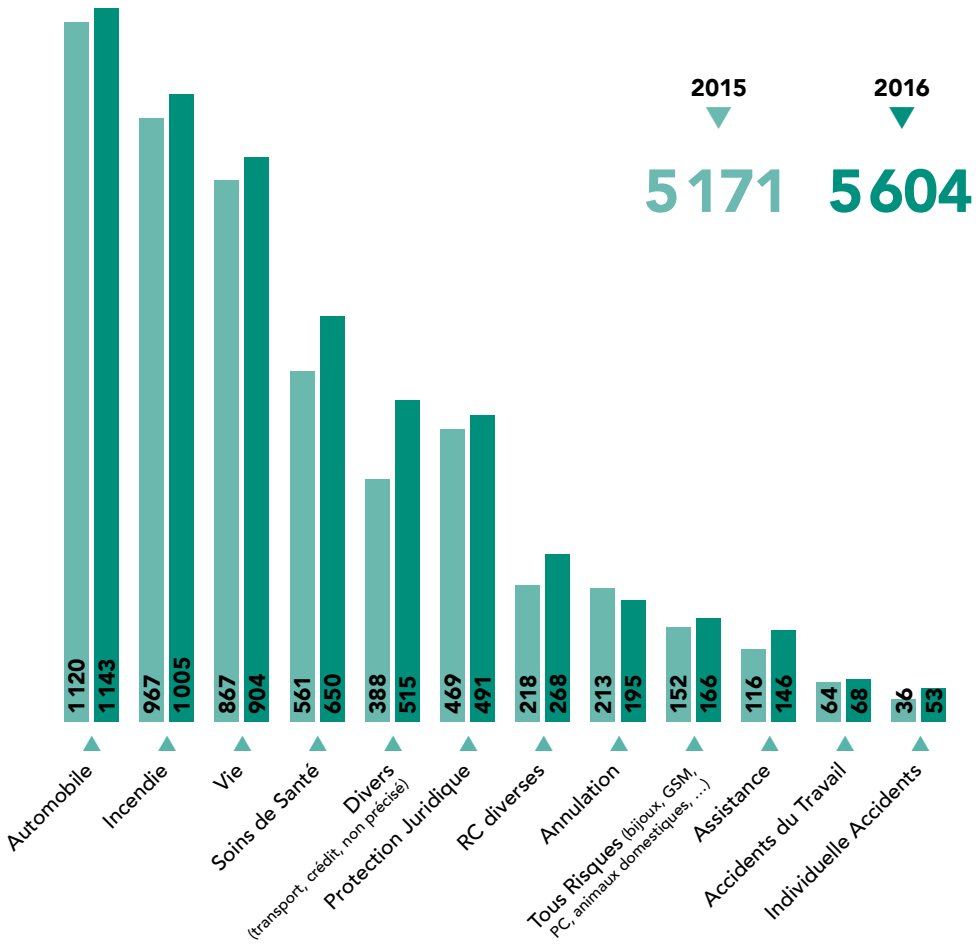
L'année 2016 enregistre une légère hausse en assurance Protection Juridique (+ 5 %), Incendie (+ 4 %) et Vie (+ 4 %) mais est marquée par une nette progression en assurance Soins de Santé (+ 16 %) ainsi qu'en assurance Tous Risques GSM.

En 2016, le nombre des demandes d'intervention en assurance Annulation est relativement stable. Ce produit est généralement souscrit à l'occasion de la réservation d'un voyage auprès d'une agence de voyage ou via internet. Au moment de la conclusion, trop peu d'attention est portée au contenu de ce contrat annexe. C'est à l'occasion d'un sinistre que l'assuré réalise la portée des garanties qu'il a souscrites. Dans 25 % des cas où elle a été saisie, l'Ombudsman a invité l'assuré à s'adresser à l'agence de voyage ou à la compagnie aérienne où le voyage avait été réservé pour régler le problème.

Dans la branche Accidents du Travail, le nombre des dossiers croît légèrement (6 %). La majorité d'entre

eux (85 %) portent sur des sinistres que l'Ombudsman a, dans la plupart des cas, transmis au Fonds des Accidents du Travail, devenu entre-temps **Fedris**, instance compétente pour l'exécution de la législation concernée.

Lorsqu'un grief est formulé sur une opération de production, il porte généralement sur la méthode de calcul de la prime ou la durée du contrat. En principe, la durée d'un contrat d'assurance est d'un an. Mais les contrats d'assurance Accidents du travail peuvent sortir de ce cadre et prévoir une durée de trois ans, souvent oubliée par le preneur d'assurance.



Répartition par branche

Deux points sous la loupe

Hausse des conflits dans les couvertures Tous Risques smartphones

L'année 2016 est marquée par une hausse persistante du nombre des réclamations relatives aux couvertures d'assurance des smartphones et des GSM. Ces plaintes concernent tant les entreprises d'assurances que les intermédiaires. Cependant, l'augmentation résulte d'un nombre plus élevé à l'encontre de ces derniers.

Au moment où il achète son téléphone, le consommateur reçoit une proposition de couverture Tous Risques pour les dommages que subirait cet appareil ou pour le cas où il lui serait volé. Le vendeur lui suggère la souscription de cette assurance en complément de l'acquisition du smartphone ou du GSM. Mais durant le dialogue qui accompagne la vente de l'appareil, toute l'attention des deux parties se focalise sur les conseils relatifs à ses caractéristiques et à son utilisation. Le volet assurance n'est que peu abordé. En réalité, ces vendeurs sortent du cadre légal d'information particulier à la vente de produits d'assurance. Ce manque de connaissance professionnelle spécifique des vendeurs fragilise la décision du consommateur. Parfois même, le vendeur en vient à conseiller une couverture d'assurance d'une durée de trois ans dont rien que le montant d'une prime mensuelle représente près de 20 % de la valeur totale du téléphone ![1]

Souscrivant un tel contrat, le consommateur pense, lui, être à l'abri de toutes les conséquences financières d'un dommage ou d'un vol éventuel de cet appareil. C'est à l'occasion d'un sinistre qu'il constate la portée réelle des garanties souscrites.

Les réclamations introduites auprès de l'Ombudsman sont dans deux tiers des cas à l'encontre des entreprises d'assurances et dans un tiers des cas à l'encontre des intermédiaires. Le service de médiation pour les télécommunications a également reçu des plaintes à ce sujet. La nature de ces doléances témoigne aussi du manque de transparence dans l'information sur la portée des couvertures offertes par le produit d'assurance. En effet, l'analyse des conditions d'intervention révèle une garantie peu étendue. Certains parlent même de « boîte vide »…

Dans le cadre de cette assurance Tous Risques, certains intermédiaires en assurances agissent en tant qu'agents régleurs de sinistres. Les griefs formulés à leur encontre ou à l'encontre des entreprises d'assurances sur la gestion du sinistre portent principalement sur le refus d'intervention suite à la disparition du téléphone. L'assureur motive son refus en invoquant que le vol a eu lieu sans violence. Il se base sur les conditions générales qui précisent que seul le vol du GSM par agression ou par effraction est couvert. Mais, en réalité, qu'entend-on par vol avec violence ou agression ? Faut-il exiger la preuve d'impacts matériels ? Faut-il exiger des marques de coups, des traces de sang… ? Des gestes d'intimidation, des menaces ne sont-ils pas suffisants pour qu'il y ait violence ? Mais dans ce cas, comment les prouver ?

Par ailleurs, dans le cas où le vol à la tire est couvert, l'assureur refuse son intervention en s'appuyant sur les conditions générales qui prévoient que le vol doit survenir alors que le consommateur a mis son GSM dans la poche d'un vêtement ou dans un sac porté sur lui. Sont ainsi écartés de la couverture des vols qui pourraient être dus à une négligence de l'assuré… Des discussions existent dans les cas où l'assuré s'endort dans un lieu public et laisse son GSM sur une table ou lorsqu'il le laisse dans un sac qui pend à la chaise sur laquelle il est assis…

Enfin, le délai de gestion du dossier et le remplacement de l'appareil endommagé suite à des dégâts sont également source d'insatisfaction. De nombreux intervenants influencent la durée de la réparation d'un dégât ou du remplacement. La mise à la disposition d'un GSM de remplacement engendre des discussions sur le délai, les caractéristiques du téléphone de remplacement…

1 Pour plus d'information, voir infra p. 37.

Les contestations relatives à la gestion du contrat d'assurance proprement dite sont moins nombreuses. Elles portent principalement sur le non-respect de la législation en matière d'assurance, notamment sur les formalités en cas de résiliation.

Les formalités de résiliation, source de tension

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman reçoit, dans les différentes branches, de plus en plus de requêtes qui portent sur la résiliation des contrats d'assurance. En 2016, 559 réclamations (soit 10 % du total des demandes reçues) ont été enregistrées sur ce point.

Le respect des formalités à l'occasion des renons des contrats fait souvent l'objet de discussions. Lorsque l'entreprise d'assurances ou le preneur souhaite mettre fin au contrat, la législation actuelle impose le suivi de délais spécifiques mais aussi de formes particulières strictes pour la communication de sa décision. En effet, la résiliation doit se faire soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier, soit par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé[2]. La nature des tensions diverge selon que le renon émane de l'entreprise d'assurances ou du preneur d'assurance.

Lorsque l'entreprise d'assurances met fin au contrat, le consommateur se plaint qu'il n'a pas reçu le courrier recommandé. A l'analyse de certaines demandes, l'Ombudsman constate que le preneur d'assurance a déménagé et a oublié d'en informer son assureur qui lui a envoyé le courrier recommandé à son ancienne adresse.

Quand le preneur souhaite résilier son contrat, il arrive souvent qu'il informe son entreprise d'assurances par courrier simple, e-mail ou fax ou s'il envoie une lettre recommandée, il ne conserve pas la preuve de l'envoi. Dans d'autres cas, il se trompe de destinataire. En effet, il envoie le renon à son intermédiaire en assurances ou encore à l'adresse de l'entreprise d'assurances indiquée au moment de la souscription du contrat alors qu'entre-temps elle a déménagé. Parfois même il l'envoie à un siège régional ou une succursale et non pas au siège principal de l'entreprise.

Lors du cas particulier de l'augmentation tarifaire, l'assureur doit reprendre, dans les notifications qui informent l'assuré de la hausse, son droit de résilier le contrat[3]. En pratique cette mention peut manquer. De même si le preneur d'assurance décide de faire usage de cette faculté et résilie son contrat, il peut oublier de noter ce motif explicitement sur son renon. Comme les délais sont différents, l'assureur n'actera la résiliation que pour l'échéance annuelle suivante. La situation se complique encore plus si le preneur résilie suite à une hausse tarifaire et paie entre-temps la prime par crainte de ne pas être assuré.

