



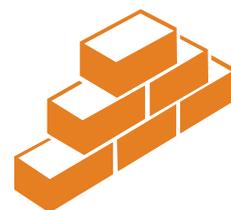
---

## Rapport annuel 2018

---

“ The secret of change is to focus  
all of your energy,  
not on fighting the old,  
but on building the new ”

Socrates



## PRÉFACE

---

Après 23 années fructueuses, Madame Josette Van Elderen a pris une retraite bien méritée en tant qu'Ombudsman des Assurances le 31 août 2018. Au cours de cette longue période, elle a façonné cette fonction comme nulle autre et défendu avec succès les principes stricts de la médiation impartiale au sein du service Ombudsman. Le secteur dans son ensemble lui en est reconnaissant.

C'est avec beaucoup d'enthousiasme et dans un esprit de continuité que j'ai repris cette fonction en novembre 2018.

Ce changement n'est pas le seul auquel devra faire face le service Ombudsman les prochaines années. Le secteur de l'assurance est en constante évolution, que ce soit à travers la digitalisation, l'incidence de nouvelles réglementations nationales et européennes ou au niveau des attentes du consommateur.

Le thème du changement se retrouve également dans les chiffres du rapport de l'Ombudsman de cette année. En effet, il est parfois source d'incompréhension et de mécontentement pour le consommateur. Un déménagement peut ainsi avoir des conséquences notamment sur l'assurance soins de santé. Changer d'entreprise d'assurances ou d'intermédiaire peut aussi entraîner des modifications au niveau de l'étendue des services et des produits.

Le changement au niveau des systèmes informatiques, tant auprès de certaines entreprises d'assurances qu'auprès d'intermédiaires, entraîne également son lot de maladies de jeunesse. Les conséquences en sont des retards de gestion et des communications parfois défailtantes.

Il va de soi que dans une matière aussi spécifique que l'assurance, la communication est fondamentale. La plupart des demandes que reçoit l'Ombudsman ont pour origine une communication déficiente.

Le rôle de l'Ombudsman est dès lors avant tout d'informer, de clarifier et, de cette manière, de rétablir la communication entre le consommateur et l'entreprise d'assurances.

Nous vous souhaitons une excellente lecture du présent rapport et espérons qu'il sera riche en enseignements utiles dans cette période d'évolution et de changement.

Laurent de Barys  
Ombudsman

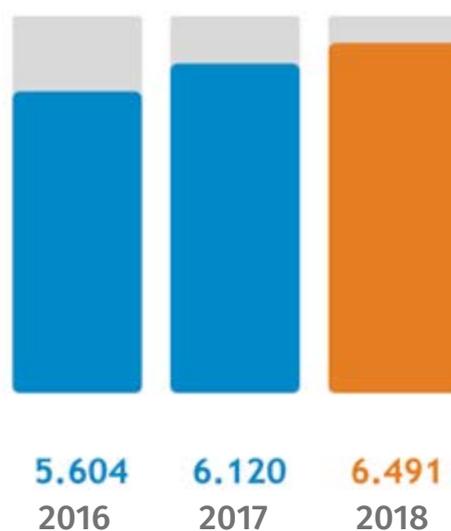


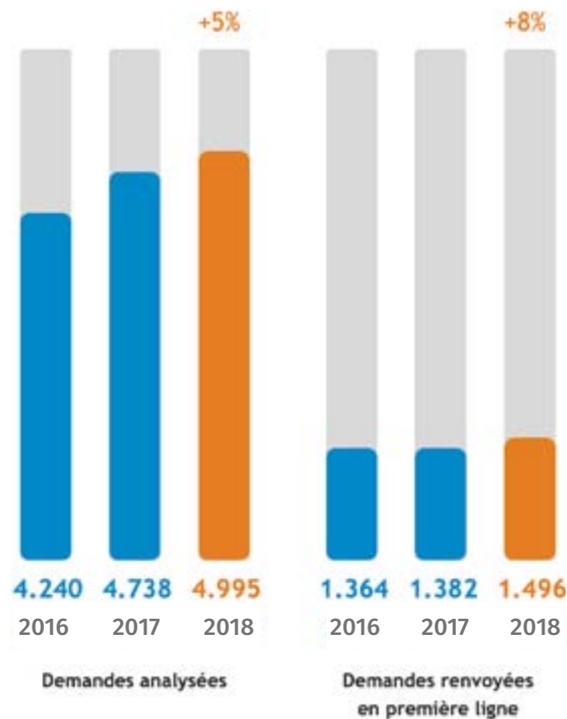
## 2. CHIFFRES-CLÉS

---

### Evolution des demandes d'intervention

6.491 demandes d'intervention, une croissance de 6 %





Total 2016 = 5.604

Total 2017 = 6.120

Total 2018 = 6.491

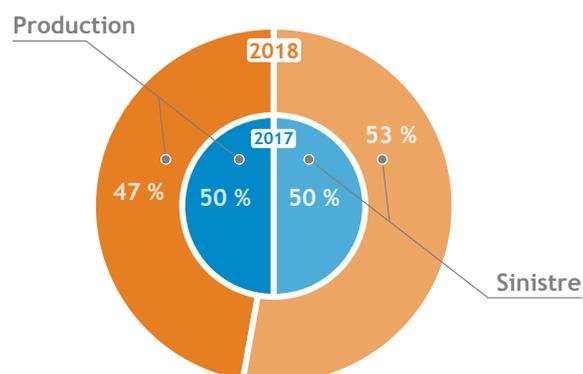
## Une croissance de 6 % du nombre des demandes

En 2018, l’Ombudsman a connu une hausse de 6 % des demandes d’intervention. Cette augmentation est principalement due aux mécontentements plus fréquents concernant l’exécution des contrats et surtout les délais y afférents.

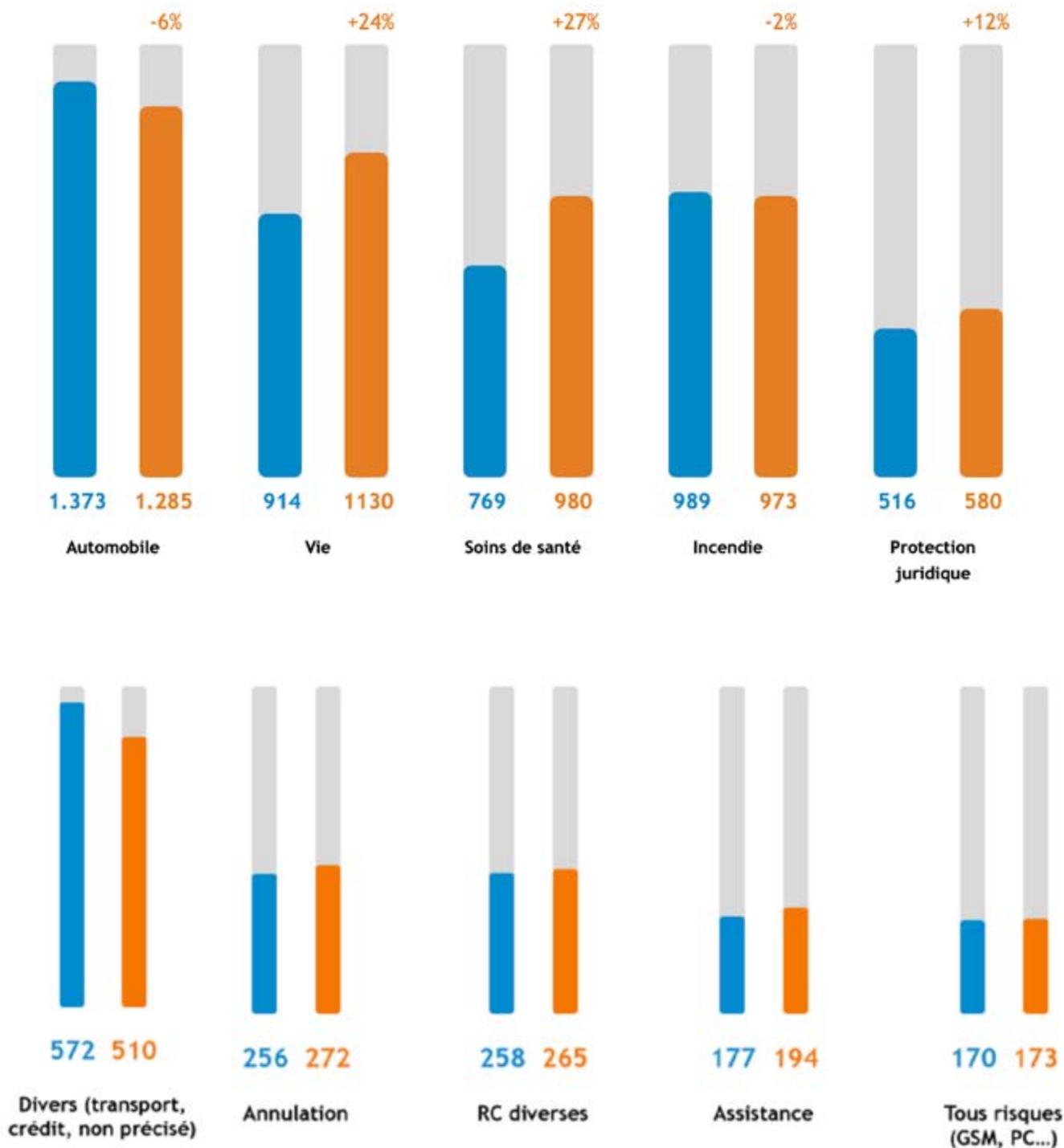
## 23 % des demandes sont renvoyées en première ligne

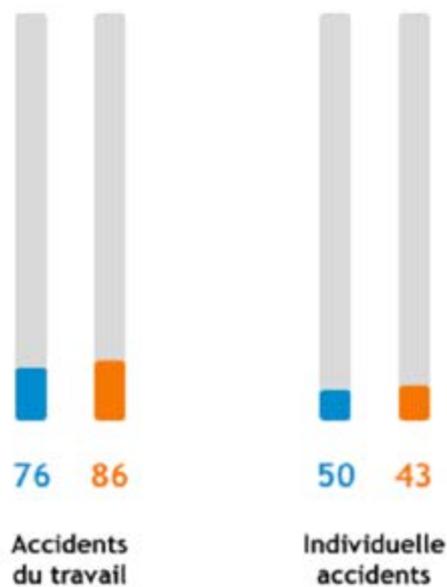
A côté des demandes écrites, l’Ombudsman a également pu aider le consommateur téléphoniquement dans de nombreux cas, soit directement, soit en le renvoyant « en première ligne » vers les services d’accueil de plaintes internes des entreprises et intermédiaires en assurances.

## Type des demandes d’intervention



## Demandes d'intervention à travers les branches



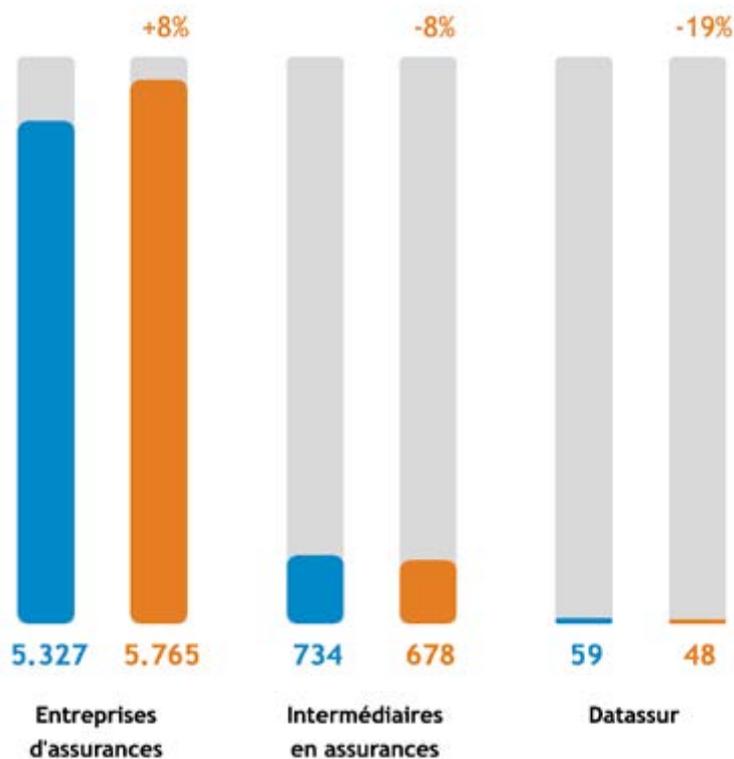


Total 2017 = 6.120

Total 2018 = 6.491

- Un quart de demandes d'intervention en plus en assurances soins de santé et vie dû principalement aux longs délais de règlement
- Une diminution des réclamations dans les branches traditionnelles (auto et incendie)
- L'assurance protection juridique particulièrement touchée par les insatisfactions concernant la communication