Conscientes de ces complications et des frais liés à ce formalisme sévère, de nombreuses entreprises d'assurances ont, pour simplifier la procédure, conclu une convention leur permettant de se transmettre, pour le compte de leur client, des renons par fax ou par e-mail en respectant certaines règles[4]. Un assureur adhérent peut même confier, dans le cadre d'un mandat de gestion, à des intermédiaires en assurances, la possibilité d'utiliser la convention pour communiquer les renons.

Cependant, on constate que cette mesure est parfois à l'origine de discussions et qu'elle est par ailleurs insuffisante au regard de l'évolution des moyens de communication, il faudrait donc aller plus loin[5].

2 Art. 84 §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.
3 Art. 12 A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 11 avril 1991.
4 Convention « Lettres de renon et/ou de coassurance », www.assuralia.be/
5 Pour plus d'information, voir infra p. 35.

La provenance des demandes d'intervention

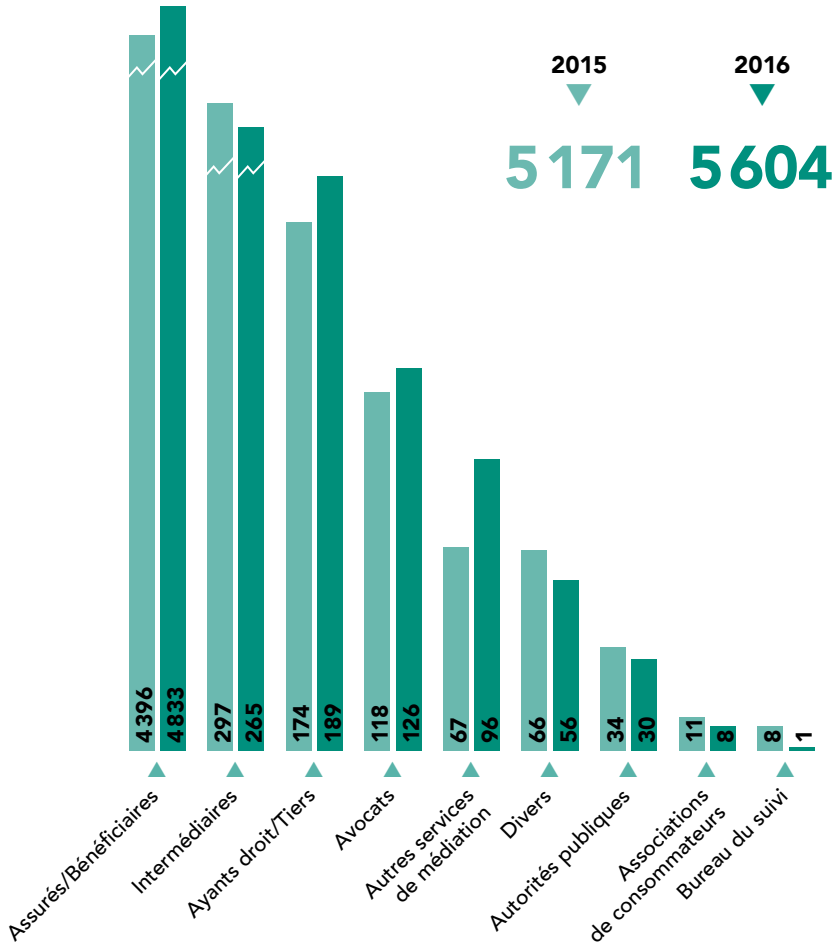
86 % des demandes sont introduites par les assurés

La majorité des demandes d'intervention restent introduites par les assurés, les bénéficiaires d'assurance Vie, les ayants droit ou les victimes à l'encontre des entreprises et des conseillers en assurances dont ils sont clients. De leur côté, les intermédiaires, pour aider leurs clients, saisissent aussi l'Ombudsman (5 %). Il en va de même pour les avocats (2 %).

Dans 96 cas, c'est un collègue ombudsman qui transmet le dossier. La nouvelle législation entrée en vigueur le 1er juin 2015 a institué le Service de médiation pour le consommateur : un seul point de contact pour permettre au consommateur insatisfait d'accéder facilement à une gestion amiable d'un conflit dans toutes les matières du droit de la consommation[6]. Il peut s'adresser à ce service qui l'oriente vers le service de médiation compétent reconnu comme entité qualifiée et, à défaut, se charge lui-même de l'analyse de la demande. Par ailleurs, il existe un protocole de collaboration entre les ombudsmans (sur le plan belge et européen) qui prévoit que, si le plaignant se trompe de guichet, sa demande est transmise à l'instance compétente. Deux sites internet rassemblant les différentes coordonnées des ombudsmans ont été mis en place pour permettre à tout consommateur de se diriger rapidement vers l'organe de médiation qu'il recherche[7].

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

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



Provenance des demandes d'intervention

Les solutions apportées aux demandes d'intervention

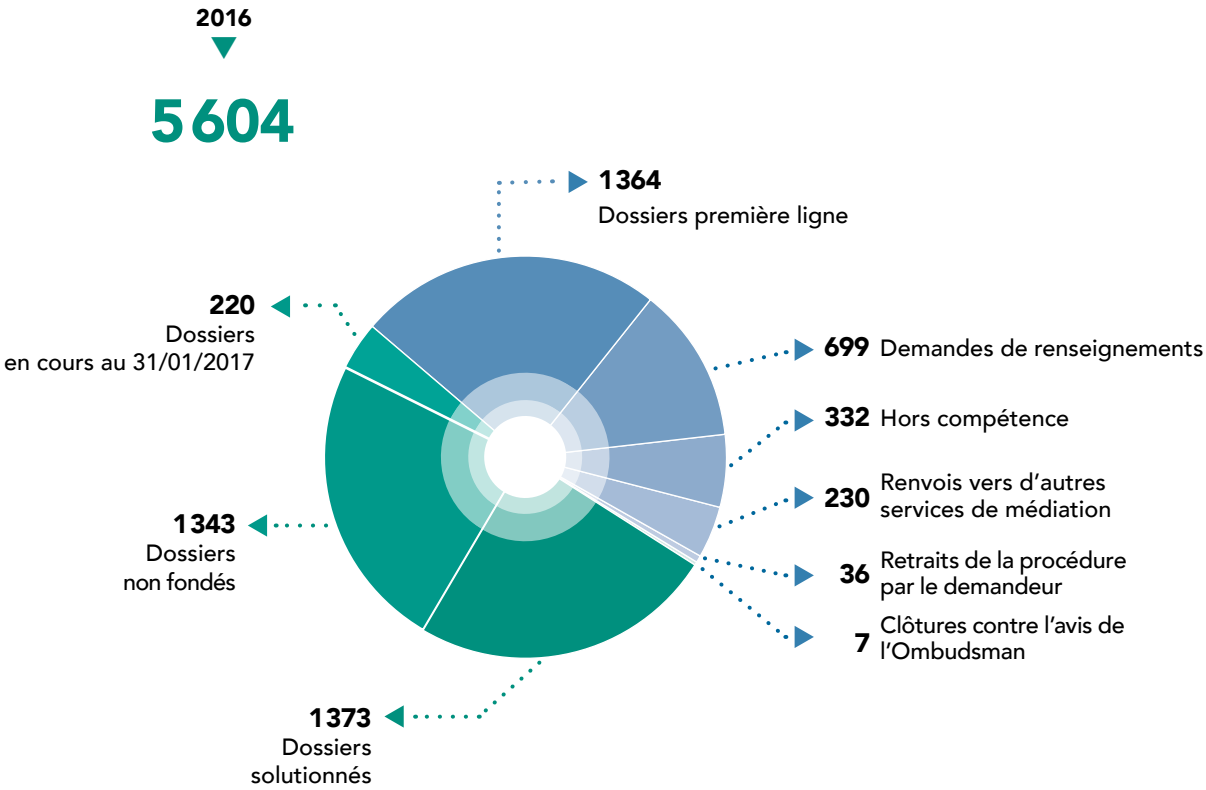
Dans 51 % des cas, le consommateur a obtenu une solution

Lors de la réception des demandes d'intervention, l'Ombudsman a conseillé au consommateur dans près de 25 % des cas d'interroger le service qui, au sein de l'entreprise, est chargé d'accueillir les clients insatisfaits.

Fin janvier 2017, l'Ombudsman a clôturé 5384 dossiers des 5604 réclamations introduites durant l'année. Parmi les réclamations négociées adressées tant à l'encontre des entreprises d'assurances que des intermédiaires, le consommateur a obtenu une solution favorable dans 51 % des cas. Ce résultat s'inscrit dans la lignée des années précédentes.

Cependant, 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.

Globalement, l'Ombudsman constate que pour sept dossiers, l'instance concernée a refusé de suivre les conclusions de son analyse. Le plaignant garde la possibilité de recourir aux tribunaux sur la base de cet avis circonstancié.



Solutions apportées aux demandes d'intervention

Parmi les 5604 demandes introduites, 12 % sont en réalité des demandes d'information auxquelles l'Ombudsman répond afin d'éviter la survenance d'un litige.

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman des Assurances, à l'instar des autres ombudsmans, constate que les consommateurs l'interrogent pour obtenir des renseignements. Malgré les efforts réalisés par les entreprises d'assurances, notamment par une meilleure organisation de la gestion des réclamations en première ligne, force est de constater que le consommateur se tourne encore spontanément vers l'Ombudsman, en tant qu'instance neutre et indépendante pour obtenir des informations objectives.

Méfiant, inquiet, doutant de l'information qu'il a reçue, le consommateur s'adresse à l'Ombudsman pour obtenir la confirmation des informations recueillies. En répondant à ces interrogations, l'Ombudsman permet d'éviter la survenance d'un litige. A côté de ces demandes écrites de renseignements, l'Ombudsman reçoit également de nombreux appels téléphoniques. Son site internet, et plus particulièrement le volet des questions fréquemment posées (FAQ), est par ailleurs régulièrement consulté. En 2016, il y a eu environ 26000 consultations.

Dans 4 % des cas, l'Ombudsman a orienté le consommateur vers un autre service de médiation car l'objet de la demande qu'il a formulée tombe sous le couvert de la compétence de celui-ci.

Dans 6 % des cas, l'Ombudsman a dû se déclarer incompétente. Il s'agit principalement des demandes commerciales, d'information sur le produit à souscrire, le meilleur assureur, le remplacement d'un GSM…

Enfin, 36 demandeurs ont décidé de retirer la réclamation qu'ils avaient introduite.

L'année 2016 pour les entreprises d'assurances

02

Le nombre de demandes d'intervention

En 2016, le nombre des demandes introduites à l'encontre des entreprises d'assurances auprès de l'Ombudsman est de 4950 alors qu'en 2015, ce nombre était de 4521. Il y a donc une augmentation de 9 %.

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

A l'instar des années précédentes, l'Ombudsman a conseillé à certains plaignants qui l'interrogeaient de s'adresser d'abord à l'entreprise d'assurances et de ne revenir qu'en cas d'insatisfaction persistante. Elle les a dirigés vers les structures d'accueil et de gestion des plaintes que les entreprises d'assurances ont développées en leur sein. Ainsi, en 2014, 685 consommateurs avaient été guidés vers les entreprises d'assurances, en 2015, ils étaient 757 et en 2016, ils sont 1472.

L'Ombudsman relève une augmentation dans la majorité des branches. Les motifs des fluctuations sont décrits dans l'analyse par branche.

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

+9%

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

2014	2015	2016
4382	**4521**	**4950**

Répartition par branche d'assurance	2015	2016
Automobile	928	973
Incendie	869	890
Vie	746	797
Soins de Santé	506	598
Divers (transport, crédit, non précisé)	350	473
Protection Juridique	436	461
RC diverses	190	243
Annulation	169	145
Assistance	109	140
Tous Risques (bijoux, GSM, PC, animaux domestiques…)	125	115
Accidents du Travail	62	67
Individuelle Accidents	31	48
Total	**4521**	**4950**

ASSURANCE AUTO

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman enregistre 973 demandes d'intervention en assurance Auto à l'encontre des entreprises d'assurances. Ce nombre représente 20 % de l'ensemble des dossiers introduits en 2016, ce qui maintient la branche Auto comme la branche d'assurance pour laquelle l'Ombudsman reçoit le plus de dossiers. Le nombre des requêtes concernant la garantie **RC Auto** obligatoire baisse légèrement mais représente encore 78 % des cas. Par contre, la garantie Dégâts matériels enregistre une hausse marquante de près de 60 %. Cette augmentation s'explique par plus de 60 dossiers à l'encontre d'un seul produit distribué en Libre Prestation de Service dans l'Union Européenne. Ce produit est proposé lors de la location d'un véhicule pour couvrir le remboursement de la franchise restant à charge du locataire en cas de dégâts.

Dans la branche Auto, les demandes d'intervention relatives aux opérations de production sont en augmentation par rapport aux années précédentes et représentent 63 % des dossiers. Dans cette catégorie de réclamations, les motifs les plus souvent invoqués restent, à l'instar des années antérieures, la résiliation des contrats (35 %), les primes (26 %) et le délai de réponse à une demande du consommateur (11 %).

En 2016, les doléances portant sur la résiliation du contrat demandée par le preneur d'assurance sont en nette hausse et sont deux fois plus nombreuses que celles relatives à la résiliation effectuée par l'entreprise d'assurances[8].

Les demandes relatives à la gestion d'un sinistre concernent 37 % des dossiers. Le montant de l'indemnité est le premier motif d'insatisfaction et représente 25 % des demandes portant sur un sinistre en 2016. Le consommateur se plaint aussi du refus d'intervention (21 %). Mais le délai de règlement (20 %) lié au défaut de justification ou de réponse (20 %) représentent ensemble 40 % des cas pour lesquels le consommateur se tourne vers l'Ombudsman suite à un accident de la circulation.

Répartition assurance Auto	**2015**	**2016**
RC Auto	786	758
Dégâts matériels (Omnium)	123	196
Vol	19	19
Total	**928**	**973**

Sur les 973 demandes reçues, l'Ombudsman a transféré 29 % des requêtes vers les services d'accueil et de gestion de plaintes au sein des entreprises d'assurances et a procédé à une enquête et des négociations dans 487 dossiers (50 %).

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 56 % des cas.

8 Pour plus d'information sur les résiliations et notamment sur les raisons d'insatisfaction des consommateurs, voir supra p. 9.

ASSURANCE AUTO

Deux points sous la loupe

En production, 26 % des demandes introduites portent sur la prime

Au regard de 2015, l'Ombudsman relève une augmentation de 15 % des insatisfactions liées à la prime en assurance **RC Auto**. Le consommateur exprime son insatisfaction pour différents motifs. Il conteste le moment d'exigibilité de la prime, le tarif appliqué, l'adaptation de la prime en cours de contrat, le mode de son encaissement ou le montant du remboursement qui lui est dû.

Comme, en **RC Auto**, l'étendue des garanties est fixée par la loi, la prime est d'autant plus l'élément clé du contrat. Les premières discussions portent sur le principe de l'anticipation du paiement selon lequel la prime doit être payée avant la période de couverture. Parfois le comportement du consommateur peut être à l'origine de tensions. C'est le cas lorsqu'il paie la prime avec retard, oublie de mentionner les références lors du versement, reprend une communication inexacte sur le virement ou paie sur un compte bancaire erroné.

Les controverses sur le paiement de la prime sont souvent en lien avec les réclamations relatives à la carte verte. Les consommateurs sont conscients qu'ils doivent disposer d'une carte verte mais ne perçoivent pas toujours la portée de la détention de cette carte. Ainsi, certains attendent d'être en possession de la carte verte pour payer la prime alors qu'en général, l'assureur ne la leur communique qu'après avoir reçu le paiement. D'autres l'ont reçue avant le paiement mais tardent à payer car ils pensent être assurés.

A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman relève que de simples erreurs lors de l'enregistrement de données par un gestionnaire de l'entreprise d'assurances influencent la tarification, la date de résiliation ou la date d'activation d'une domiciliation. Le consommateur s'adresse ainsi à l'Ombudsman car il reçoit encore des avis d'échéance ou parce que des primes sont encore prélevées de son compte bancaire alors qu'il a valablement résilié le contrat ou a déjà payé la prime depuis un certain temps.

ASSURANCE AUTO

Par ailleurs, les augmentations appliquées sur le montant de la prime sont aussi à l'origine de nombreuses réclamations. Or, ces hausses peuvent résulter de différentes causes. Il peut s'agir simplement des effets d'une modification du risque introduite par le preneur lui-même : il déclare le changement du conducteur habituel, principal ou ajoute un conducteur occasionnel dont le profil influence la nature du risque. L'augmentation peut aussi résulter d'un changement d'adresse, de la fin d'un avantage commercial, de l'application de l'attestation de sinistralité émise par l'ancien assureur sur l'échelle bonus malus… Si les adaptations sont souvent correctes sur le plan technique, l'Ombudsman déplore cependant le défaut de communication. En effet, une explication transparente permettrait d'éviter de nombreuses discussions.

Le consommateur pense aussi régulièrement que le fait de vendre son véhicule ou de l'entreposer dans un endroit sans l'utiliser pendant une longue période l'autorise à ne plus payer la prime ou à en demander le remboursement du prorata à partir de cette date. Il omet de prévenir son assureur ou de lui communiquer la preuve de la disparition du risque comme la radiation de la plaque d'immatriculation. Or, les primes sont dues jusqu'à ce que le contrat soit valablement suspendu ou résilié.

Dans deux tiers des dossiers relatifs aux primes, l'Ombudsman a pu trouver une solution favorable au consommateur par une rectification du montant de la prime, un remboursement…

Les délais de règlement d'un sinistre et le manque d'information restent à l'origine de tensions

Victime d'un accident de voiture, le consommateur s'interroge sur l'évolution de la gestion de son dossier. Inquiet, il s'adresse à l'Ombudsman pour comprendre les raisons du silence de son assureur ou l'interroge sur les démarches qu'il devrait éventuellement entreprendre lui-même. Différents éléments peuvent ralentir la gestion et l'entreprise d'assurances n'en est pas nécessairement responsable. C'est le cas, sans être exhaustif, de la non-identification de la partie adverse, de la non-déclaration du sinistre par le tiers, de l'absence de réponse de l'assureur du tiers ou d'un assureur établi à l'étranger[9]. De même, lorsqu'il y a des discussions sur les responsabilités, l'assureur attend du Parquet l'autorisation de pouvoir prendre connaissance du dossier répressif. Mais le délai de réponse du Parquet est très long. Ce type de réclamations sur le délai de gestion n'est pas fondé. Cependant, il faut fréquemment déplorer l'absence de communication de la part de l'assureur sur les motifs du retard.

Le défaut d'information et de communication est aussi présent dans le suivi d'un banal accident de voiture. Le consommateur, qui n'est pas responsable, ne comprend pas qu'il doit entamer des démarches pour être indemnisé. En effet, c'est à lui de prendre l'initiative de dépanner le véhicule accidenté, de payer les frais de gardiennage auprès du garagiste, d'effectuer les démarches pour la vente de l'épave sur la base des offres de l'expert… Alors même qu'il a souscrit une assurance Protection Juridique, il n'identifie pas le moment utile de saisir cet assureur pour l'assister afin d'obtenir l'indemnisation correcte des différents volets de son dommage. A travers les réclamations, l'Ombudsman constate qu'encore trop souvent ni le consommateur, ni son assureur RC Auto, ni son intermédiaire en assurances n'ont demandé le transfert du dossier vers l'assureur Protection Juridique. En 2014, l'Ombudsman a relevé, dans son rapport, l'importance de recourir à cette faculté et a demandé aux assureurs RC de signaler la nécessité d'activer cette garantie tant à l'égard des intermédiaires que des assurés[10].

9 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 2.

10 Voir *Chiffres et Analyse 2014 Ombudsman des Assurances*, p. 14.

ASSURANCE INCENDIE

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman a reçu 890 demandes d'intervention relatives à la branche Incendie. Elles représentent 18 % des dossiers à l'encontre des entreprises d'assurances. Globalement, ce nombre reflète une légère hausse (+ 2 %) du nombre des réclamations au regard de l'année précédente et s'écarte de la tendance générale d'augmentation de 9 %. Le nombre de dossiers introduits suite à un dégât des eaux (+ 19 %) se trouve à l'origine de cette augmentation. Par contre, en 2016, le nombre des demandes dans la garantie couvrant le risque Tempête baisse de 51 %.

En production (32 %), la plupart des réclamations portent sur les résiliations des contrats (40 %) et sur la prime (22 %), qu'il s'agisse de son montant ou de son encaissement.

En sinistre (68 %), c'est le refus d'intervention de l'assureur (43 %) qui est majoritairement contesté et principalement dans la garantie Dégâts des eaux, suivi des contestations sur le montant de l'indemnité (21 %). Ensuite, le délai de gestion du dossier (14 %) et le manque d'information (14 %) sont source d'insatisfactions.

Sur les 890 demandes reçues, l'Ombudsman a transféré 19 % des requêtes vers les services d'accueil et de gestion de plaintes au sein des entreprises d'assurances et a procédé à une enquête et des négociations dans 573 dossiers (64 %).

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 46 % des cas.