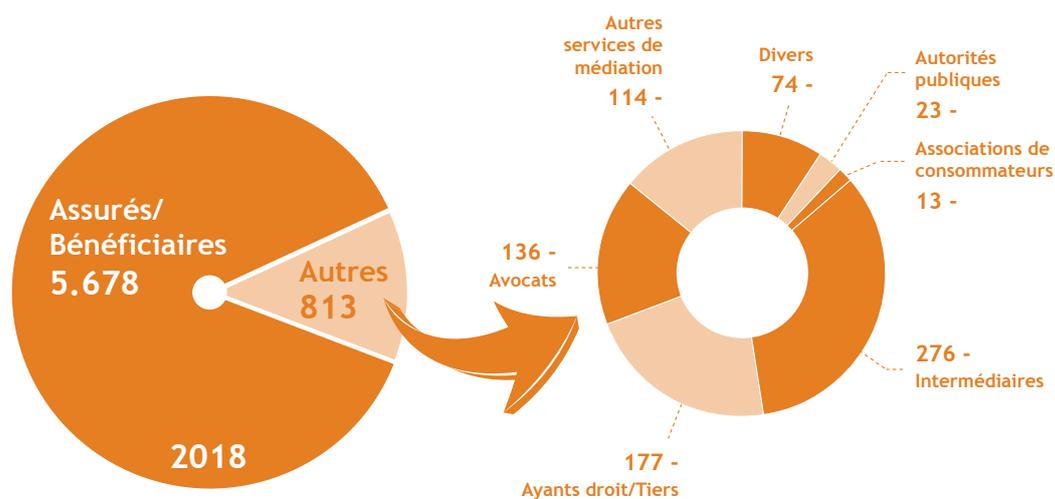
## Répartition entre les acteurs du secteur



Total 2017 = 6.120

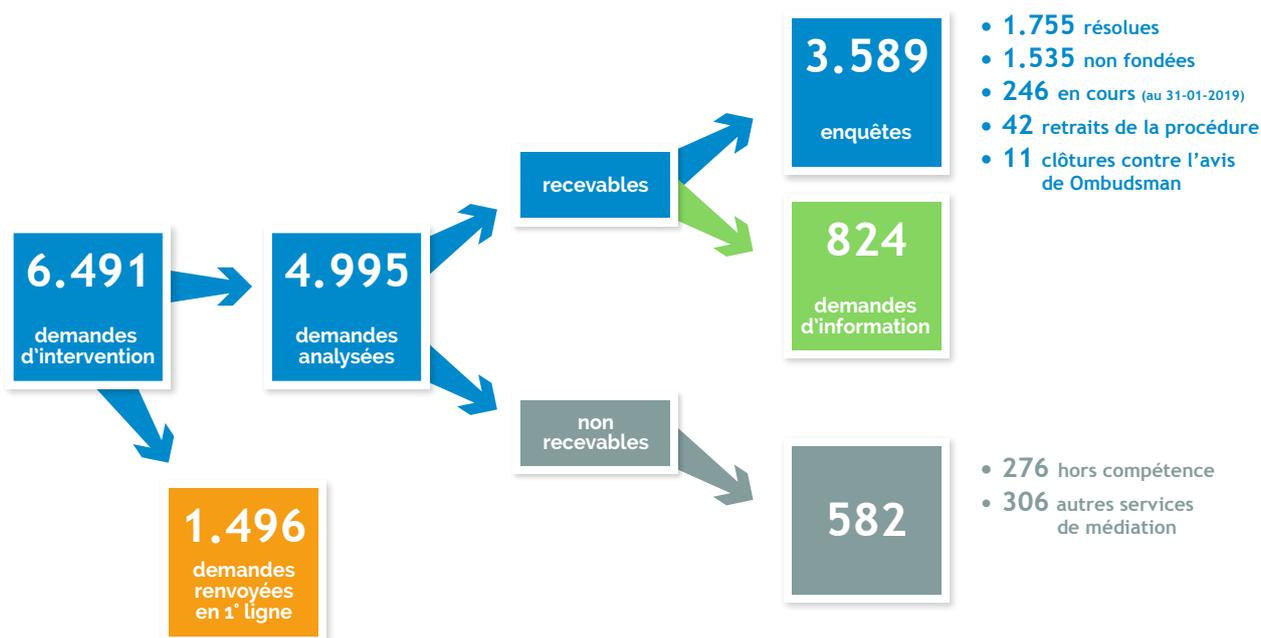
Total 2018 = 6.491

## Provenance des demandes d'intervention



- La majorité des demandes d'intervention proviennent des assurés (87 %).
- Les réclamations introduites par des tiers sont en augmentation (+ 15 %).

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Sur les 6.491 demandes d'intervention enregistrées en 2018, l'Ombudsman en a examiné 3.589 dont 3.343 sont clôturées au 1<sup>er</sup> février 2019. **Dans 52 % des cas analysés, le consommateur a obtenu une solution.** Ce chiffre, en légère augmentation par rapport aux années précédentes, s'explique par les nombreuses demandes liées aux retards de gestion qui ont pu être résolues rapidement.

Dans 1.535 dossiers, la demande n'est pas fondée. Une explication claire et précise est alors donnée au consommateur.

L'Ombudsman a redirigé le consommateur, dans 1.496 cas (23 %), vers les services de plaintes des entreprises d'assurances et des intermédiaires et, dans 306 cas, vers un autre service de médiation.

276 demandes (4 %) échappent à la compétence de l'Ombudsman.

Le consommateur s'est adressé dans 824 cas (13 %) à l'Ombudsman pour des renseignements et informations, ce qui représente une hausse de 14 % par rapport à 2017. Grâce à l'avis neutre et objectif donné par l'Ombudsman, ces demandes n'ont pas abouti à des plaintes.

246 dossiers de 2018 (4 %) étaient encore en cours de négociation en date du 1<sup>er</sup> février 2019.

Finalement, seuls 11 dossiers (< 1 %) ont été clôturés contre l'avis de l'Ombudsman.

### Les délais, principale source de tension

Plus d'une demande sur quatre (28 %) porte sur les délais de gestion et de réponse. L'Ombudsman a surtout constaté **une augmentation en assurances vie et soins de santé.**

Les réclamations relatives aux délais s'expliquent entre autres par un manque de personnel dans les entreprises d'assurances et par les difficultés rencontrées par celles-ci au niveau du recrutement. Elles proviennent également de l'intégration ou de l'adaptation de systèmes informatiques. Enfin, les reprises et rachats d'entreprises d'assurances par d'autres, la cessation d'activités et l'arrêt de vente de certains produits sont aussi source de problèmes organisationnels.

A l'ère du digital, le consommateur s'attend, de son côté, à recevoir une réponse plus rapide. Il tolère moins les délais d'attente et retards de gestion.

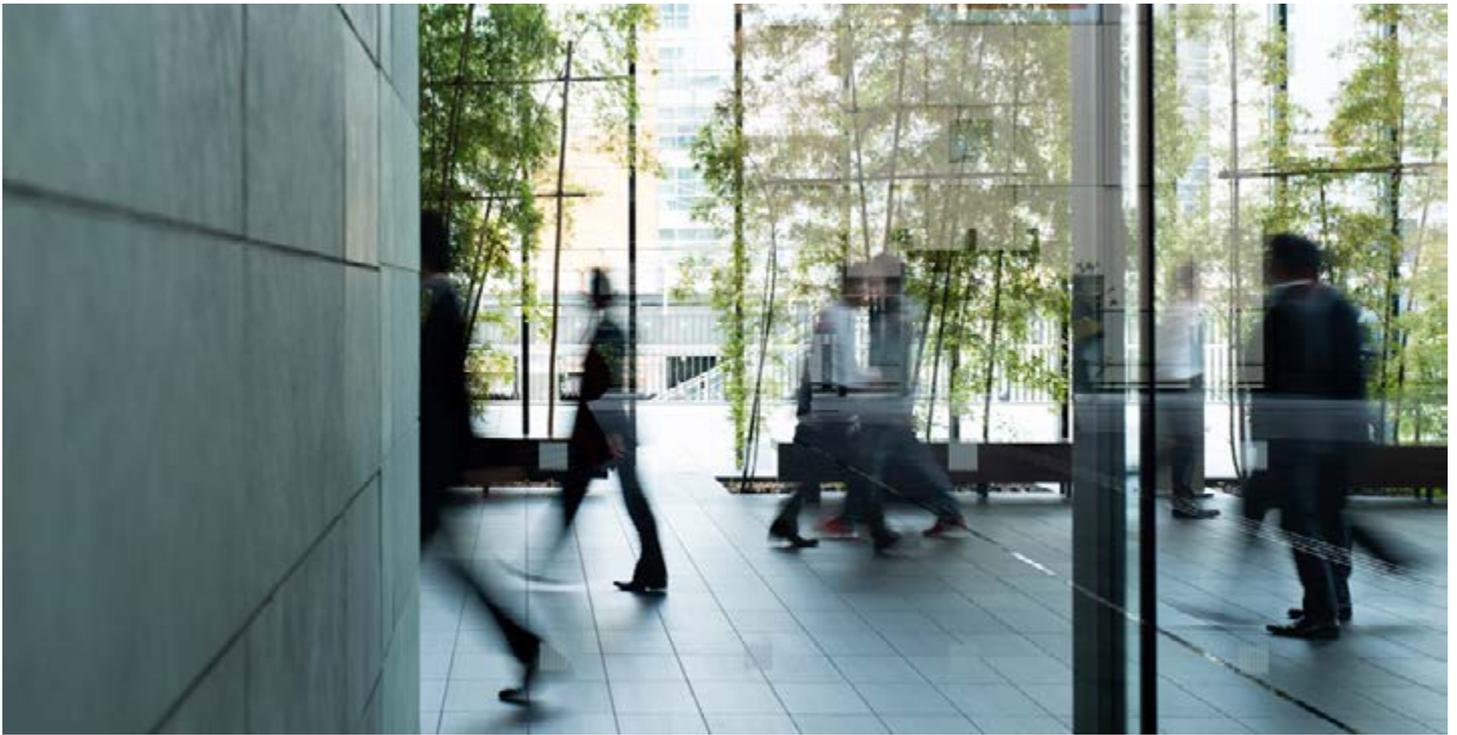
## La relation tripartite entre le consommateur, l'intermédiaire et l'entreprise d'assurances

Une bonne communication et une information claire sont essentielles dans un secteur aussi spécifique et technique que celui de l'assurance. Dans la relation intermédiaire-client-compagnie, il n'est pas toujours évident de **savoir quelle tâche incombe à quelle partie.**

L'Ombudsman constate que cette question est souvent au cœur des demandes d'intervention. Le preneur d'assurance n'est, par exemple, pas toujours informé du précompte mobilier à prélever lors de la liquidation d'un contrat d'assurance vie branche 21 durant les huit premières années. Est-ce à l'entreprise d'assurances de l'en avertir avant de verser le montant du rachat ou à l'intermédiaire de le mettre en garde ?

Un autre exemple de la problématique de la communication se situe au niveau des expertises et contre-expertises. Est-ce à l'intermédiaire ou à l'entreprise d'informer l'assuré à propos du déroulement et de l'étendue de celles-ci ?

Des accords clairs entre les entreprises et leurs canaux de distribution permettraient de limiter ces difficultés.