Répartition assurance Incendie	2015	2016
Incendie	420	432
Dégâts des eaux	230	273
Vol	104	103
Tempête	71	35
Risque électrique	14	15
Catastrophes naturelles	2	13
Bris de vitrages	12	10
RC Immeuble	16	9
Total	**869**	**890**

Trois points sous la loupe

Une modification de la situation familiale nécessite des adaptations du contrat d'assurance Incendie

Un contrat d'assurance Incendie couvrant les différents risques qui peuvent endommager une habitation est souscrit au nom du preneur d'assurance. Ce preneur d'assurance est généralement le propriétaire du bâtiment qu'il occupe lui-même. Lorsqu'un couple est copropriétaire de ce bâtiment et que les deux personnes sont reprises comme les preneurs d'assurance, ils bénéficient des indemnités en cas de sinistre. Mais la situation d'un preneur peut évoluer, par exemple en cas de séparation, de divorce ou de décès. Il est nécessaire d'adapter le contrat à la nouvelle situation familiale. En effet, deux grands principes en matière d'assurance imposent cette révision afin que les indemnisations lors d'un sinistre puissent être correctement effectuées. Selon le premier, le preneur d'assurance est redevable de la prime et bénéficie

ASSURANCE INCENDIE

de l'indemnité en cas de dommages. Cependant, le second principe limite l'étendue de l'indemnisation à l'intérêt du preneur dans le bien endommagé car nul ne peut s'enrichir grâce à des indemnités d'assurance. Dans le cadre de la séparation, d'un divorce ou d'un décès, il faut donc tenir compte des qualités de preneur, d'assuré et des quotas de propriété des preneurs ainsi que de l'occupation effective de l'un d'eux.

Dans la pratique, l'Ombudsman est interrogée par l'occupant qui n'est pas le preneur et qui s'étonne du refus d'intervention de l'assureur invoquant le non-paiement de la prime. Dans d'autres cas, l'occupant est surpris de ne percevoir qu'une indemnité partielle alors qu'il a payé 100 % de la prime ou qu'il a financé l'ensemble des frais de réparation. En réalité, n'étant propriétaire que pour partie du bien, il n'a droit qu'à ce pourcentage dans l'indemnité. De même lorsque le preneur d'assurance propriétaire d'un bâtiment décède, les divers héritiers doivent devenir les différents preneurs d'assurance pour que la succession puisse bénéficier d'une indemnité complète en cas de sinistre.

Seuls les dégâts des eaux survenus accidentellement sont couverts

Différentes causes peuvent être à l'origine de dégâts provoqués par de l'humidité. En effet, l'humidité peut être la conséquence d'une fuite dans la toiture, dans la gouttière, d'un écoulement provenant du bâtiment mitoyen ou d'une canalisation, d'un défaut d'étanchéité des sanitaires… Il n'est pas toujours aisé pour un assuré d'établir la cause exacte des dommages. Afin de la fixer, il peut faire appel à une société spécialisée en recherches de fuites mais elle ne parvient pas toujours à déterminer quelle est l'origine du dégât des eaux. Dans de nombreux dossiers, l'assureur estime que les traces d'humidité et de moisissures sont la conséquence d'un problème de condensation. Souvent, la condensation résulte d'un défaut de construction ou d'un manque d'aération voire de ventilation du bâtiment. Or, ces causes ne rentrent pas dans l'étendue des couvertures d'une police d'assurance Incendie.

ASSURANCE INCENDIE

Par ailleurs, l'Ombudsman a reçu différentes réclamations suite au refus d'indemnisation de dégâts d'eau provoqués par des infiltrations par les joints de cheminée. Généralement, les dégâts qui sont occasionnés par des écoulements d'eau provenant de la toiture sont couverts par les contrats d'assurance Incendie. Le consommateur voit la cheminée comme faisant partie intégrante du toit. Or, souvent la cheminée est une construction réalisée avec d'autres matériaux notamment du ciment et des briques qui sont des matières poreuses. Sa fonction est, de plus, bien différente de celle d'un toit qui lui est destiné à protéger des pluies. Dans la majorité des contrats, la définition du mot « toit » n'est pas reprise. Cependant, certaines polices précisent que les infiltrations latérales par les joints des façades et les joints de cheminée sont exclues de la couverture.

Craignant de perdre le bénéfice de la garantie légale, le consommateur veut le remplacement du bien endommagé

Depuis quelques années, l'Ombudsman reçoit de plus en plus de demandes dans lesquelles le consommateur conteste la réparation proposée par l'assureur et veut le remplacement du bien endommagé. Dans le cadre de l'assurance Incendie, le bien assuré est couvert en valeur à neuf. La valeur à neuf ou de reconstruction signifie que l'indemnité est calculée sur base des prix actualisés des matériaux de construction même s'ils sont nettement plus élevés qu'à l'époque de la construction de l'habitation. Si l'application de ce principe à des dégâts importants ne fait pas l'objet de contestation, la situation n'est pas la même lorsqu'il s'agit de petits dommages : par exemple pour les dégâts d'effraction causés à la porte d'entrée, à un châssis, à une serrure, à un volet ou les dommages occasionnés par un véhicule à une clôture… Dans ces situations, l'expert estime que le remplacement est disproportionné et évalue la remise en état par une réparation estimant que, selon lui, elle permet d'effacer totalement les dommages [11].

Si l'assuré demande le remplacement, c'est qu'il craint, suite à une réparation, de perdre la garantie légale ou commerciale dont il bénéficie pour un appareil ménager, de chauffage, un châssis... Il est convaincu de son bon droit puisqu'il est assuré en valeur à neuf ou de reconstruction. Mais il perd de vue que la reconstruction peut être partielle et qu'en aucun cas, un assuré ne peut indirectement s'enrichir grâce à des indemnités. Ces principes donnent lieu à des discussions et c'est, au cas par cas, sur la base des éléments concrets du dossier, des rapports techniques des experts et des avis des réparateurs que l'Ombudsman intervient et tente de trouver une solution amiable à laquelle les deux parties peuvent adhérer. Ainsi, dans certains cas, les parties conviennent que si la réparation n'apporte pas le résultat escompté, le bien sera remplacé. Parfois, l'assureur accepte de majorer les frais de réparation par une indemnité de dépréciation. Si les opinions sont trop divergentes, l'Ombudsman suggérera une contre-expertise dont une partie des frais peut rester à charge de l'assuré sauf dans le cas où l'assureur Protection Juridique les prend en charge.

11 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 7.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman enregistre 461 demandes d'intervention relatives à l'assurance Protection Juridique. Ce nombre inverse la tendance à la baisse enregistrée dans cette branche en 2015. Cependant, l'analyse de la ventilation entre les couvertures spécifiques conclut à une hausse des dossiers relatifs au volet Protection Juridique auto (+ 45 %) mais par contre une baisse dans les deux autres catégories et plus spécialement en Protection Juridique offrant des garanties étendues (- 30 %). Ces écarts résultent d'un glissement d'enregistrement des litiges contractuels relatifs à l'automobile de la catégorie Protection Juridique étendue vers la catégorie Protection Juridique auto.

Quand un assuré s'adresse à l'Ombudsman des Assurances en assurance Protection Juridique, c'est dans la plus grande majorité des cas en raison de difficultés suite à un sinistre (92 %). Les doléances sont alors principalement de deux ordres: le refus d'intervention (36 %) et la gestion passive (40 %). Ainsi, les insatisfactions sur la lenteur dans la gestion sont pour 50 % à l'origine de la hausse des réclamations en Protection Juridique auto. En outre, de plus en plus souvent, l'Ombudsman reçoit des demandes d'intervention pour des contestations sur le refus de désigner un avocat ou de mandater un autre avocat.

Répartition assurance Protection Juridique	2015	2016
Protection Juridique auto	143	207
Protection Juridique non auto	183	177
Protection Juridique étendue	110	77
Total	**436**	**461**

Sur les 461 demandes reçues, l'Ombudsman a transféré 15 % des requêtes vers les services d'accueil et de gestion de plaintes au sein des entreprises d'assurances et a procédé à une enquête et des négociations dans 329 dossiers (71 %).

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 45 % des cas.

Trois points sous la loupe

Le refus d'intervention reste une importante source d'insatisfaction

A l'analyse des réclamations sur le refus d'intervention, l'Ombudsman constate que les consommateurs méconnaissent dans bien des cas la portée exacte d'un contrat Protection Juridique, principalement quand les frais de défense de ses intérêts sont remboursés. Sur le marché, il existe une variété de garanties dénommées Protection Juridique dont l'étendue des couvertures est très variable. Il peut s'agir soit d'une extension d'un contrat principal comme un contrat d'assurance RC Auto ou RC Vie Privée, soit de contrats offrant une couverture pour différentes sortes de litiges spécifiques de la vie privée ou professionnelle tels que les litiges contractuels, les droits de succession, les litiges en droit du travail… En général, la couverture « recours civil » prévoit la prise en charge des frais de défense nécessaires pour obtenir la réparation d'un dommage subi par l'assuré. Par contre, les frais engagés pour contraindre une partie adverse à exécuter des réparations pour éviter la survenance des dommages supplémentaires sortent du champ de la couverture[12].

12 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 9.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

Les contestations sur la désignation de l'avocat ont presque doublé !

Sur la base de la loi, l'assureur Protection Juridique a la possibilité de trouver une solution amiable à un litige [13]. Laisser à l'assureur le droit de réaliser ces démarches s'inscrit dans l'économie du contrat. Dès lors, avant de désigner un avocat aux frais de son assureur, l'assuré doit consulter son assureur afin d'obtenir son autorisation.

Par contre, l'assureur qui invoque son droit de gestion amiable doit l'exercer avec efficacité. Parfois, à l'analyse des insatisfactions, l'Ombudsman constate sur ce point des lacunes comme par exemple lorsque la partie adverse conteste sa responsabilité en n'avançant aucune motivation et que l'assureur Protection Juridique ne fait pas valoir les arguments de son assuré auprès de la partie adverse.

A partir du moment où il est établi que l'intervention d'un avocat est requise, l'assuré doit disposer du libre choix. Or, les réclamations témoignent qu'encore souvent, l'assureur désigne lui-même un avocat ou recommande un avocat alors que l'assuré ne le lui a pas demandé. Selon le code de bonne conduite, dans ces circonstances, l'assureur doit soumettre au choix du consommateur les coordonnées de plusieurs avocats [14].

Enfin, en cours de gestion de dossier, il arrive que l'assuré souhaite changer d'avocat. Ce changement ne fait pas l'objet de discussions lorsque les motifs invoqués sont objectifs. Mais lorsqu'il s'agit d'une perception personnelle de l'assuré qui s'estime mal défendu, perd confiance ou critique le manque d'information de son avocat, des discussions surgissent. Or, en principe, le libre choix doit lui permettre de changer d'avocat en cours de procédure, sans frais à sa charge à moins d'un abus. La majorité des assureurs, lorsqu'ils estiment le changement excessif, vont limiter leur intervention en proportion du préjudice subi et ne prendront pas en charge les frais de double emploi, d'analyse… conformément au protocole d'accord, conclu entre les entreprises d'assurance Protection Juridique et les barreaux [15]. D'autres, par contre, arrêtent, à tort, la prise en charge des honoraires d'avocat.

De toute manière, lorsque l'Ombudsman connaît d'une contestation sur la saisine ou les honoraires de l'avocat, elle ne manque pas de rappeler qu'il existe une commission mixte qui se prononce sur ces types de litige [16]. Malheureusement, certaines entreprises d'assurances se montrent réticentes à y recourir.

L'Ombudsman enregistre moins de litiges sur le montant de l'indemnité

Dans le passé, l'Ombudsman recevait des réclamations émanant d'assurés qui s'étonnaient que le montant du plafond d'intervention de l'assureur était dépassé. Ils étaient surtout mécontents car, ignorant le montant exact des frais déjà pris en charge dans la gestion du sinistre, ils prenaient des décisions sans savoir qu'ils devraient supporter une partie des frais de défense. Face à cette situation, l'Ombudsman a formulé une recommandation dans son rapport de 2014 qui a été suivie [17]. Elle a d'ailleurs été reprise dans le code de bonne conduite Protection Juridique émis par **Assuralia** en mai 2016 [18].

13 Reusens, I., « La saisine de l'avocat en assurance Protection Juridique », *L'assurance protection juridique, colloque des 25 ans d'application* de *l'arrêté royal du 12 octobre 1990,* Anthemis, 2016, p. 59 et s.

14 Règles de conduite de l'assureur de protection juridique, www.assuralia.be/

15 Art. 3 du Protocole d'accord entre les assureurs de protection juridique affiliés à Assuralia, l'O.V.B. et l'O.B.F.G., www.assuralia.be/

16 Art. 5 du Protocole d'accord entre les assureurs de protection juridique affiliés à Assuralia, l'O.V.B. et l'O.B.F.G., www.assuralia.be/

17 *Chiffres et Analyse 2014 Ombudsman des Assurances*, p. 21.

18 Règles de conduite de l'assureur de protection juridique, www.assuralia.be/

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman a reçu dans la branche Soins de Santé 598 dossiers soit une hausse de 18 % qui est nettement supérieure à la tendance globale de 9 %. Cette branche représente 12 % de l'ensemble des doléances à l'encontre des entreprises d'assurances.

Cette augmentation se retrouve dans les différentes garanties. En effet, en analysant les motifs, l'Ombudsman constate qu'elle a reçu un nombre plus important de questions sur les conditions contractuelles particulières de ces contrats ainsi que sur les possibilités de résiliation. Pour la plupart de ces demandes, l'Ombudsman a conseillé au demandeur de s'adresser au service d'accueil interne aux entreprises.

Les dossiers introduits à l'encontre des **SMA** ont crû de 50 % et représentent 17 % dans cette branche. Ces demandes d'intervention portent principalement sur deux motifs: le refus d'intervention (27 %) et le montant de l'indemnité (20 %). Le point litigieux récurrent concerne les conditions dans lesquelles l'état préexistant est couvert auprès des **SMA**. Ainsi, durant les premières années de couverture, soit le montant de l'intervention est limité soit le contrat prévoit l'exclusion d'une liste de maladies.

En 2016, la **Commission de conciliation Assurance Soins de Santé** ne s'est toujours pas réunie malgré quelques demandes d'intervention. Les mesures pour en désigner les membres n'ont toujours pas été prises mais les désignations par les autorités compétentes devraient se faire en 2017.

Répartition assurance Soins de Santé	2015	2016
Assurance Maladie non liée à l'activité professionnelle	346	405
Assurance Maladie liée à l'activité professionnelle	77	99
Revenu Garanti	79	92
Assurance d'Attente [19]	4	2
Total	**506**	**598**

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, l'Ombudsman a transféré 29 % des requêtes vers les services d'accueil et de gestion de plaintes au sein des entreprises d'assurances et a procédé à une enquête et des négociations dans 317 dossiers (53 %).

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 47 % des cas.

Quatre points sous la loupe

Quand les couvertures d'assurance individuelle et collective se cumulent…

De plus en plus d'employeurs offrent une couverture collective du risque d'hospitalisation à leur personnel. Les travailleurs déjà assurés à titre individuel s'étonnent de ne pas pouvoir résilier immédiatement leur contrat puisqu'il en résulte une double couverture. Sur le plan strictement juridique, les preneurs qui veulent mettre fin à un contrat doivent respecter les délais prévus par la loi relative aux assurances, mais ils ne peuvent pas non plus bénéficier d'un double remboursement par lequel ils s'enrichiraient [20]. Les délais de résiliation classiques ne sont donc pas adaptés à

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

20 Art. 85 et 93 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

ce type de situation qui se présente cependant de plus en plus fréquemment. Il faudrait que le législateur intervienne pour adapter les conditions de délai à cette réalité.

Suite à un sinistre, 46 % des discussions portent sur le refus d'intervention de l'assureur

Dans 55 % des cas, les plaintes adressées à l'Ombudsman concernent la gestion d'un sinistre. De nombreux assurés sont mécontents de l'entreprise d'assurances qui refuse la prise en charge des frais médicaux suite à un problème de santé. Les motifs des refus d'intervention sont divers. Dans certains cas, l'assureur ne rembourse pas les frais d'hospitalisation car ils sont en lien avec un état de l'assuré qui préexistait à la souscription du contrat. Dans ces litiges, l'Ombudsman va interroger l'entreprise d'assurances afin qu'elle démontre que le problème de santé existait ou à tout le moins qu'il y avait des symptômes de la maladie avant la conclusion du contrat[21]. Dans d'autres cas, l'assureur refuse d'intervenir en se basant sur une exclusion prévue par le contrat d'assurance. Sur ce point, l'usage abusif de boissons alcoolisées est l'une des exclusions qui fait le plus l'objet de contestations. En effet, le lien causal entre l'alcoolisme et certaines affections qui sont le motif de l'hospitalisation de l'assuré n'est pas toujours médicalement établi. Cette discussion d'ordre médical sort en tant que telle du champ de compétence de l'Ombudsman. En cas de doute, l'Ombudsman va, à tout le moins, tenter de convaincre le médecin de l'assureur d'échanger ses arguments avec le médecin traitant. C'est aussi le dialogue entre médecins que l'Ombudsman suscite dans les cas où le refus est basé sur un aspect esthétique de l'intervention chirurgicale comme la réduction mammaire, le placement d'un anneau gastrique, d'un by-pass ou de la correction d'implantation des oreilles…

En assurance Revenu Garanti, le burn-out a fait l'objet de multiples controverses suite au refus de prise en charge de l'assureur. Sur le marché, la plupart des contrats stipulent qu'il faut que le burn-out soit établi par des éléments objectifs pour être couvert. C'est à l'assuré de prouver son état de santé déficient. Ce qui n'est pas toujours aisé. Ainsi, comment établir l'état de burn-out de l'assuré qui n'est convoqué au-

21 Art. 205 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

près d'un médecin-conseil que des mois après sa demande d'intervention ? A cet effet, il va transmettre des certificats et les rapports établis par les médecins qui l'ont traité. Ces documents sont examinés par les médecins-conseils des assureurs qui vont communiquer leur point de vue en l'argumentant. L'Ombudsman vérifie la pertinence de leur raisonnement. Mais, souvent la prise de décision de l'entreprise d'assurances de couvrir ou de contester la couverture n'est communiquée que tardivement à l'assuré. Entretemps, ce dernier peut être rétabli ou avoir repris ses activités. Comment, au moment de sa guérison, établir par des éléments pertinents et objectifs qu'il a été en état de burn-out ? Dans ces circonstances, quelle est la pertinence de la mise sur pied d'une analyse complémentaire ou d'une expertise médicale amiable ?

Dans les contrats d'assurance collectifs Soins de Santé, certaines discussions surgissent car les bénéficiaires ignorent les conditions des contrats. En effet, l'étendue des couvertures est fixée contractuellement entre l'assureur et leur employeur, souscripteur du contrat. C'est à lui qu'il revient d'informer son personnel sur l'étendue des garanties dont il bénéficie. En pratique, la plupart du temps, l'employeur communique un résumé simplifié des interventions de l'assureur. Cette information incomplète est source de malentendus.

De plus en plus de questions sur la période de couverture avant et après l'hospitalisation

La majorité des contrats couvrant les frais d'hospitalisation prévoient la prise en charge de frais pré- et post-hospitalisation pour une période de respectivement 30 jours avant et 90 jours après. Dans la pratique, en raison du manque de disponibilité dans les hôpitaux pour les interventions chirurgicales, le délai d'attente excède ces périodes contractuelles. Par conséquent, les examens préopératoires interviennent avant le délai de 30 jours précédant l'intervention et sont donc exclus. Sur le plan juridique, l'application stricte de ce délai ne peut être contestée. Mais ces périodes ne correspondent plus, de nos jours, à la réalité. Afin d'éviter cette situation, de plus en plus d'assureurs proposent comme réponse à ce souci de souscrire une couverture des frais ambulatoires pour toute l'année. Mais à quel prix ? Le montant de la prime reste un obstacle[22] !

Les soins dentaires sont couverts. Mais lesquels et pour quel montant ?

L'étendue de la couverture des soins dentaires est souvent méconnue des assurés. Depuis quelques années, de plus en plus de personnes souscrivent un contrat pour couvrir leurs frais dentaires. Sur le marché, les conditions d'intervention prévues par de tels contrats sont très variables. Souvent les assurés ignorent que les contrats prévoient de longues périodes d'attente ou ils perdent de vue l'existence de plafonds d'intervention qui, d'ailleurs, peuvent varier dans le temps. Certains patients font partie des cas malheureux où, malgré une couverture tant Hospitalisation que Soins dentaires, ils ne perçoivent aucun remboursement suite à une intervention chirurgicale dentaire. Pourquoi ? L'assureur Hospitalisation refuse son intervention car il ne s'agit pas d'une maladie et l'assureur Soins Dentaires ne rembourse les frais dentaires qu'en l'absence d'hospitalisation. Face à une telle situation, l'Ombudsman tente en équité de trouver une solution concrète et acceptable pour les différentes parties.

22 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 10.

ASSURANCE VIE

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman a reçu 797 demandes d'intervention en branche Vie. Ce chiffre traduit une augmentation de 7 % qui s'inscrit dans la hausse globale de 2016. La majorité des doléances (73 %) concerne la **Branche 21**. Dans cette branche, les tendances varient selon les produits. En effet, les assurances Funérailles enregistrent une hausse de 79 % qui résulte notamment d'une régularisation administrative opérée avec retard par une entreprise d'assurances qui a changé de système informatique.

Les motifs pour lesquels les assurés s'adressent à l'Ombudsman dans le cadre d'une assurance Vie restent les mêmes que par le passé. En effet, 37 % des dossiers portent sur le montant de la valeur de rachat, de la réserve constituée ou du montant du capital versé. Par ailleurs, près d'un quart des plaintes sont formulées sur les délais de règlement. A cet égard, l'Ombudsman a formulé une recommandation dans son rapport annuel de 2015[24]. Celle-ci a suscité l'intérêt du monde politique[25]. Le ministre compétent s'est engagé à prendre des mesures qui encadrent les délais lors de la liquidation des contrats[26].