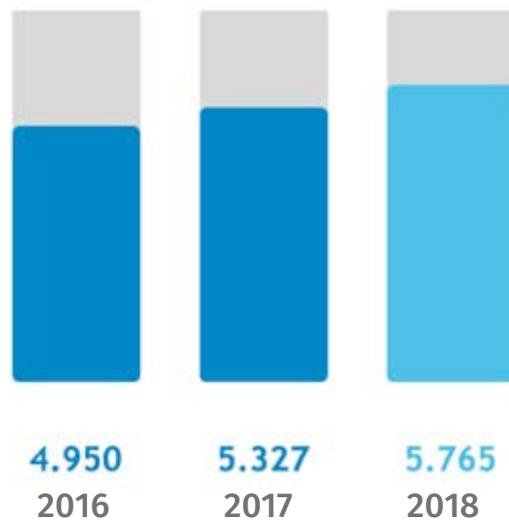


## 2. ENTREPRISES D'ASSURANCES

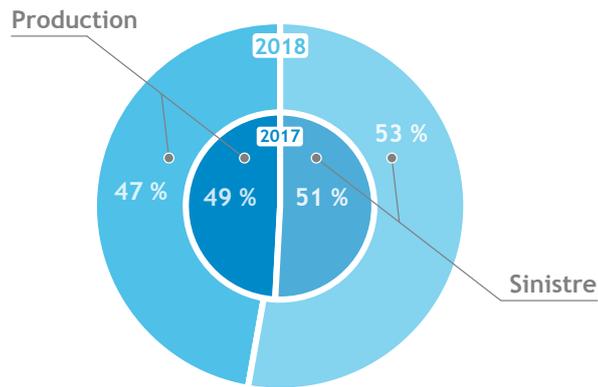
---

### Evolution des demandes d'intervention

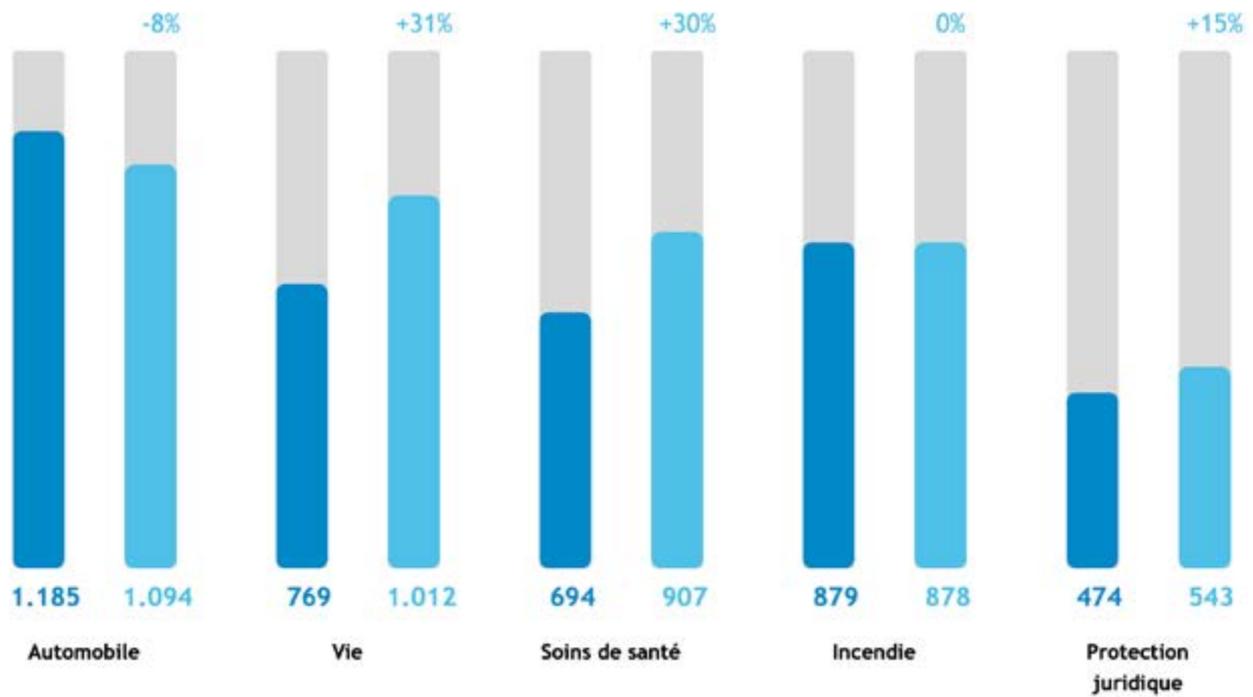
5.765 demandes d'intervention, une croissance de 8 %

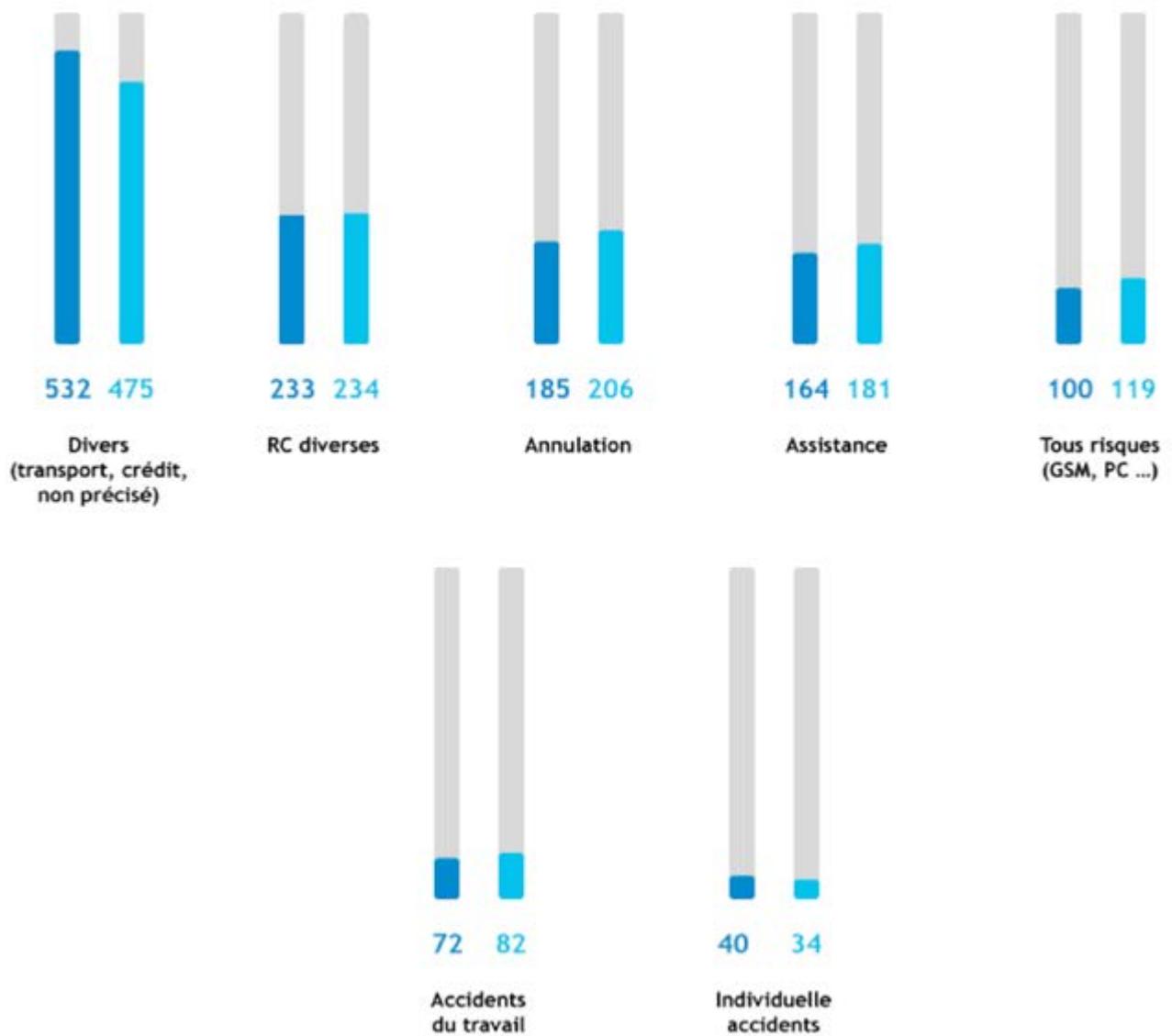


## Type des demandes d'intervention



## Répartition par branche d'assurance





Total 2017 = 5.327

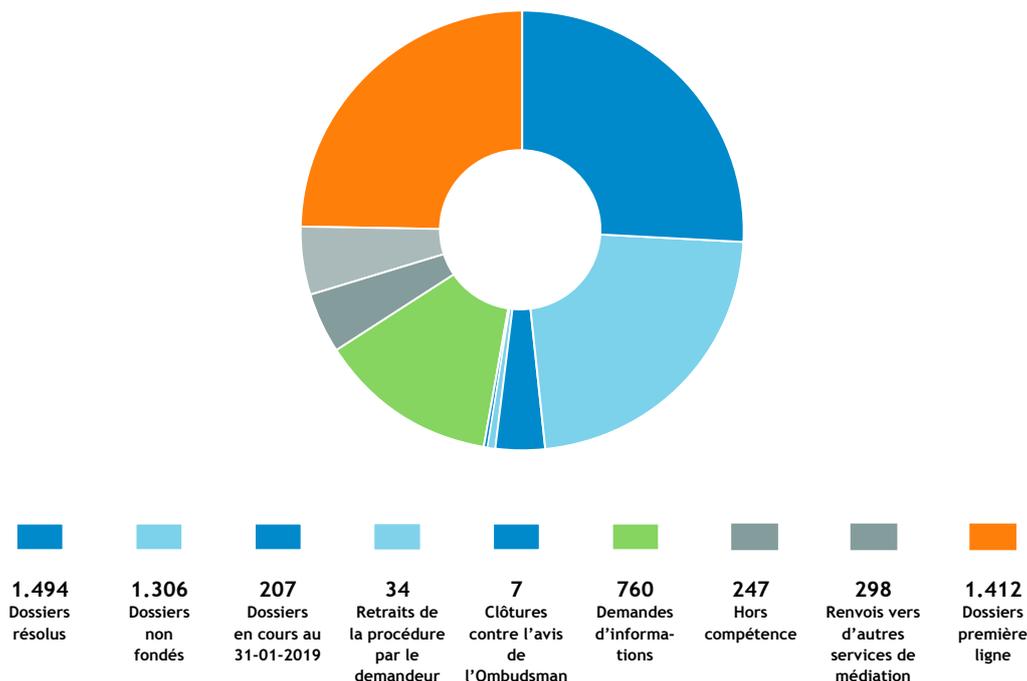
Total 2018 = 5.765

## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et retards trop importants (29 %)
- La résiliation du contrat (12 %)

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



2.841 dossiers ont été examinés et clôturés par l'Ombudsman en date du 1<sup>er</sup> février 2019. **Dans 53 % des cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le demandeur vers la première ligne dans 1.412 cas (24 %).

92 % de l'ensemble des demandes de renseignements concernent les entreprises d'assurances.

### Le consommateur se perd dans l'administration des assurances

Diverses situations sont source de mécontentement :

- Lorsque l'entreprise d'assurances **modifie les conditions contractuelles**, se pose la question de l'information et de l'acceptation par le preneur d'assurance. Dans certains cas, les modifications ne sont communiquées que de façon peu précise.
- Les multiples **formalités administratives liées à la résiliation** sont perçues comme complexes. Le preneur d'assurance qui omet de mentionner l'augmentation tarifaire comme motif de résiliation se voit refuser la résiliation immédiate par l'entreprise d'assurances. Cette situation mérite une approche plus flexible de la part des assureurs.

En outre, le preneur d'assurance oublie souvent que l'indexation de la prime ne constitue pas une hausse tarifaire qui permet la résiliation immédiate du contrat.

Enfin, l'Ombudsman constate que certaines entreprises offrent à leurs clients la possibilité de résilier un contrat via une application en ligne. L'équilibre entre le formalisme appliqué aux résiliations classiques et cette nouvelle faculté n'est pas facile à trouver.

- Les implications d'un **changement d'adresse** sont souvent méconnues par l'assuré. Pour certains types d'assurance, la localisation du risque est déterminante dans l'évaluation de ce risque par l'assureur. Ceci est évident pour l'assurance incendie mais a également un impact en assurances auto et soins de santé. Si le déménagement de l'assuré entraîne une augmentation de la prime, le preneur devrait pouvoir résilier son contrat sans être tenu jusqu'à l'échéance annuelle suivante, ce qui est parfois refusé.

## L'expert, visage de l'entreprise d'assurances

A l'instar des années précédentes, de nombreux consommateurs ont saisi l'Ombudsman pour lui faire part de leur **expérience négative au cours des expertises**. Ceci ressort tant des doléances dirigées directement à l'encontre des experts que des demandes sur le refus d'intervention ou sur le montant d'indemnité, dont l'expertise est un élément clé. Bien que la perception du déroulement de l'expertise et de l'attitude de l'expert soit subjective, force est de constater que celle-ci est fréquemment critiquée.

Certains assurés estiment être démunis face à l'expert. Cela découle principalement du fait qu'ils ne sont généralement pas assistés d'un expert personnel mais aussi du fait qu'ils ne reçoivent pas de copie du rapport d'expertise. Les conclusions de l'expert s'imposent donc et peuvent difficilement être contestées par le consommateur. Ceci est particulièrement le cas si ce dernier a signé le procès-verbal d'estimation des dommages.

Il ressort des demandes d'intervention reçues que les assurés ne sont pas suffisamment informés quant à la finalité de la mission des experts et inspecteurs représentant les compagnies. La jurisprudence tend par ailleurs à aller dans ce sens.

En ce qui concerne les **expertises automobiles**, l'Ombudsman constate que de nombreuses notions ne sont pas clairement communiquées par l'expert à l'assuré. Le consommateur ne perçoit pas exactement les concepts de valeur avant sinistre, valeur catalogue, perte totale économique... Il serait souhaitable que ces termes soient expliqués à l'assuré lors de l'expertise et non par la suite lorsqu'un montant a déjà été fixé. Une meilleure communication lors de l'expertise pourrait en effet éviter un grand nombre de frustrations inutiles.

Finalement, les **expertises médicales** restent un sujet très sensible pour le consommateur. Elles se font de plus en plus sur la base des dossiers sans avoir de contact physique avec l'assuré. Cela est particulièrement visible dans les cas de burn-out. Les décisions prises via une procédure écrite génèrent une certaine frustration chez l'assuré qui estime n'avoir pas pu être entendu.

Par ailleurs, diverses réclamations concernent l'attitude des médecins-conseil lors des examens. Certains plaignants estiment que ces examens sont effectués de façon superficielle, sans écoute et de manière peu chaleureuse.