Par contre, en assurance Solde restant dû, le nombre des dossiers baisse de 5 % par rapport à 2015, mais, au regard des années antérieures, le nombre de ces réclamations a cependant doublé. Les litiges relatifs à la liquidation, au rachat ou à l'adaptation des contrats font l'objet d'un examen par l'Ombudsman. Mais elle analyse également les cas où le preneur d'assurance rencontre des difficultés à s'assurer en raison de son état de santé si sa demande n'entre pas dans la compétence du Bureau du suivi (de la tarification de l'assurance solde restant dû)[27].

Par ailleurs, l'Ombudsman enregistre de plus en plus de demandes d'intervention en assurance Groupe (+ 45 %).

Répartition assurance Vie	2015	2016
Branche 21	573	582
- Classique / Universal Life	332	333
- Solde restant dû	217	206
- Assurance Funérailles	24	43
Assurance Groupe	80	116
Branche 23	53	58
Garanties complémentaires ACRI/ACRA[23]	27	29
Emprunt hypothécaire	11	11
Branche 26	2	1
Total	**746**	**797**

Sur les 797 demandes reçues, l'Ombudsman a transféré 21 % des requêtes vers les services d'accueil et de gestion de plaintes au sein des entreprises d'assurances et a procédé à une enquête et des négociations dans 455 dossiers (57 %).

Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, le consommateur a obtenu une issue favorable à sa requête dans 52 % des cas.

23 ACRI : assurance complémentaire contre le risque d'invalidité ; ACRA : assurance complémentaire contre le risque d'accident.
24 *Chiffres et Analyse 2015 Ombudsman des assurances*, p. 29.
25 Question n° 1109 de Mr Klaps du 4 novembre 2016, *Q.R.V.A.* 54 100, p. 25.
26 Question n° 7 de Mr Klaps du 11 mai 2016, *C.R.I.V.* 54 COM 417, p. 11.
27 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 11.

ASSURANCE VIE

Trois points sous la loupe

Les modifications législatives sont peu connues par le grand public…

A l'analyse des demandes reçues en 2016, l'Ombudsman relève de nombreux cas où l'origine de l'insatisfaction de l'assuré est l'application d'une législation. Ces dernières années, le contexte législatif de l'assurance Vie a connu de nombreuses modifications sans qu'il ne s'agisse uniquement de législations particulières à la matière. En effet, il y a eu la nouvelle loi relative aux assurances mais aussi la législation spécifique sur les pensions complémentaires, l'arrêté royal Vie ainsi que des adaptations de la législation fiscale. Ces adaptations n'ont pas toujours eu écho auprès du grand public de telle sorte qu'il en découvre les conséquences à l'occasion d'une de ses applications. Inquiet de la correcte exécution de ces dispositions législatives, l'assuré ou le bénéficiaire se tourne vers l'Ombudsman pour recevoir une information pertinente ou tout simplement la confirmation d'un renseignement.

En **Branche 21**, certaines entreprises d'assurances avaient encore, dans leur portefeuille Vie, des contrats qui pouvaient être alimentés par des versements libres auxquels le taux d'intérêt garanti contractuellement était de 4,75 %. Or, depuis le 1er juillet 1999, ce taux n'est plus légalement autorisé et le taux actuel légal fixé par arrêté ministériel est de 2 %[28]. Face au déséquilibre d'un taux de 4,75 % par rapport au contexte des revenus financiers, certaines entreprises d'assurances ont dès 2014 pris des mesures pour corriger la situation. Des assurés mécontents se sont tournés vers l'Ombudsman estimant toujours pouvoir bénéficier de ce taux favorable pour tout nouveau versement. En 2016, le législateur est intervenu pour trancher et écarter les controverses sur le taux d'intérêt applicable[29]. Sur la base de cette nouvelle législation, la clause qui prévoyait un taux garanti de 4,75 % n'est pas valable en ce qu'elle n'est pas conforme à la réglementation sur les conditions tarifaires. Concrètement, cela signifie que jusqu'au 23 mars 2016, le consommateur a droit au taux garanti qui était prévu sur la réserve complète de ses contrats et qui, dans certains cas, était encore fixé à 4,75 %. A partir de cette date, l'entreprise d'assurances peut fixer librement les taux d'intérêt appliqués aux nouveaux versements. Par contre, les versements antérieurs continuent à bénéficier pour le futur du taux d'intérêt maximum, qui était légalement en vigueur à la date de leur versement.

Discordance des règles fiscales et de la législation en assurance Vie

De nombreuses questions portent également sur la fiscalité des contrats d'assurance Vie. Certaines règles fiscales sont en discordance avec la législation en assurance Vie et l'évolution des marchés financiers. Selon la loi fiscale, un rachat dans les huit premières années d'une assurance Vie **Branche 21**, est soumis au précompte mobilier[30]. En 2016, le taux d'imposition a été porté à 27 % et il est de 30 % en 2017 ! De plus, ce taux n'est pas appliqué sur le rendement réel du placement mais sur un rendement fictif de 4,75 % fixé par la loi fiscale. Ce taux de rendement est issu de la période où le taux maximum fixé par la loi était de 4,75 %. Or, actuellement, la loi, qui a suivi l'évolution des rendements financiers, prévoit un taux maximum garanti de 2 %. En pratique, les entreprises d'assurances appliquent même en général un taux garanti inférieur à 1 %. La conséquence de l'application de cette fiscalité, dans de nombreux cas de rachat dans les huit premières années, est une perte d'une partie du montant du capital investi alors que le consommateur voulait le protéger ! Les inquiétudes des entreprises d'assurances sur le développement de leur portefeuille d'assurance Vie peuvent se comprendre lorsqu'il faut ajouter à ces taux d'imposition le taux de 2 % prélevé au départ sur la prime investie par le

28 Art. 24 de l'A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, *M.B.*, 14 novembre 2003 ; A.M. du 22 septembre 2016 fixant le taux d'intérêt maximum de référence pour les opérations d'assurance-vie de longue durée visé à l'article 19 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, *M.B.*, 17 octobre 2016.

29 Art. 724 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, *M.B.*, 23 mars 2016.

30 Art. 19 § 4 Code du 10 avril 1992 des impôts sur les revenus, *M.B.*, 30 juillet 1992.

preneur. Une adaptation législative s'impose afin d'assurer une cohérence entre les diverses dispositions légales et règlementaires et l'évolution du rendement des marchés financiers au risque de voir l'épargnant se détourner de l'assurance Vie.

En **Branche 23**, une nouvelle règlementation du mois de juin 2015 a modifié les classes de risque[31]. L'ancien arrêté royal prévoyait une échelle de 0 à 6. Cette échelle est fixée actuellement de 1 à 7 afin d'être conforme aux critères retenus au niveau européen. En réalité, il n'y a pas un changement fondamental de l'appréciation du risque. Mais des contrats classifiés en risque 2 sont passés en classe 3 ou 4. Ce transfert de classification a engendré un sentiment de panique auprès de certains consommateurs qui se croyaient exposés à un placement devenu plus dangereux.

En assurance Groupe, de plus en plus de demandes d'intervention…

Dans le passé, l'Ombudsman recevait annuellement entre 55 et 80 doléances en matière d'assurance Groupe. En 2016, elle a enregistré 116 demandes. Cette hausse trouve son origine dans les modifications législatives et plus particulièrement dans la loi du 18 décembre 2015 qui a fixé automatiquement la liquidation du contrat d'assurance Groupe au moment où le travailleur prend sa retraite légale. Cette nouvelle disposition s'applique tant aux travailleurs salariés qu'aux contrats de pension complémentaire des indépendants[32].

En réalité, certaines personnes bénéficiant d'une retraite anticipée perçoivent le capital de leur pension complémentaire alors qu'elles n'ont pas atteint l'âge de 65 ans et qu'elles souhaitent profiter des rendements favorables de la structure d'assurance Groupe en maintenant leurs capitaux. Ce problème a d'ailleurs également été soulevé par le groupe de travail de la Commission des Pensions Complémentaires[33].

Des discussions portent également sur les incidences fiscales au moment de la liquidation des prestations en assurance Groupe. Les taux applicables aux capitaux qui sont versés varient en fonction des situations propres des bénéficiaires. En 2014, les taux ont été revus en fonction de l'âge de la mise à la retraite et du nombre d'années d'activité professionnelle. La raison de la hausse des taux est d'inciter les travailleurs à rester plus longtemps actifs professionnellement. La taxation la plus favorable de 10 % est réservée aux travailleurs encore actifs à l'âge de 65 ans. Des discussions portent sur la notion de travailleur actif.

Enfin, les bénéficiaires oublient que le régime de taxation est différent sur les cotisations des employeurs et sur les cotisations des travailleurs.

Depuis le 6 décembre 2016, le site internet officiel « www.mypension.be » reprend, par citoyen, les informations de l'ensemble des assurances complémentaires qui relèvent du second pilier. Certains l'ont déjà consulté et s'adressent à l'Ombudsman constatant que cette banque de données reprend des contrats dont ils n'avaient pas connaissance. Sur cette base, ils ont interrogé les entreprises d'assurances mentionnées qui, à leurs yeux, ne répondent pas de manière convaincante. D'autres sont étonnés que leur assureur interrogé sur la situation acquise de leurs contrats pour 2017 les renvoie à ce site. En réalité, si l'information doit se retrouver sur « www.mypension.be », l'obligation légale d'information annuelle écrite n'est pas pour autant abrogée lorsque l'affilié en fait la demande[34].

31 A.R. du 25 avril 2014 imposant certaines obligations en matière d'information lors de la commercialisation de produits financiers auprès des clients de détail, *M.B.*, 12 juin 2014.

32 Loi du 18 décembre 2015 visant à garantir la pérennité et le caractère social des pensions complémentaires et visant à renforcer le caractère complémentaire par rapport aux pensions de retraite, *M.B.*, 24 décembre 2015.

33 Questions relatives à la loi du 18 décembre 2015, rapport du groupe de travail de la Commission des Pensions Complémentaires du 15 juillet 2016, www.fsma.be/

34 Art. 26 §1 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, *M.B.*, 15 mai 2003 modifié par art. 29 de la loi du 15 mai 2014 portant des disposions diverses, *M.B.*, 19 juin 2014.

L'année 2016 pour les intermédiaires en assurances

03

Un regard sur les chiffres

En 2016, l'Ombudsman a reçu 598 demandes d'intervention. Ce nombre traduit une légère augmentation (+ 3 %) par rapport à 2015. Parmi ces demandes, 8 % ont été renvoyées en première ligne afin de permettre à l'intermédiaire concerné de renouer le dialogue avec son client et de trouver une solution. Par ailleurs, 10 % étaient des demandes d'information.

En 2016, l'Ombudsman a dû envoyer 51 lettres recommandées aux intermédiaires qui ne collaboraient pas à la gestion de la réclamation adressée à leur encontre. Lorsque le conseiller en assurances ne répond pas, l'Ombudsman peut, conformément à la règlementation, compter sur le soutien de l'organisme de contrôle des intermédiaires, la **FSMA**, qui va jusqu'à sanctionner l'intermédiaire récalcitrant en lui retirant l'agrément nécessaire à l'exercice de son activité professionnelle.