Les entreprises d'assurances ne devraient pas hésiter à investir dans le bon déroulement des expertises. En effet, le médecin-conseil, l'expert et l'inspecteur sont souvent l'unique visage de l'entreprise d'assurances.

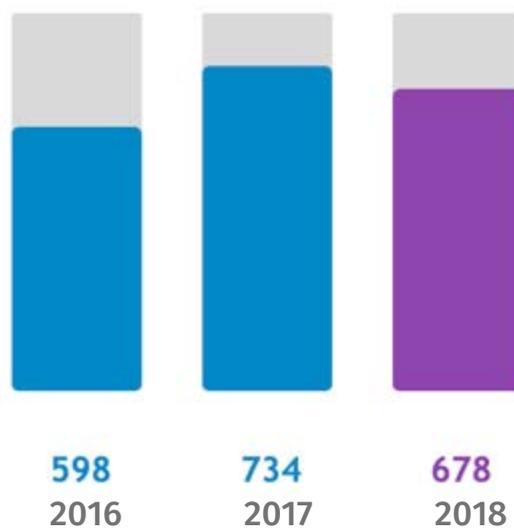


### 3. INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

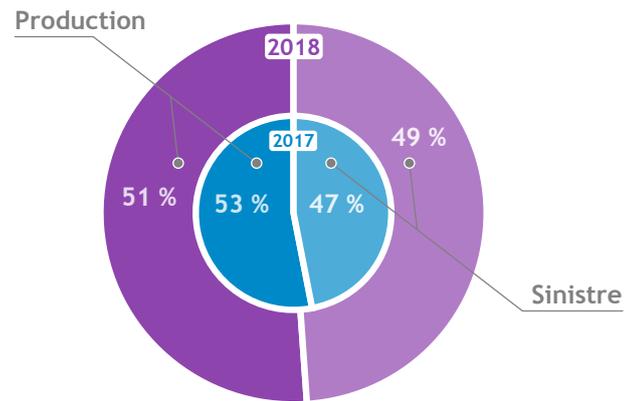
---

#### Evolution des demandes d'intervention

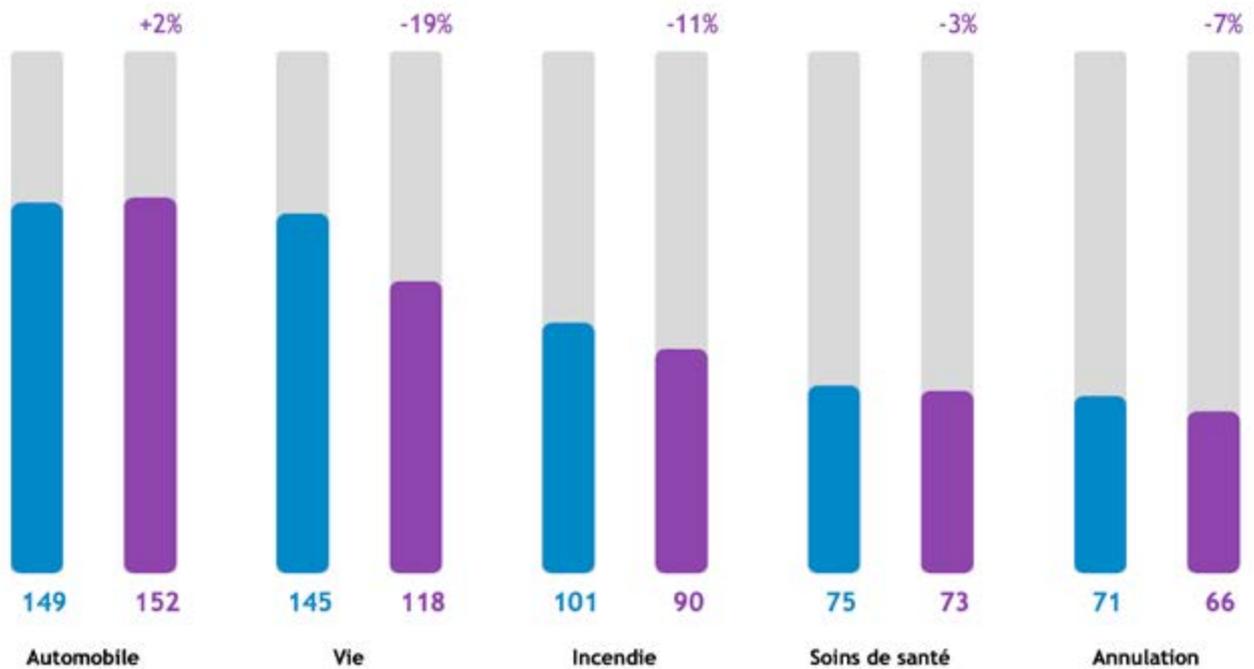
678 demandes d'intervention, une diminution de 8 %

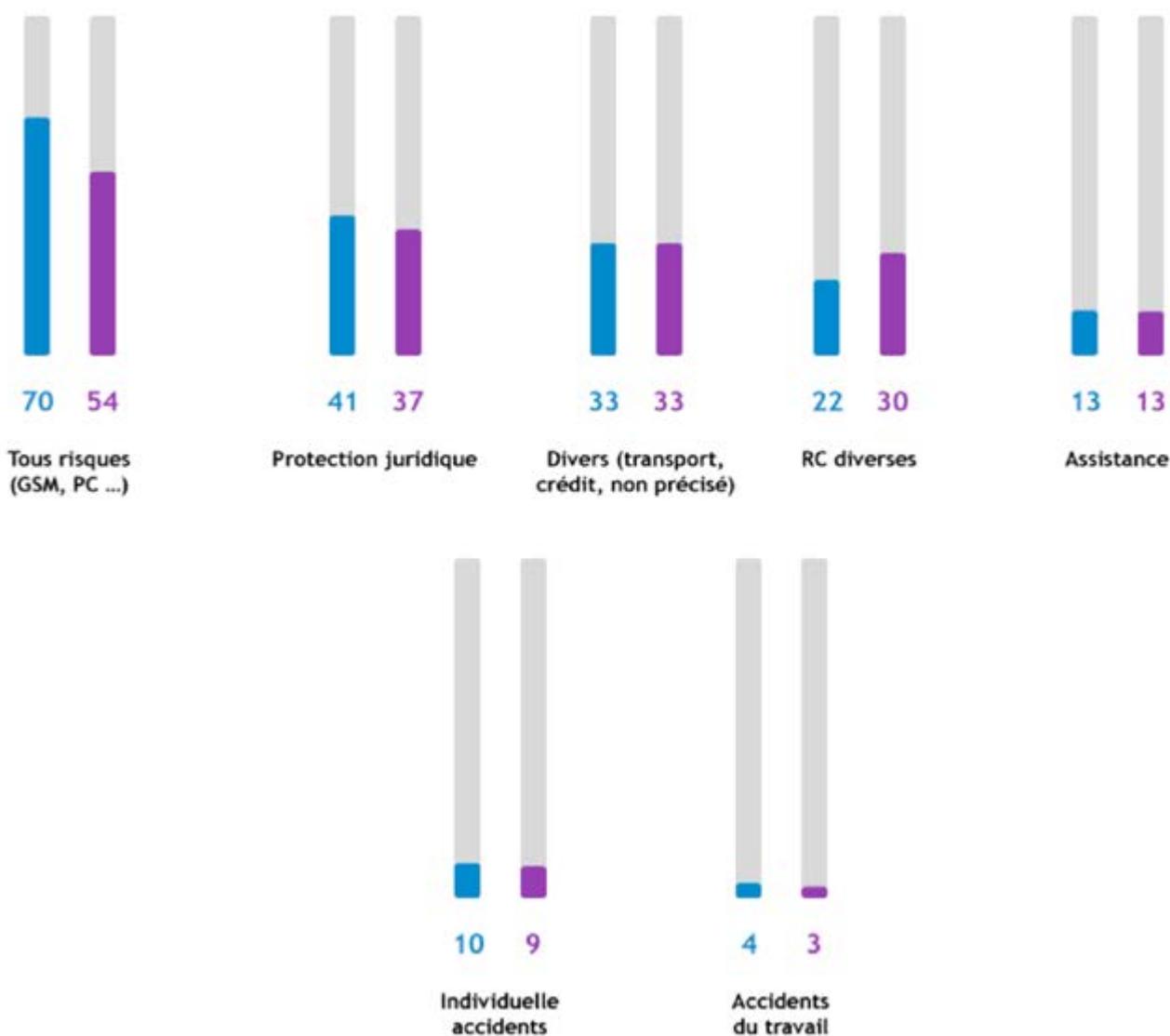


## Type des demandes d'intervention



## Répartition par branche d'assurance





Total 2017 = 734

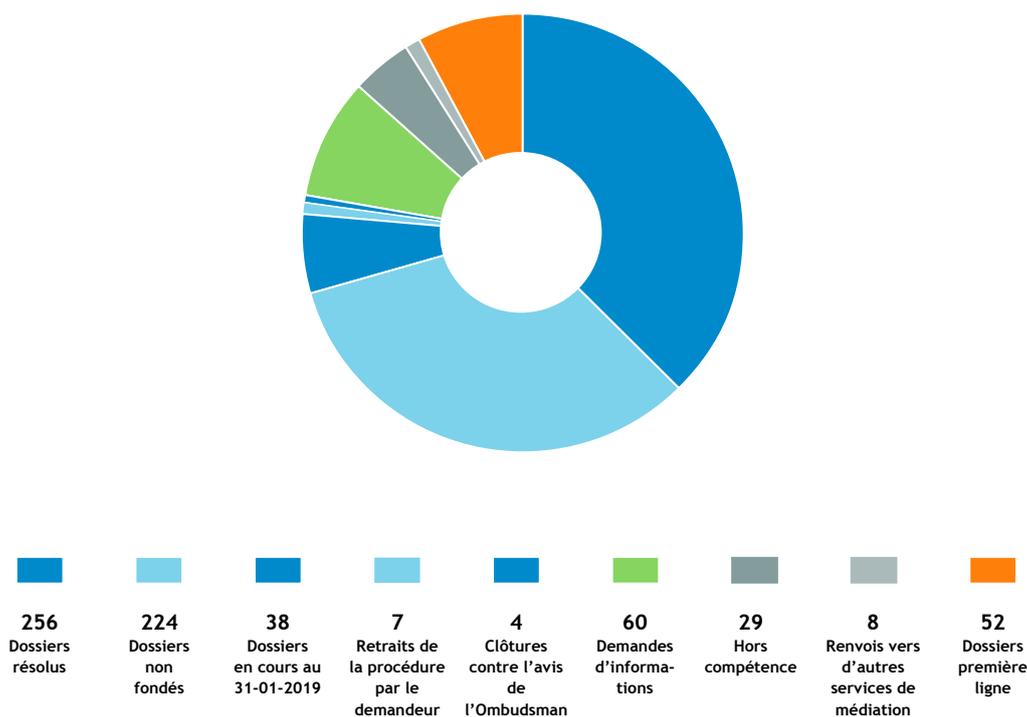
Total 2018 = 678

## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- La gestion des sinistres par les intermédiaires pour compte d'entreprises d'assurances (27 %). Ces réclamations concernent essentiellement les assurances annulation et soins de santé collectives.
- Le non-respect des délais (19 %).
- Le manque d'information lors de la souscription et de la modification du contrat (18 %). Le preneur d'assurance estime que le produit d'assurance ne correspond pas entièrement à ses attentes ou qu'il n'a pas été correctement informé des conditions du contrat (clauses d'exclusion, franchises ...).

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



491 dossiers ont été examinés et clôturés par l'Ombudsman en date du 1<sup>er</sup> février 2019. **Dans 54 % des cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman n'a redirigé le consommateur vers la première ligne que dans 8 % des cas (52 dossiers), les intermédiaires ne disposant pas toujours d'une structure permettant une gestion des plaintes impartiale.

## Un consommateur mieux informé en assurance tous risques GSM

**Les demandes** d'intervention portant **sur les assurances de smartphones ont diminué** de 40 % vis-à-vis des intermédiaires. Dans son rapport de 2016, l'Ombudsman avait dénoncé tant les conditions et exclusions de ces produits que la gestion stricte des sinistres y afférents. Il est probable que le consommateur soit à présent mieux informé sur les limites de ce type de produit. En effet, la communication de la FSMA et sa reprise dans la presse ont contribué à attirer l'attention sur celles-ci. Plus de consommateurs semblent vérifier l'adéquation de ce produit à leurs besoins.

## Le devoir d'information et de conseil, l'obligation principale de l'intermédiaire

Les intermédiaires ont un devoir de conseil envers leurs clients. Il est notamment règlementé par AssurMiFID. L'Ombudsman note que le nombre de demandes portant sur **l'inadéquation du produit d'assurance avec les besoins du consommateur** est en diminution mais reste néanmoins le motif principal de mécontentement au niveau de la gestion des contrats.