+ 3 %

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

2014	2015	2016
570	**580**	**598**

Répartition par branche d'assurance	2015	2016
Auto	133	132
Vie	121	107
Incendie	90	103
Soins de Santé	55	52
Tous Risques (bijoux, GSM, PC, animaux domestiques, …)	27	51
Annulation	44	50
Divers (transport, crédit, non précisé)	36	36
Protection Juridique	33	30
RC diverses	27	25
Assistance	7	6
Individuelle Accidents	5	5
Accidents du Travail	2	1
Total	**580**	**598**

En 2016, les doléances à l'encontre des intermédiaires sont réparties de manière égale entre les opérations de production et la gestion des sinistres. L'Ombudsman est principalement interrogée sur des problèmes liés à un sinistre dans les branches Soins de Santé, Tous Risques (dont 76 % concernent les GSM) et Annulation.

A l'instar des années précédentes, les demandes d'intervention portent essentiellement sur trois branches : Auto, Vie et Incendie. Elles représentent 57 % du total des réclamations à l'encontre des intermédiaires.

En branche Auto, les doléances relèvent essentiellement de la **RC Auto** obligatoire. Bien que la majorité de celles-ci concernent encore la production, celles relatives aux sinistres ont augmenté de 37 %.

La branche Incendie enregistre une légère hausse qui est la conséquence d'un plus grand nombre de dossiers dans la garantie Vol. Suite à un vol, le consommateur se tourne vers l'Ombudsman face au refus d'intervention de l'entreprise d'assurances fondé sur l'absence de couverture. Persuadé d'avoir demandé cette garantie à son intermédiaire, il s'en étonne. Dans d'autres cas, il reproche à son conseiller de ne pas le tenir informé des étapes de la gestion ou du décompte du règlement.

Par contre, la branche Vie comptabilise une légère baisse du nombre des dossiers qui résulte d'un nombre moins élevé de doléances en assurance Solde restant dû (- 42 %).

En assurance Tous Risques GSM, le nombre des dossiers introduits à l'encontre des intermédiaires a plus que triplé. Cette catégorie est influencée par les plaintes introduites à l'encontre d'un seul intermédiaire représentant en Belgique un assureur étranger. En cette qualité, il est chargé tant de la gestion que du règlement des sinistres. Par ailleurs, comme dans les couvertures Annulation Voyage, ces contrats sont souscrits à l'occasion de la vente d'un produit principal et trop peu d'explications sont fournies sur l'étendue de ces garanties accessoires[35].

Parmi les 598 demandes reçues, l'Ombudsman a procédé à une enquête et des négociations dans 456 dossiers (76 %). Parmi ces dossiers instruits et clôturés par l'Ombudsman, la demande du consommateur est justifiée dans 51 % des cas.

Trois points sous la loupe

Plus de contestations en cas de changement d'intermédiaire et sur le montant des commissions

Les organisations du secteur ont mis en place en 2014 une nouvelle procédure pour les cas où le preneur d'assurance souhaite changer de conseiller en assurances. Le document «mandat de placement» utilisé dans le passé est remplacé par un «avis de changement d'intermédiaire». Le but est de faciliter les transferts de gestion et de simplifier les formalités en évitant ainsi de devoir résilier le contrat. Sur la base de cet avis, le contrat est directement enregistré sous le portefeuille du nouvel intermédiaire. En 2016, c'est principalement dans la branche Auto que l'Ombudsman a été saisie de ce type de demandes d'intervention. Les litiges portaient sur la régularité du document, le preneur d'assurance contestait par exemple la validité de la signature.

35 Voir infra p. 37.

Le consommateur s'adresse également à l'Ombudsman car il s'étonne du montant des commissions perçues par l'intermédiaire. Les insatisfactions trouvent, pour la plupart, leur origine dans un manque de transparence sur les coûts et frais du contrat. Ce n'est qu'au moment de la liquidation d'un contrat, d'une modification qu'il les constate… Les dispositions récentes dites «AssurMiFID» prévoient l'obligation d'information sur les coûts et frais pour la fourniture de services d'intermédiation en assurance. Ce renseignement doit être communiqué avant la souscription du contrat ou à tout le moins résumé sur un support durable. Il peut être repris sur le site internet de l'intermédiaire. Si une contestation surgit, c'est à l'intermédiaire de prouver qu'il a rempli son devoir de communication. En 2016, l'Ombudsman a notamment été saisie de discussions sur le montant de la commission en assurance Solde restant dû ainsi que sur l'évolution de la prime liée à une modification de la commission en cours de contrat.

Hausse de 37 % des insatisfactions lors de la gestion d'un accident de circulation

En 2016, l'Ombudsman enregistre une croissance du nombre des demandes d'intervention suite à un sinistre en assurance RC Auto obligatoire. La raison la plus fréquente de l'insatisfaction de l'assuré résulte du manque d'information qu'il reçoit sur les mesures qui sont prises pour régler le sinistre dont il est victime. A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman constate que parfois c'est le consommateur lui-même qui est à l'origine d'un retard du règlement car il omet ou tarde à communiquer les informations nécessaires. Les conclusions des enquêtes montrent d'ailleurs que seulement 35 % des dossiers clôturés sont fondés.

En branche Vie, le consommateur estime que le contrat ne répond pas à ses attentes

La crise financière a mis à jour de nombreux cas où les produits vendus ne répondaient pas aux besoins du consommateur. Actuellement, le consommateur mécontent saisit toujours l'Ombudsman car il estime que le contrat d'assurance Vie qu'il a conclu il y a plusieurs années ne répond pas à ses attentes. En assurance Vie Branche 21, lorsqu'il demande le rachat de son contrat, il est surpris par les incidences fiscales ou frais appliqués qui réduisent le montant du capital qu'il perçoit. L'Ombudsman doit lui rappeler que la législation fiscale prévoit un précompte mobilier dans les cas où le rachat se réalise dans les huit premières années du contrat[36]. Quant aux contestations qui portent sur le montant des frais, l'Ombudsman interroge le plaignant sur les documents qui lui ont été transmis par l'intermédiaire comme la fiche d'information, les conditions générales et les conditions particulières. Ensuite, elle vérifie si les mentions reprises sont suffisamment claires et pertinentes. A l'examen de ces dossiers, l'Ombudsman a conclu que 44 % des dossiers en assurance Vie Branche 21 étaient fondés.

Lorsque le contrat d'assurance Vie est lié à un fonds de placement (Branche 23), le consommateur interroge l'Ombudsman car le rendement promis n'est pas atteint ou car il n'a pas été informé du risque de la perte du montant qu'il a placé ou d'une partie de celui-ci. L'Ombudsman analyse la réclamation en vérifiant d'abord que le profil d'investisseur du consommateur est bien établi. Ensuite, sur base de ce profil que le produit vendu correspond à ses besoins et à ses attentes[37]. Après enquête, seuls 25 % de ces dossiers sont clôturés fondés.

Afin de remédier à ces situations, AssurMiFID est entrée en vigueur, pour les intermédiaires en assurances, le 1er mai 2015[38]. Elle renforce les modalités dans lesquelles un contrat d'assurance Vie doit être vendu et notamment elle préconise l'analyse du profil du candidat assuré. Ce n'est que dans quelques années que l'efficacité de son application pourra être évaluée.

36 Art. 19 §4 Code du 10 avril 1992 des impôts sur les revenus, *M.B.*, 30 juillet 1992.

37 Loi du 22 février 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances, *M.B.*, 15 mars 2006.

38 La loi Twin Peaks II a été partiellement annulée par la Cour constitutionnelle en 2015 (C. Const., 11 juin 2015, n° 86/2015, www.const-court.be). Plus récemment, l'arrêté d'exécution du 21 février 2014 a aussi été partiellement annulé par le Conseil d'Etat de sorte que l'entrée en vigueur a aussi été reportée au 1er mai 2015. (Cons. Etat 14 décembre 2016, n° 236.774, www. Raadvst-consetat.be).

Recommandations

04

Le rapport annuel est un regard sur le passé dont l'analyse permet de tirer des enseignements, source d'inspiration pour orienter des actions. Ces actions s'inscrivent dans la politique de prévention développée par le secteur. Comme il faut éviter la survenance du sinistre, il faut également éviter les malentendus, les insatisfactions.

L'expérience a montré que le suivi des recommandations était, en raison de leur nature et de leur portée, très variable. En effet, certaines peuvent rapidement faire l'objet d'un examen et de conclusions. D'autres, par contre, nécessitent une plus longue période d'observation parce qu'elles sont liées à toute la culture et au mode de penser des acteurs du secteur. Certaines vont nécessiter une intervention du législateur.

Actualiser les formalités pour résilier les contrats !

Depuis plusieurs années, l'Ombudsman reçoit de plus en plus de réclamations qui portent sur la résiliation des contrats d'assurance. Le formalisme prévu par la législation actuelle est source de tensions. En vertu de la loi, les modalités pratiques sont d'une part le respect des délais d'information et d'autre part le suivi de formes de communication. Dans de nombreux cas, les consommateurs ignorent qu'ils doivent envoyer une lettre recommandée[39] à l'entreprise d'assurances et non pas à l'intermédiaire, leur conseiller en assurances[40]. Par ailleurs, le preneur se plaint parfois de ne pas avoir reçu le recommandé de résiliation qui lui a été envoyé par l'entreprise d'assurances.

A l'heure actuelle, la digitalisation est un moyen de plus en plus utilisé pour communiquer des documents. Une nouvelle législation a été adoptée récemment pour fixer un cadre juridique à la signature électronique, à l'archivage électronique, au recommandé électronique et même à encourager les transactions électroniques[41]. Ainsi on peut se demander si le formalisme prévu par la loi relative aux assurances en cas de résiliation n'est pas devenu trop lourd, s'il est encore logique d'exiger qu'un contrat d'assurance souscrit par le canal d'internet soit résilié par l'envoi d'un pli recommandé papier…

Dans ce contexte d'évolution des moyens de communication, la lettre recommandée n'est plus le moyen le plus adéquat et efficace pour informer l'autre partie au contrat de sa volonté de le résilier.

Il faudrait que les modalités existantes évoluent tout en garantissant la sécurité juridique.

La **Commission des Assurances** a été saisie de la question et a émis deux avis circonstanciés[42].

39 Ou recourir à un exploit d'huissier ou à la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

40 Voir aussi *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 15.

41 Loi du 21 juillet 2016 mettant en œuvre et complétant le règlement (UE) n° 910/2014 du parlement européen et du conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE, portant insertion du titre 2 dans le livre XII « Droit de l'économie électronique » du Code de droit économique et portant insertion des définitions propres au titre 2 du livre XII et des dispositions d'application de la loi propres au titre 2 du livre XII, dans les livres I, XV et XVII du Code de droit économique, *M.B.*, 28 septembre 2016.