Les intermédiaires doivent en principe consigner par écrit l'analyse des besoins et exigences des clients réalisée avant la souscription d'un contrat. A l'analyse des réclamations, l'Ombudsman constate que les documents sont parfois transmis au client pour signature après la conclusion du contrat. Dans d'autres cas, ils ne mentionnent pas suffisamment pourquoi le produit proposé correspond aux attentes et besoins du consommateur. De plus, si le client ne souhaite pas souscrire une certaine garantie facultative du contrat, ne serait-il pas préférable de l'indiquer explicitement ?

Le consommateur se plaint entre autres de la non-conformité du contrat par rapport à ses attentes initiales en assurance vie. Il est régulièrement déçu par le montant perçu au terme du contrat ou lors d'un rachat. C'est notamment le cas lorsque le capital n'est pas garanti et que l'investissement suit la courbe négative des marchés financiers. Quand le capital est garanti, le preneur perd souvent de vue l'application du précompte mobilier. Enfin, le preneur d'assurance sous-estime fréquemment les frais de gestion d'une **assurance vie**.

La loi belge transposant la directive européenne IDD renforce les modalités prévues par AssurMiFID en imposant la remise d'une déclaration d'adéquation qui précise les conseils fournis au sujet d'un produit d'investissement.

Même si elle constitue une charge administrative supplémentaire, la consignation par écrit des besoins du client est un outil précieux pour l'intermédiaire afin d'éviter des reproches ultérieurs.

## La résiliation après le changement de l'intermédiaire

Lorsqu'une reprise de contrat(s) par un nouvel intermédiaire a lieu, **des litiges peuvent surgir au sujet de la résiliation**. Un consommateur peut facilement changer d'intermédiaire en transmettant à son entreprise d'assurances un avis de changement d'intermédiaire. Par contre, il est tenu par les délais légaux s'il souhaite en même temps s'assurer auprès d'une autre entreprise d'assurances. Par conséquent, si le renon et l'avis de changement ont été transmis moins de trois mois avant l'échéance, le nouvel intermédiaire peut assumer la gestion des sinistres mais le contrat ne peut être résilié qu'à l'échéance annuelle suivante.

Juridiquement, le preneur reste donc lié par le contrat d'assurance en cours jusqu'à la prochaine échéance et ce, malgré la facilité accordée pour changer d'intermédiaire.

## Le risque de conflit d'intérêts en cas de cumul d'activités professionnelles

L'Ombudsman remarque que certaines **agences immobilières** proposent des contrats de location et interviennent comme intermédiaires en assurances, ce qui peut mener à des conflits d'intérêts. La gestion du contrat de location se fait parfois via une société patrimoniale et celle des contrats d'assurance via un intermédiaire en assurances mais les deux sociétés sont établies à la même adresse et représentées par les mêmes personnes physiques. Dans de tels cas, la frontière entre les deux activités est assez floue.

Dans d'autres cas, les agences immobilières prévoient, dans le contrat de location, la souscription d'un contrat d'assurance incendie par leur canal. Si la souscription d'assurance se fait via un autre intermédiaire, un coût supplémentaire est demandé.

L'Ombudsman salue dès lors le fait que la loi belge transposant la directive IDD prévoit des précisions concernant les ventes croisées ainsi que les conflits d'intérêts. Reste à voir si l'application de cette réglementation permettra de mieux cadrer ceux-ci.



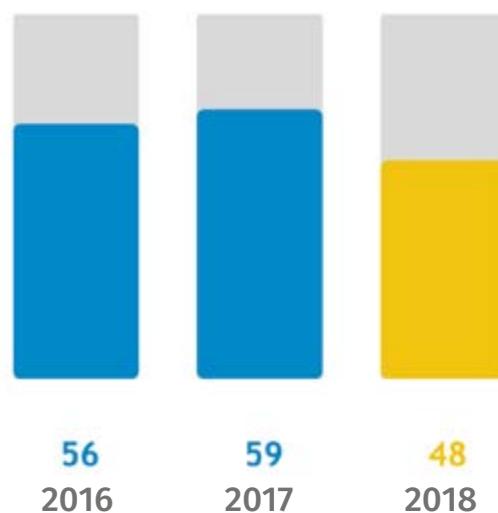
## 4. DATASSUR

---

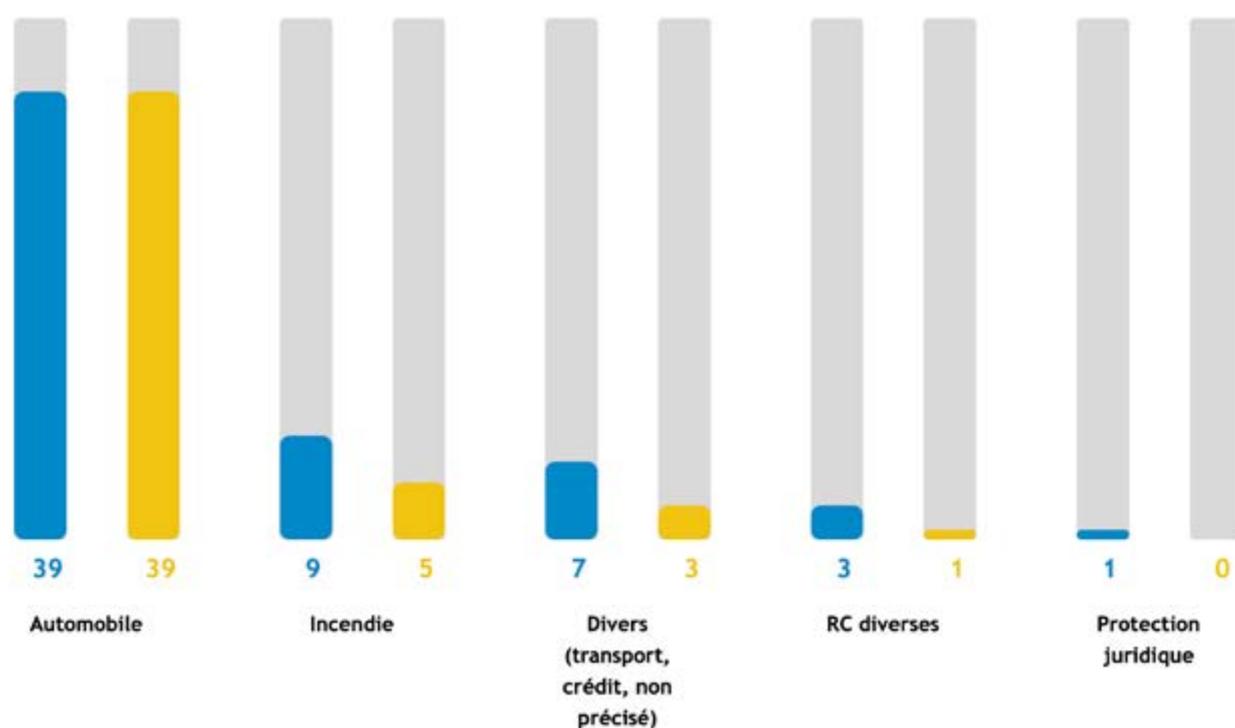
*Datassur est un groupement d'intérêt économique qui gère notamment des banques de données. Datassur enregistre les données que les entreprises d'assurances lui communiquent à la suite de la résiliation d'un contrat sur la base de critères objectifs comme le non-paiement de la prime, la sinistralité ou la fraude établie.*

### Evolution des demandes d'intervention

**48 demandes d'intervention, une diminution de 19 %**



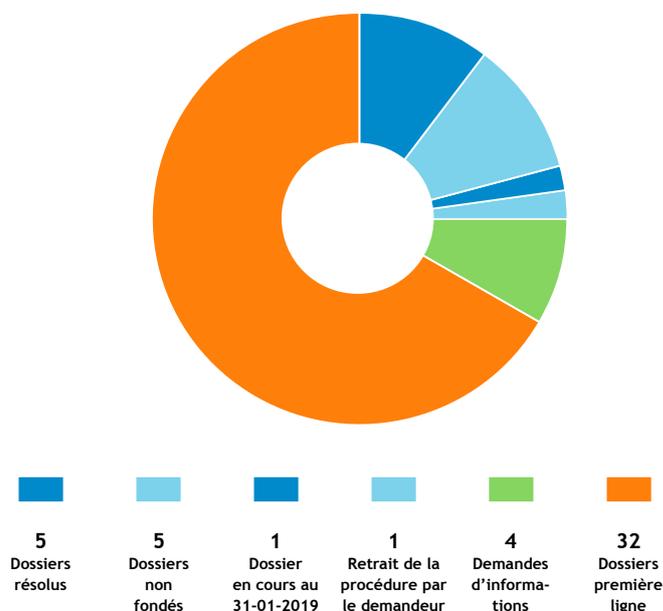
## Répartition par branche d'assurance



## Motifs des demandes d'intervention

Les inscriptions suite à une résiliation pour non-paiement de la prime constituent toujours la majorité des demandes d'intervention (54 %).

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Comme l'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel, il a redirigé le demandeur vers Datassur en première ligne dans 67 % des cas.

11 dossiers ont été examinés et clôturés par l'Ombudsman en date du 1<sup>er</sup> février 2019. **Dans 50 % des cas, une solution a pu être apportée au consommateur.**

## La résiliation à l'échéance ne peut pas faire l'objet d'une inscription

A l'analyse des dossiers, l'Ombudsman observe que certaines inscriptions au fichier RSR suite à une résiliation ne sont pas correctes. Le motif d'enregistrement retenu est **la résiliation après sinistre** alors que l'entreprise d'assurances a résilié le contrat pour l'échéance.

Dans son rapport de 2003, il y a 15 ans déjà, l'Ombudsman avait recommandé qu'une résiliation à l'échéance ne soit plus un motif d'enregistrement au fichier RSR. Ce motif a été supprimé suite à cette recommandation.

Certaines compagnies continuent pourtant d'inscrire des assurés en cas de résiliation faite à l'échéance sur la base de l'historique des sinistres et non après sinistre. L'Ombudsman recommande dès lors à Datassur de rappeler à ses membres les motifs d'enregistrement valables.



## **5. DEMANDES PAR BRANCHE D'ASSURANCE**

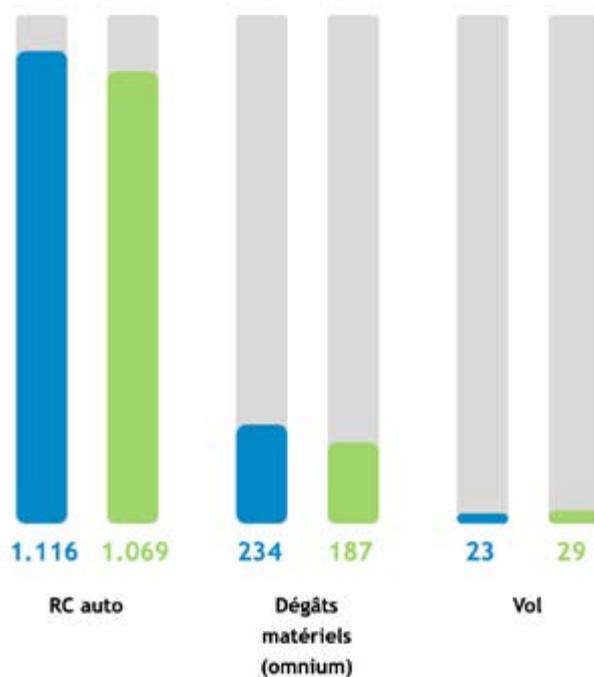
---

### **Assurance auto**



## Répartition assurance auto

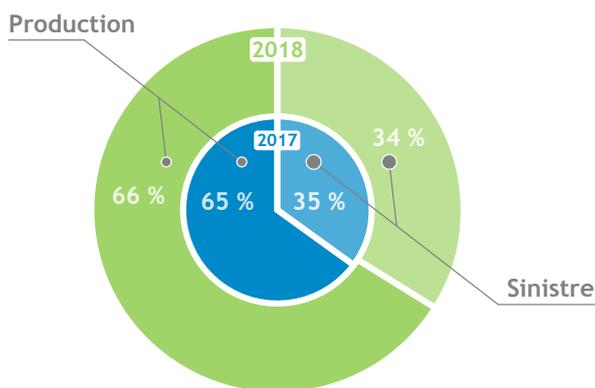
1.285 demandes d'intervention, une diminution de 6 %



Total 2017 = 1.373

Total 2018 = 1.285

## Type des demandes d'intervention

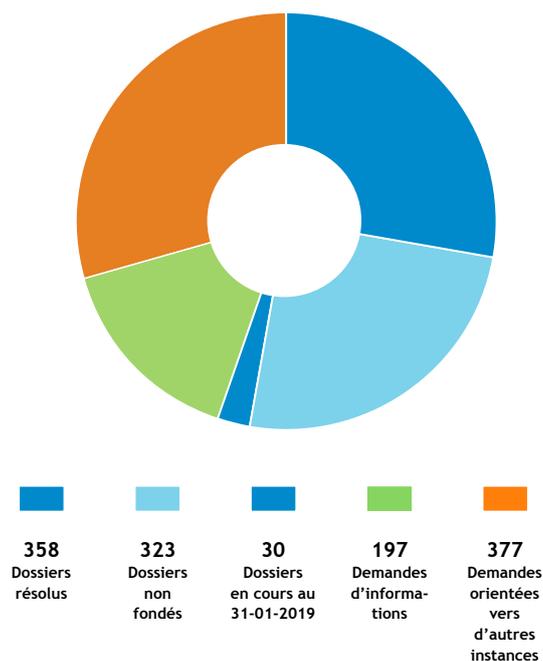


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et retards trop importants (22 %)
- La résiliation du contrat (20 %)

## Solutions des demandes d'intervention



Dans 53 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## Le fantôme du bonus-malus plane encore

En 2018, les degrés bonus-malus et les attestations de sinistralité restent encore source de discussions entre les consommateurs et les entreprises d'assurances, bien que ces motifs d'insatisfaction aient diminué de 23 %.

Les sinistres dans la garantie RC auto apparaissent sur l'**attestation de sinistralité**. Cette attestation mentionne notamment, pour chaque sinistre, si la responsabilité du conducteur est engagée ou non. Les assurés **contestent** régulièrement la **responsabilité retenue** par leur entreprise d'assurance RC auto lors d'un accident. Ils ignorent que celle-ci a la direction du litige, c'est-à-dire qu'elle peut décider d'indemniser le tiers sans suivre leurs avis et observations.

L'Ombudsman reçoit également des réclamations à propos d'informations erronées contenues dans certaines attestations de sinistralité, comme des sinistres survenus dans la garantie dégâts matériels. De plus, les preneurs d'assurance n'acceptent parfois pas que lorsqu'ils remettent leur attestation de sinistralité à l'assureur après la souscription d'un contrat, celui-ci puisse recalculer la prime sur cette base.

En Belgique, le système uniforme de bonus-malus n'existe plus depuis de nombreuses années. Chaque assureur utilise son propre système pour adapter la prime sur la base du nombre de sinistres encourus. Cette situation génère une confusion dans le chef des preneurs d'assurance.

Ils n'ont pas conscience que leur degré bonus-malus peut être différent en fonction de l'assureur retenu. Les consommateurs qui changent d'entreprise d'assurances s'attendent dès lors à conserver auprès du nouvel assureur le même degré bonus-malus et parfois même le joker accordé.

## La notion de conducteur principal reste source de tension

Une réclamation sur quatre portant sur la gestion d'un sinistre en assurance auto concerne le refus d'intervention. Une grande partie de ces refus est basée sur la notion de conducteur principal.

Or, l'Ombudsman note que chaque assureur **applique** ce concept de **façon différente** ou utilise d'autres termes, comme ceux de conducteur habituel. Le conducteur principal d'un véhicule ne le reste en outre pas toujours. Certains assurés décident de moins utiliser leur véhicule, ce qui augmente la part d'utilisation du ou des conducteurs secondaires.

L'Ombudsman souhaite qu'une terminologie uniforme soit appliquée à cette notion de conducteur principal.

## Moins de demandes en assurance dégâts matériels

Le nombre de demandes d'intervention en assurance dégâts matériels a **diminué de 20 %** en 2018. Cette diminution provient du fait que les réclamations relatives aux délais de gestion et au montant de la prestation sont en net recul.

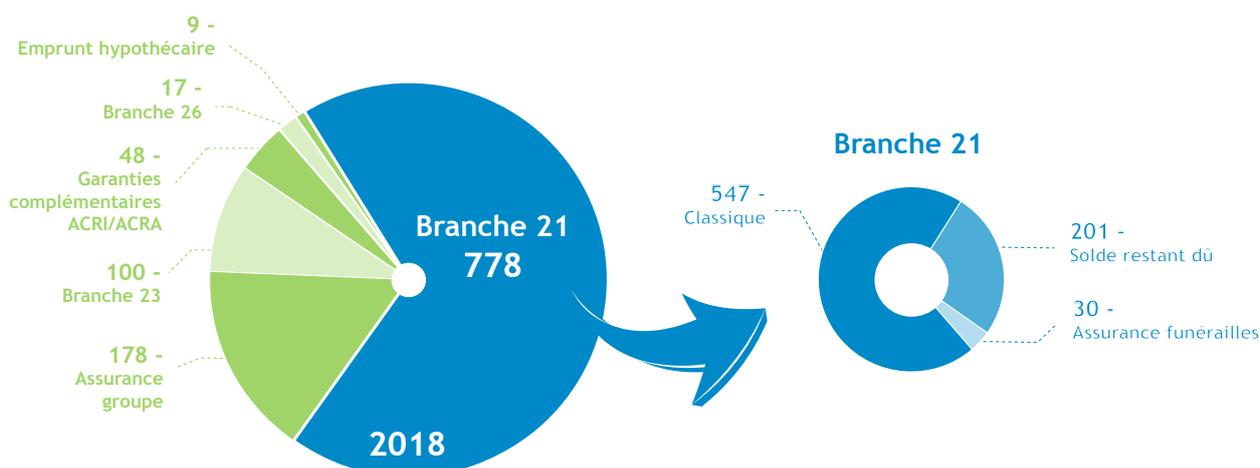
Le motif principal d'insatisfaction est le **refus d'intervention**, qui est souvent basé sur les conditions générales méconnues par le consommateur. 56 % de ces plaintes ne sont pas fondées.

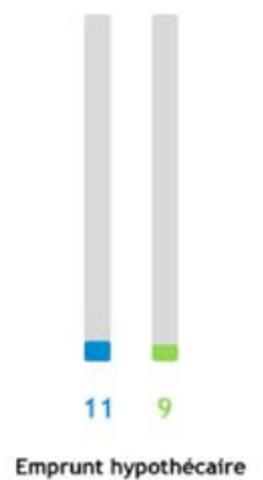
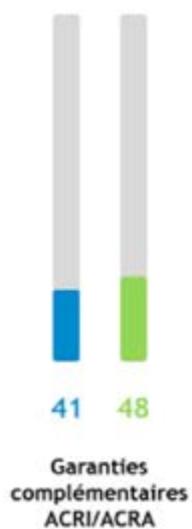
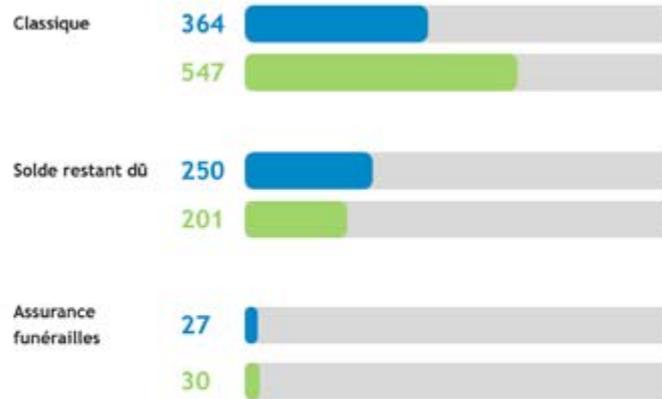
## Assurance vie



## Répartition assurance vie

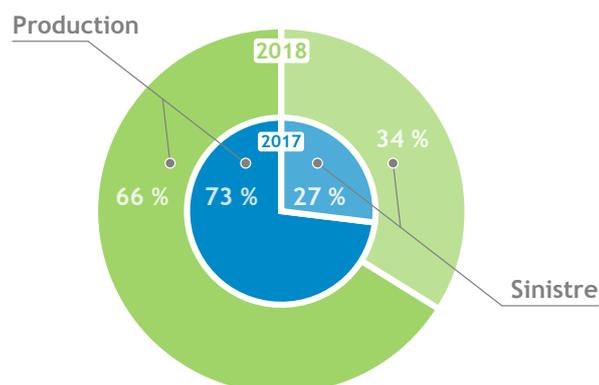
1.130 demandes d'intervention, une augmentation de 24 %





Total 2017 = 914  
 Total 2018 = 1.130

## Types de demandes d'intervention

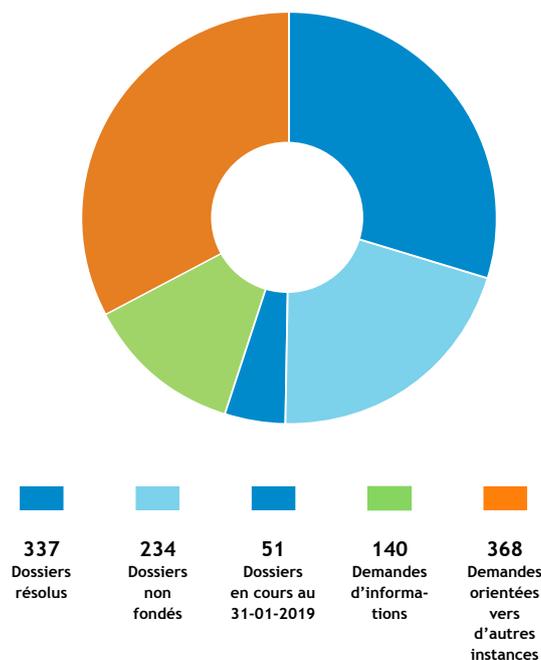


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et retards trop importants (38 %)
- La valeur du capital assuré (13 %)
- La fiscalité, qui crée la confusion dans l'esprit du consommateur

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Dans 59 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## En branche 21, des délais trop longs, une administration trop lourde

L'Ombudsman constate une augmentation de 21 % des demandes d'intervention en branche 21. Le consommateur se plaint principalement à trois niveaux :

- Le formalisme et les **documents à fournir** en cas de rachat sont assez lourds et communiqués de façon non structurée. Ceci est dû entre autres à la législation anti-blanchiment d'argent.
- Le suivi **administratif de la part de l'assureur** n'est pas assez rigoureux, notamment en matière de délais de réponse et d'exactitude de certaines données comme en cas de changement d'adresse du preneur d'assurance.
- Après réception de tous les documents nécessaires, **les délais de paiement** dépassent souvent le mois.

77 % de ces plaintes ont trouvé une solution.

Une législation en la matière est en cours d'élaboration. L'Ombudsman espère qu'elle aboutira prochainement.

## La fiscalité de la branche 21 pose question

Comme les années précédentes, la fiscalité de l'assurance vie branche 21 fait encore l'objet de diverses demandes d'intervention en 2018.

La retenue du **précompte mobilier** en cas de liquidation au cours des huit premières années peut générer une diminution du capital investi. Le tarif du précompte mobilier a été augmenté à 30 %. Or, celui-ci est calculé sur un **rendement fictif de 4,75 %**, qui ne correspond plus aux taux d'intérêt actuels.

En assurance vie de type épargne à long terme ou épargne-pension, un souci récurrent est le délai de contestation en cas de prélèvement incorrect de la **taxe anticipative** à 60 ans. La législation fiscale ne prévoit qu'un délai de contestation de deux ans. Or, ce type de contrat n'est généralement liquidé qu'à l'âge de 65 ans. Le consommateur perd dès lors la possibilité de récupérer la taxe indue.

Depuis 2004, l'Ombudsman plaide pour adapter cette fiscalité à la réalité sociologique et économique.

## Le Brexit a des répercussions sur l'assuré belge

Les preneurs d'assurance ayant opté pour un produit d'un assureur basé au Royaume-Uni sont à présent confrontés aux mesures prises en vue du Brexit. Ainsi, afin de pouvoir continuer leurs activités dans la zone économique européenne, ces assureurs **transfèrent leur siège** dans d'autres pays de l'Union Européenne.

Ceci a une implication sur la garantie du capital organisée par les Etats. Le Royaume-Uni prévoit, comme la Belgique, une garantie plus étendue que d'autres pays. Un déplacement du siège d'une entreprise du Royaume-Uni vers l'Irlande supprime entièrement la garantie prévue par le Royaume-Uni.

L'Ombudsman a également été saisi d'une problématique similaire concernant un assureur belge qui a vendu une partie de son portefeuille à une société irlandaise. Dans ce cas également, la garantie accordée par l'Etat belge n'est plus d'application.

L'Ombudsman note une certaine nervosité chez le consommateur autour de cette problématique mais ne peut contester cette situation.

## Une augmentation de près de 40 % en assurance groupe

La **liquidation obligatoire** d'une assurance groupe à la date de mise à la retraite a généré une augmentation significative des demandes d'intervention au cours de l'année 2018. Cette mesure datant de 2016 impliquait que, pour les assurances inactives, l'assuré informe l'assureur de la date de prise de cours effective de sa pension. Force est de constater que cette règle était mal connue.

Depuis 2017, les assureurs doivent être informés automatiquement par Sigedis de la date de pension d'un assuré. De ce fait, un nombre important de polices pour lesquelles les assurés n'avaient pas averti leur assureur en 2016 ont été liquidées bien après la prise de cours de la pension légale mais avec effet rétroactif à cette date.