42 Commission des Assurances, Avis sur le projet de loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances en vue de l'adapter à la digitalisation des opérations, 10 novembre 2016, DOC C/2016/8 et Commission des Assurances, Avis sur la réglementation relative aux assurances en vue d'améliorer la digitalisation des opérations, 22 février 2017, DOC C/2016/10, www.fsma.be/

Recommandation de l'Ombudsman

Le nombre de discussions sur la forme des résiliations conduit à demander une adaptation rapide de la législation en vigueur en fonction de l'évolution des moyens de communication tout en préservant la sécurité sur le plan du droit. Les enjeux économiques en toile de fond ne peuvent justifier le maintien d'un rigorisme excessif.

L'Ombudsman recommande la reconnaissance d'un mode de résiliation actualisé moins contraignant et moins coûteux que le pli recommandé envoyé par la poste. L'usage de moyens de communication modernes (la digitalisation, les informations et communications sur les sites internet…) devrait offrir une alternative présentant une valeur probante équivalente. Afin de préserver la sécurité juridique, il est nécessaire de pouvoir identifier incontestablement l'expéditeur et le destinataire, le contenu du message et la date de la communication.

A cet effet, l'Ombudsman relève différentes pistes telles qu'une révision de la loi, l'élaboration d'un code de bonne conduite, l'adaptation de la convention relative à la résiliation conclue par de nombreuses entreprises d'assurances… [43]

De surcroît, ces méthodes permettraient de résoudre d'autres problèmes liés à la résiliation comme le changement d'adresse du preneur non signalé à son assureur ou l'envoi par le preneur d'un renon à un siège régional ou à une ancienne adresse de l'entreprise d'assurances.

Si une large partie de la population maîtrise à suffisance les outils informatiques nécessaires, il faut cependant maintenir, ne fusse que de manière transitoire, la possibilité d'opter pour une formule papier pour répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent disposer des moyens électroniques ou les utiliser.

43 Convention « Lettres de renon et/ou de coassurance », www.assuralia.be/

Tout vendeur d'une couverture d'assurance doit avoir les qualités professionnelles requises !

Ces dernières années, l'Ombudsman constate une augmentation des réclamations à l'encontre des assurances Annulation Voyage et Tous Risques. En 2016, l'Ombudsman a enregistré, plus particulièrement à l'encontre des intermédiaires pour les assurances Tous Risques GSM, une croissance exponentielle de dossiers.

Les assurances Voyage sont souvent souscrites via internet ou par le canal d'une agence de voyage. Quant aux couvertures Tous Risques GSM, smartphones ou tablettes, elles sont proposées par les vendeurs au moment de la vente de l'appareil. Le législateur a considéré qu'agissant de la sorte, les vendeurs d'un tel produit d'assurance n'étaient pas des intermédiaires en assurances car il ne s'agissait que d'un complément au produit principal[44]. N'étant pas considérés comme des professionnels de l'assurance, ils ne sont soumis à aucune des exigences imposées aux intermédiaires en assurances. Ainsi, les règles en matière de connaissances, d'inscription, de responsabilité professionnelle, de devoir d'analyse des besoins et de conseils… ne leur sont pas applicables.

Cette approche renforce l'attitude spontanée où le vendeur, principalement chargé de la vente d'un voyage ou d'un smartphone concentre ses explications sur le produit principal sans s'attarder en fin d'entretien sur le produit complémentaire qu'il propose avec un certain automatisme. Il le présente comme un bonus supplémentaire c'est-à-dire une protection contre des incidents possibles. Fort de cette couverture, le consommateur pense être largement couvert contre toutes sortes d'évènements. En réalité, ce n'est qu'au moment où il est confronté à un sinistre qu'il va se rendre compte de l'étendue des couvertures. Souvent, il est déçu car se basant sur les promesses d'intervention formulées par les vendeurs, il s'imaginait bénéficier de plus larges couvertures. Malheureusement, elles sont en général communiquées verbalement[45].

Recommandation de l'Ombudsman

Afin d'éviter ce type de réclamations, l'Ombudsman recommande qu'un « level playing field » soit établi au sein du marché entre tous les vendeurs d'assurances. Ce nivellement implique que les distributeurs d'assurances Annulation et Tous Risques GSM, smartphones soient soumis aux mêmes conditions lors de la phase précontractuelle de vente, principalement pour l'analyse des besoins des consommateurs et la remise d'une fiche d'information sur le produit vendu. Par ailleurs, il faudrait que ces vendeurs disposent d'une connaissance de base en assurance. De même, si le produit est vendu via internet, il faudrait un passage obligé par un formulaire reprenant certaines questions avant la conclusion du contrat.

Pour le 23 février 2018 au plus tard, la directive européenne relative à la distribution en assurance doit être traduite en droit belge[46]. Ne serait-ce pas l'occasion d'insérer dans ces dispositions une correction législative qui encadrerait la situation actuelle des distributeurs d'assurances non professionnels ?

44 Art. 258 2° e de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

45 Voir *Astuces 2016 Ombudsman des Assurances*, n° 13 et n° 14.

46 Art. 42 de la Directive (CE) n° 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, *J.O.C.E.*, L.26, du 2 février 2016, p. 19.

Réseaux

Dans le monde :

- The INFO Network (International Network Financial services Ombudsman Schemes)

www.networkfso.org

En Europe :

- Réseau FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)

www.ec.europa.eu/fin-net

- Règlement en ligne des litiges de la Commission européenne

www.ec.europa.eu/odr

En Belgique :

- CPMO (Concertation permanente des Médiateurs et Ombudsmans)

www.ombudsman.be

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

www.belmed.fgov.be

- Service de médiation pour le consommateur
  North Gate II – Boulevard du Roi Albert II, 16 – 1000 Bruxelles

www.mediationconsommateur.be

L'équipe de l'Ombudsman

▶ Ombudsman :

Josette Van Elderen

▶ Conseillers :

Magali André
02/547 57 80

Hans Claes
02/547 58 73

Patricia De Jaegher
02/547 58 72

Céline Paque
02/547 58 69

Nathalie Peetroons
02/547 58 74

Sylvie Scheerlinck
02/547 58 76

Guido Schmitz
02/547 58 68

Roselinde Sneyers
02/547 58 75

Vincent Théate
02/547 58 79

Marie Vermeiren
02/547 57 79

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

Siemon Crosiers
02/547 57 70

Hervé Voglaire Sanchez
02/547 57 71

▶ Secrétariat :

Valérie Saussez
02/547 58 71

Françoise Vanhee
02/547 58 77

Informations générales : Budget et Délais

Budget du Service Ombudsman Assurances

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

Conformément à l'article 11 des statuts de l'asbl, le budget des frais de fonctionnement du Service pour l'exercice de l'ensemble de ses missions est approuvé annuellement par l'Assemblée Générale[47]. Le Conseil d'Administration fixe le montant ainsi que le mode de la répartition des cotisations entre les membres et les adhérents.

Le budget global pour 2017 s'élève à 1 727 374 euros. Il est divisé en deux catégories :

Dépenses de personnel :	1 360 000 euros
Dépenses de fonctionnement :	367 374 euros

Les comptes annuels sont approuvés chaque année par le réviseur d'entreprise et sont publiés, conformément à la législation, à la Banque nationale de Belgique sous le numéro d'entreprise 0884.072.054[48].

Délais de gestion

La nouvelle loi relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation instaure des délais stricts[49]. Sur cette base, les conclusions de l'examen doivent être rendues dans un délai de 90 jours. Lorsque le dossier est complexe, ce délai peut être prolongé une seule fois pour une durée équivalente et le délai de gestion total est donc de 180 jours.

Le 1er février 2017, le Service Ombudsman Assurances a clôturé 5 384 dossiers parmi les 5 604 dossiers reçus. En 2016, le délai moyen pour traiter un dossier, qui a fait l'objet d'une enquête, s'élève à 62 jours alors qu'en 2015 il était de 81 jours. L'accent mis dans la gestion quotidienne de l'équipe sur l'importance du respect des délais porte ses fruits.

47 www.ombudsman.as/

48 http://cri.nbb.be/bc9/web/catalog?execution=e1s1/

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

Glossaire

- **Assuralia :** Union professionnelle des entreprises d'assurance, autrefois UPEA.
- **AssurMiFID :** Lois des 30 et 31 juillet 2013 visant à renforcer la protection des utilisateurs de produits et services financiers ainsi que les compétences de l'Autorité des services et marchés financiers, et portant des dispositions diverses, *M.B.*, 30 août 2013 et leurs arrêtés royaux d'exécution. Cette législation est également appelée « Twin Peaks II ».
- **Branche 21 :** Assurance Vie prévoyant un capital ou rendement garanti en cas de décès ou au terme du contrat.
- **Branche 23 :** Assurance Vie liée à des fonds d'investissement sans garantie du capital investi.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Fedris :** L'agence fédérale des risques professionnels veillant au respect des droits des victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle. Elle reprend, depuis le 1er janvier 2017 toutes les missions de l'ancien Fonds des accidents du travail et de l'ancien Fonds des maladies professionnelles.
- **FSMA :** Autorité des services et marchés financiers, autrefois CBFA. Autorité belge chargée, notamment, de veiller sur les marchés financiers et au traitement loyal du consommateur financier.
- **RC Auto :** Assurance obligatoire couvrant la responsabilité liée à la mise en circulation de véhicules automoteurs.
- **RC Vie privée :** Assurance qui couvre la responsabilité civile extracontractuelle relative à la vie privée, appelée également RC Familiale.
- **RSR :** Risques Spéciaux/Speciale Risico's, fichier géré par **Datassur**.
- **SMA :** Société mutualiste d'assurance. Ces sociétés ont été créées car, depuis le 1er janvier 2012, les assurances Hospitalisation complémentaires ne peuvent plus être proposées par les mutualités. Celles-ci interviennent depuis lors comme intermédiaires en assurances pour les SMA.
- **Universal Life :** Assurance vie flexible dans laquelle le preneur d'assurance dispose de la liberté de verser la prime qu'il veut, quand il veut et dans laquelle le taux d'intérêt n'est pas garanti pour les primes futures.

Comment introduire une demande d'intervention ?

Il faut un écrit qui peut être transmis :

- soit directement
  - par le formulaire de plainte du site www.ombudsman.as/
  - par courriel à info@ombudsman.as
  - par lettre adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles
  - par fax au 02/547 59 75
- soit par Belmed, le guichet unique du SPF Economie :
  - www.belmed.fgov.be/

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Square de Meeûs, 35
B - 1000 Bruxelles
Tél : 02/547 58 71 - Fax : 02/547 59 75
info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

Ce rapport 2016 est également disponible en format PDF sur le site www.ombudsman.as/
Een Nederlandstalige gedrukte versie van dit jaarverslag is op eenvoudig verzoek verkrijgbaar.

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

D/2017/0377-3

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