Les entreprises d'assurances n'ont aucune obligation légale d'octroyer des intérêts pour la période entre la date de la pension et la liquidation effective. Dans un premier temps, l'Ombudsman a dû constater une approche différenciée des assureurs à ce sujet. Dans un esprit d'équité et commercial, la plupart des assureurs octroient à présent des intérêts pour cette période.

Certains assurés souhaitent, quant à eux, que leur assurance groupe se poursuive jusqu'à la date de fin prévue par le contrat mais ce n'est légalement plus possible à présent.

Finalement, l'Ombudsman regrette qu'aucune solution globale n'ait encore été trouvée quant à l'alignement de la durée des contrats d'assurance prévoyant un terme à 60 ou 65 ans sur celle des carrières allongées au-delà de cet âge.

## Une diminution des demandes concernant l'accès à l'assurance vie

Tout comme le Bureau du suivi, l'Ombudsman a reçu moins de demandes d'intervention au sujet de l'accès à l'assurance solde restant dû en 2018. Alors que ce produit a connu à nouveau une croissance de près de 2 %, il ressort des chiffres transmis par Assuralia que les demandes de surprimes liés à l'état de santé ont, quant à elles, diminué de 9 %. C'est avec plaisir que l'Ombudsman constate une plus grande rigueur du secteur concernant l'application de surprimes.

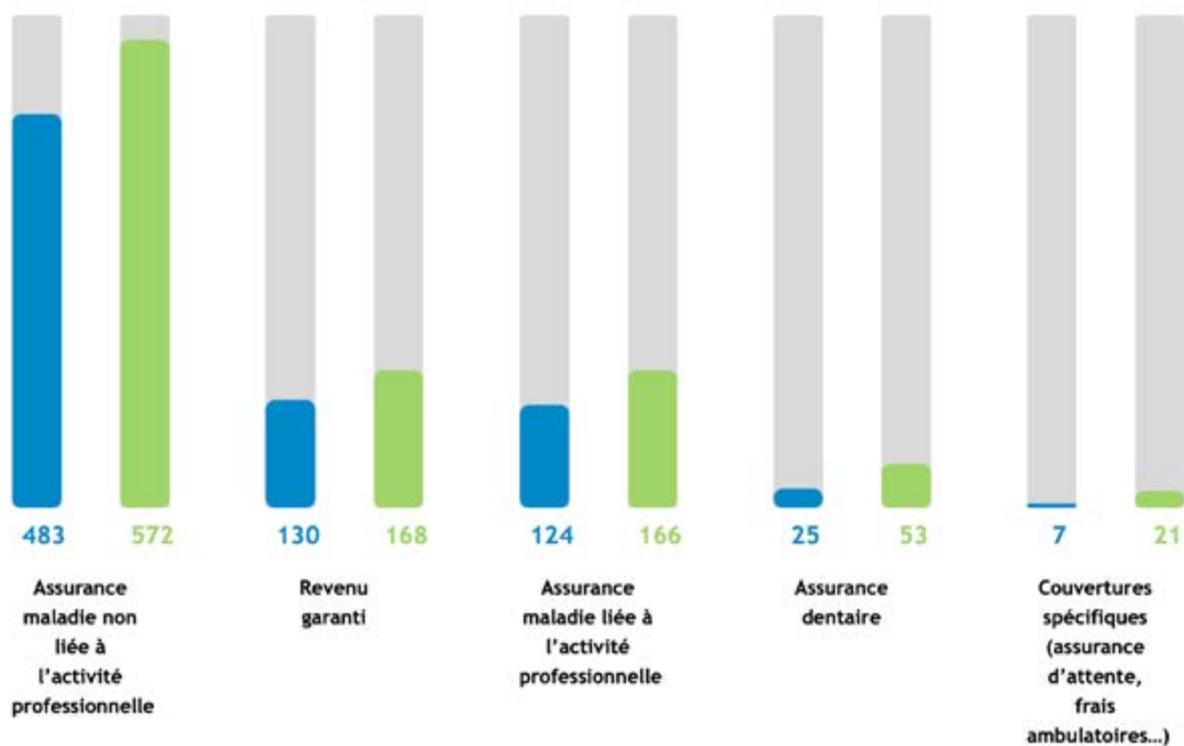
La moitié des 61 demandes introduites à cet égard ont fait l'objet d'un examen. Elles portent principalement sur la motivation de la surprime proposée. Dans 50 % de ces dossiers, une nouvelle proposition a pu être faite au plaignant.

## Assurance soins de santé



### Répartition assurance soins de santé

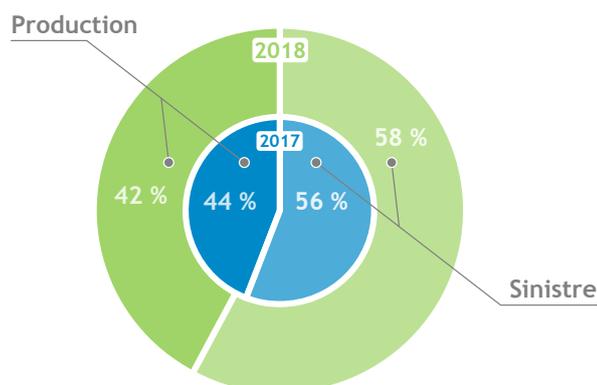
980 demandes d'intervention, une augmentation de 27 %



Total 2017 = 769

Total 2018 = 980

## Type des demandes d'intervention

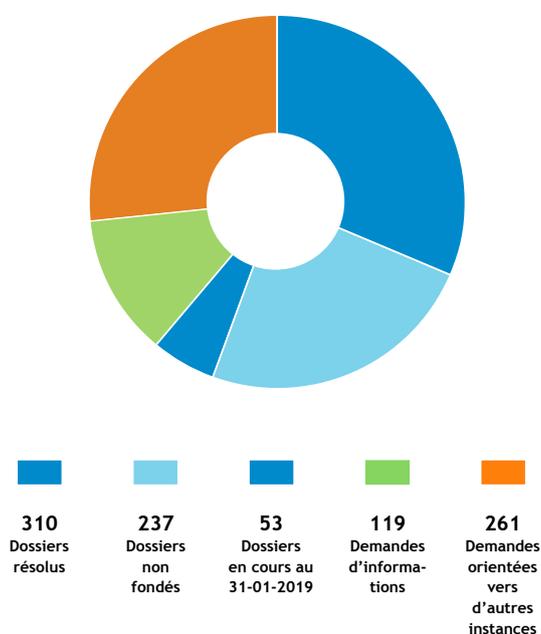


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et retards (30 %), raison de mécontentement en nette augmentation en 2018
- La hausse des primes en dehors de l'indexation (11 % des demandes relatives aux opérations de production)

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Dans 57 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## Les délais de gestion en souffrance

L'Ombudsman a connu une augmentation de 53 % des plaintes relatives aux délais. Les doléances portent sur des **délais de réponse et de règlement** allant jusqu'à quatre mois et une **indisponibilité par téléphone**.

Cette situation s'explique entre autres par la reprise de certains portefeuilles d'assurances soins de santé collectives, le changement d'outils de gestion et l'arrêt de souscription de nouveaux contrats par une entreprise d'assurances en particulier. Dans certains cas, le manque de personnel a également mené à des délais de réponse difficilement acceptables pour le consommateur.

Une grande partie de ces dossiers (79 %) sont à présent résolus.

## L'exception en matière d'augmentation des primes devient-elle la règle ?

Les demandes d'intervention concernant une majoration de prime sont à nouveau en hausse en 2018. La loi Verwilghen de 2007 ne prévoyait la possibilité d'augmenter une prime que suite à une indexation ou à la demande explicite des autorités de contrôle compétentes. L'Ombudsman constate toutefois que certaines entreprises d'assurances se sont vues imposer à plusieurs reprises des augmentations tarifaires spécifiques depuis l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen en 2009.

Ceci découle entre autres du fait que certains produits d'assurance ne sont plus commercialisés, ce qui a pour conséquence qu'après un certain temps le risque se détériore inexorablement et cela justifie une hausse tarifaire. Dans d'autres cas, l'Ombudsman constate que les autorités de contrôle imposent des hausses tarifaires pour des produits créés récemment. La question se pose dès lors de savoir si la prime de départ de ces produits n'était pas trop attractive.

Les augmentations récurrentes pourraient être mieux accompagnées par l'autorité de contrôle tant au niveau de la tarification de base des produits que des règles à appliquer en cas d'arrêt de vente d'un produit.

## L'implémentation du RGPD perturbe la fluidité

Le RGPD a été un des sujets majeurs dans le monde de l'assurance en 2018. De nombreux assureurs ont dû revoir leurs procédures pour pouvoir se conformer à cette nouvelle législation. Les entreprises d'assurances soins de santé sont particulièrement concernées dans la mesure où elles traitent des données sensibles. L'application de cette réglementation a eu pour effet un **formalisme accru concernant l'accord** de l'assuré quant aux traitements de ses données. L'importance de cet accord a parfois échappé au consommateur. Certains assureurs ont été jusqu'à suspendre leurs paiements dans l'attente de cet accord écrit.

L'Ombudsman a d'ores et déjà reçu une vingtaine de demandes d'intervention de consommateurs estimant que cette pratique enfreint leur liberté de donner ou pas leur accord sur le traitement de leurs données. L'Ombudsman plaide ici pour l'instauration d'un cadre légal clair permettant l'application de manière pragmatique du RGPD en assurance. Cette problématique est par ailleurs discutée auprès de la Commission des Assurances.

## Une augmentation des demandes concernant l'accès à l'assurance soins de santé

L'Ombudsman a enregistré une quinzaine de demandes d'intervention portant sur l'accès à l'assurance soins de santé en 2018. Ceci constitue une nette augmentation par rapport aux années précédentes pendant lesquelles la problématique avait presque disparu.

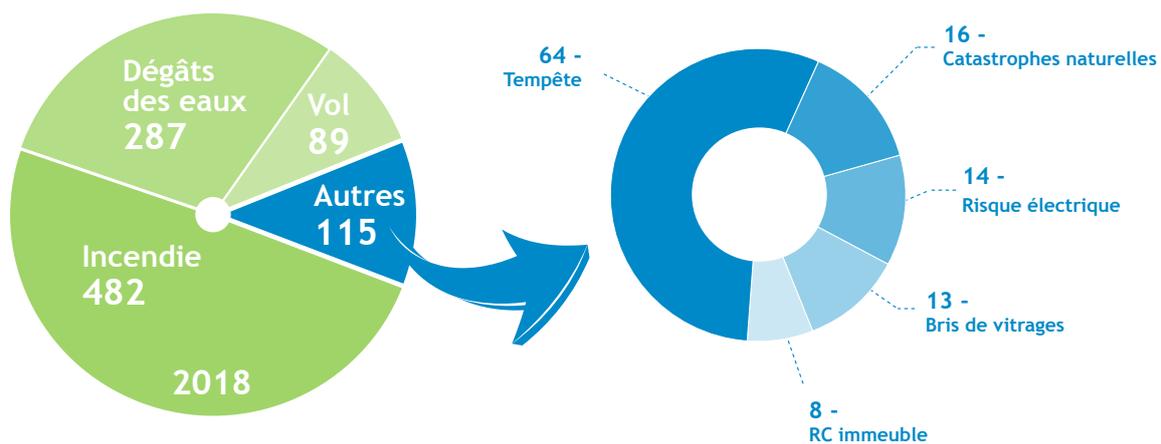
Cette tendance est surtout marquée en assurance revenu garanti. De plus en plus de candidats-assurés souhaitent pouvoir bénéficier d'une solution comparable à l'assurance hospitalisation, c'est-à-dire le droit de souscrire une assurance tout en excluant les maladies et affections préexistantes.

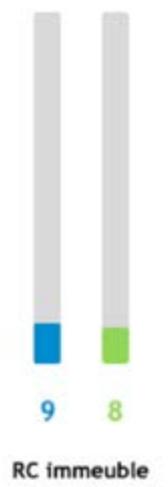
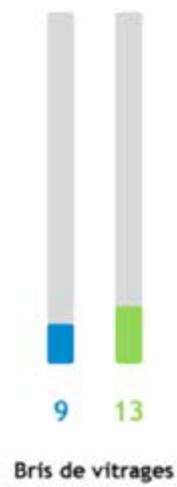
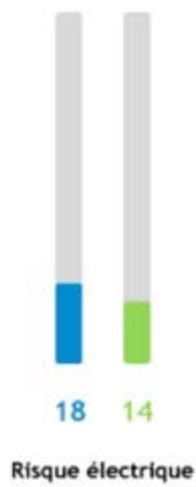
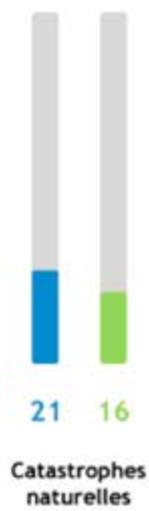
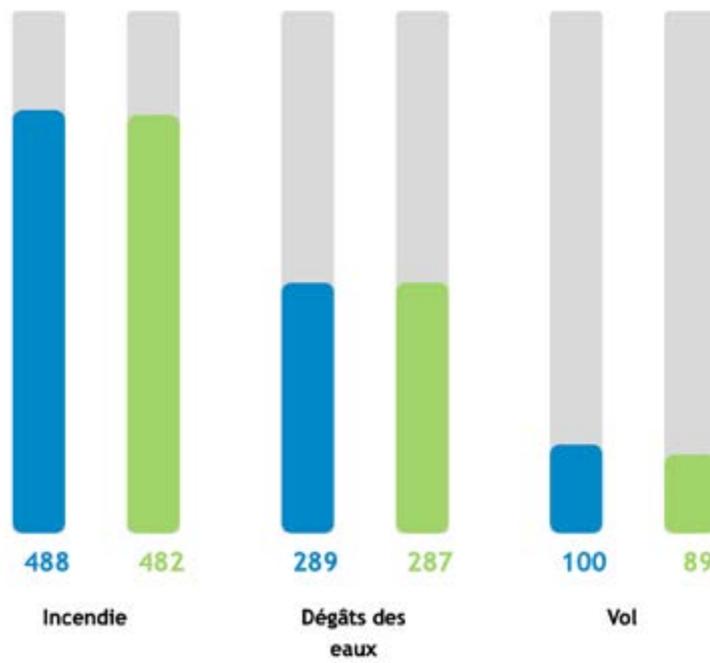
## Assurance incendie



## Répartition assurance incendie

973 demandes d'intervention, une stabilité

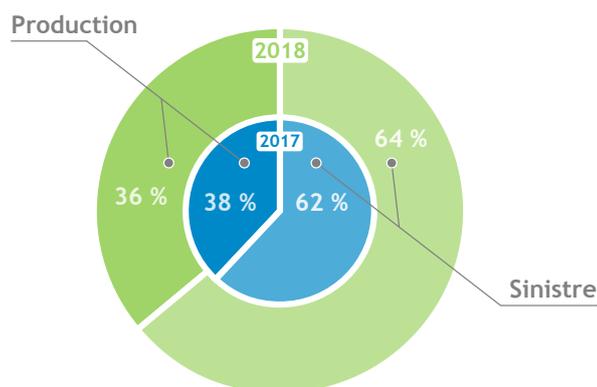




Total 2017 = 989

Total 2018 = 973

## Type des demandes d'intervention

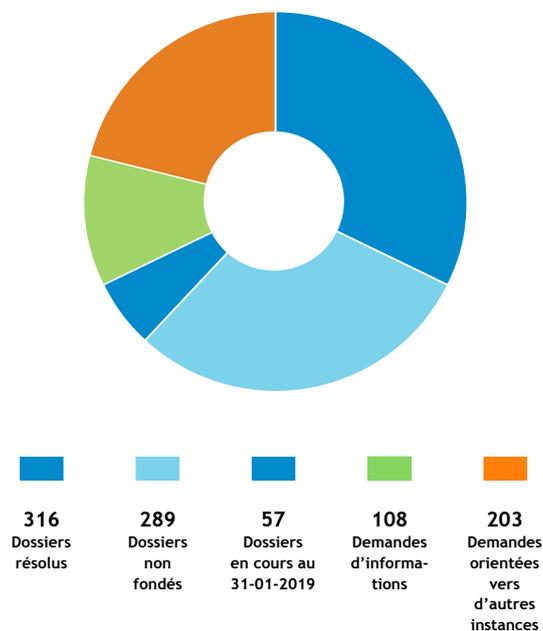


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et retards trop importants (23 %)
- Les refus d'intervention (24 %)
- Le montant de la prestation de l'assureur (13 %)

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Dans 52 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## L'expertise souvent mal vécue

64 % des réclamations concernent la gestion de sinistres. Une grande partie d'entre elles sont liées à l'expertise. Celle-ci est en effet souvent un **moment de tension** dans la relation entre le consommateur et l'assureur :

- L'assuré ne perçoit pas clairement l'**étendue de la mission** de l'expert. Il estime que sa visite est trop sommaire et que l'expert ne prend pas le temps de l'aider à rechercher l'origine précise du sinistre. Une contre-expertise est bien entendu possible mais elle peut avoir un coût pour l'assuré, surtout si ce coût n'est pas pris en charge par un assureur protection juridique.
- Les conclusions de l'expert ainsi que les montants forfaitaires qu'il accorde sont **trop peu transparents** pour les consommateurs. Ces derniers regrettent fréquemment de ne pas recevoir plus d'éléments justifiant la position de l'expert ou une copie du rapport.
- L'assuré estime avoir été poussé à la signature du procès-verbal de l'estimation des dommages. L'Ombudsman rappelle sa recommandation de 2014 qui préconisait un **délai de réflexion** à ce sujet.
- Les **délais de gestion** sont une grande source de frustration. D'une part, les experts sont régulièrement confrontés à une importante charge de travail et d'autre part, les assurés souhaitent un suivi rapide, surtout s'ils attendent le passage de l'expert pour remettre le bien en état.

Ces points illustrent l'impression du consommateur de ne pas être sur un pied d'égalité avec son assureur et l'expert. Cette tension pourrait être limitée ou même évitée par une meilleure communication concernant l'étendue de la mission avant l'expertise mais aussi par la transmission ultérieure de documents clairs à l'assuré.

## La réparation en nature, une solution élégante qui pose parfois problème

Certains assureurs prévoient dans leurs contrats une diminution, voire une **non-application de la franchise en cas de réparation en nature** par un partenaire agréé. Cette solution a de nombreux avantages. On peut aisément en comprendre l'intérêt tant pour le consommateur que pour l'assureur.

L'Ombudsman doit néanmoins constater qu'en cas d'insatisfaction du consommateur concernant les réparations et remplacements effectués, le système ne prévoit pas assez de remèdes. Il serait souhaitable de prévoir une **procédure en cas de litige** sur la qualité de ces travaux.

## L'achat d'un immeuble n'est pas sans incidence

Lorsque le nouveau propriétaire d'un bâtiment effectue des travaux d'aménagement et constate un dégât des eaux ou la présence de mэрule peu de temps après l'achat, quel assureur doit intervenir ? Celui du vendeur ou celui de l'acheteur ? L'entreprise d'assurances du nouveau propriétaire peut refuser d'intervenir car les **dégâts trouvent leur origine avant la période de couverture**.

L'Ombudsman avait formulé une recommandation à cet égard dans son rapport de 2009. Assuralia a établi par la suite une circulaire qui prévoyait une avancée pour ce genre de situation. Malheureusement, l'Ombudsman doit constater que les principes repris dans la circulaire, déjà assez restrictifs, sont trop peu connus et appliqués.

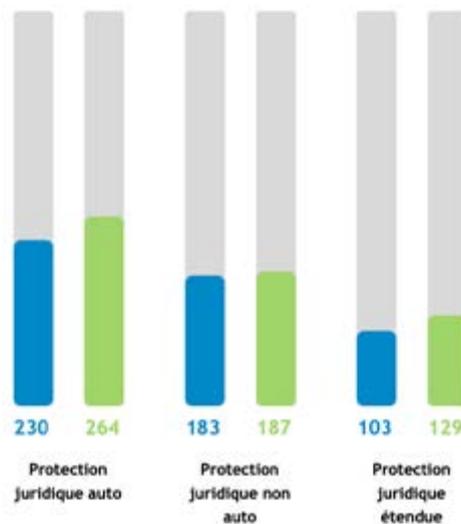
De plus, les contrats de vente d'immobilier reprennent, de manière standard, **une clause** selon laquelle le vendeur **ne garantit pas les vices cachés** dont il n'avait pas connaissance. L'entreprise d'assurances de l'ancien propriétaire se retranche régulièrement derrière cette absence de garanties des vices cachés dans l'acte notarié pour refuser d'intervenir. Etant donné que le bâtiment a été assuré de façon continue, l'Ombudsman se demande dans quelle mesure l'entreprise d'assurances peut invoquer cette clause.

## Assurance protection juridique



### Répartition assurance protection juridique

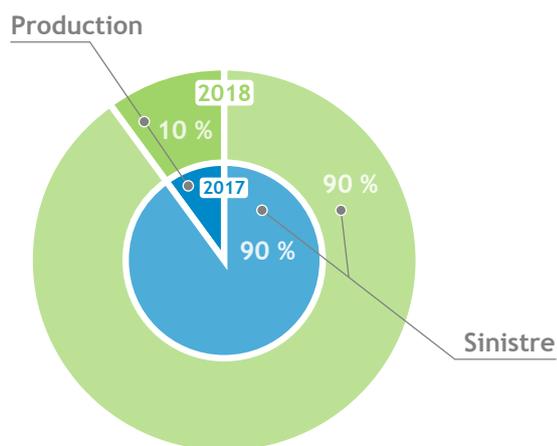
580 demandes d'intervention, une augmentation de 12 %



Total 2017 = 516

Total 2018 = 580

## Type des demandes d'intervention

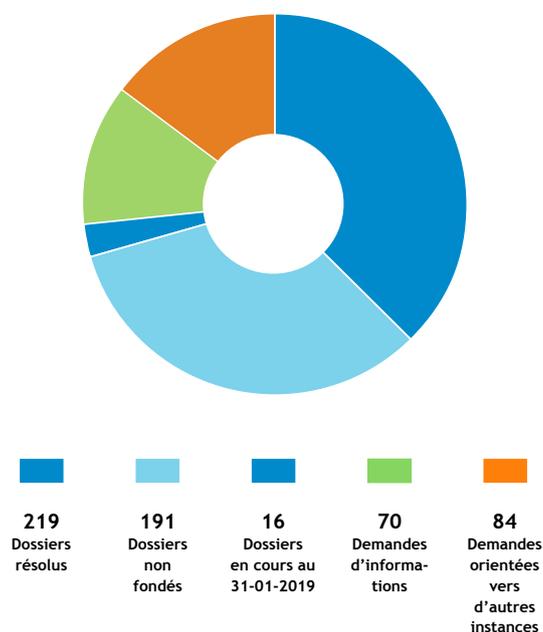


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les délais de gestion et un traitement trop peu proactif de l'assureur (40 %)
- Le refus d'intervention (28 %)

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Dans 53 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## De longs délais de gestion ne sont pas une fatalité

40 % des demandes d'intervention en protection juridique concernent les délais de gestion. Souvent le consommateur déplore un manque de soutien et la passivité de son assureur. Cette perception provient d'une communication insuffisante. Dans son rapport de 2015, l'Ombudsman a formulé plusieurs recommandations afin d'optimiser les délais et la qualité de gestion. De plus, certains mécanismes existent et ne sont pas assez appliqués ou invoqués par l'assureur protection juridique, comme la mention de la clause d'objectivité, les conventions d'Assuralia et les délais instaurés par la quatrième directive.

Une **communication plus proactive** pourrait également servir à canaliser les attentes de l'assuré. Informer clairement des raisons qui peuvent retarder la gestion est fondamental pour garder la confiance de l'assuré. Par exemple lors de l'attente du dossier répressif, il est souhaitable d'expliquer au consommateur les motifs pour lesquels ce dossier est nécessaire pour poursuivre la gestion.

## Le refus d'intervention, source d'incompréhension

A l'exception de la protection juridique auto, près de la moitié des plaintes en assurance protection juridique concernent des refus d'intervention.

Cette situation provient entre autres de la **difficulté de définir et d'interpréter** la notion de sinistre dans cette branche et d'en établir la date de survenance. Ceci a un impact sur les problématiques tant de prescription que d'antériorité en cas de souscription d'un nouveau contrat. Cette notion est également fondamentale pour déterminer si on est face à un seul ou plusieurs sinistres, ce qui a des conséquences sur les plafonds d'intervention applicables.

Le consommateur n'est pas non plus toujours au courant de l'**étendue des garanties** de son contrat. C'est souvent au moment d'un sinistre qu'il en découvre les limites comme l'exclusion ou la couverture partielle des litiges contractuels.

Dans la plupart de ces dossiers (65 %), l'Ombudsman ne peut contester le refus d'intervention.

## Le libre choix de l'expert par l'assuré

L'Ombudsman a pu constater avec plaisir que le délai dans lequel les entreprises d'assurance protection juridique mandataient les experts est moins invoqué en 2018. En revanche, les plaintes concernant la **désignation de l'expert** sont en augmentation en 2018.

Un reproche fait de façon assez récurrente par le consommateur est que l'expert désigné en protection juridique n'est pas indépendant dans la mesure où il est fréquemment mandaté pour défendre les intérêts des compagnies d'assurances.

Il serait souhaitable que les entreprises d'assurances expliquent de façon claire et précise l'implication du libre choix de l'expert en protection juridique. L'assuré pourrait dès lors désigner l'expert de son choix en connaissance de cause. Le cas échéant, l'entreprise d'assurances pourrait lui proposer une liste d'experts dans laquelle il pourrait exercer son choix, comme le font déjà certaines d'entre elles. Ceci est par ailleurs conforme à ce que la FSMA a préconisé pour le libre choix de l'avocat.

## Assurance annulation



### Évolution en assurance annulation

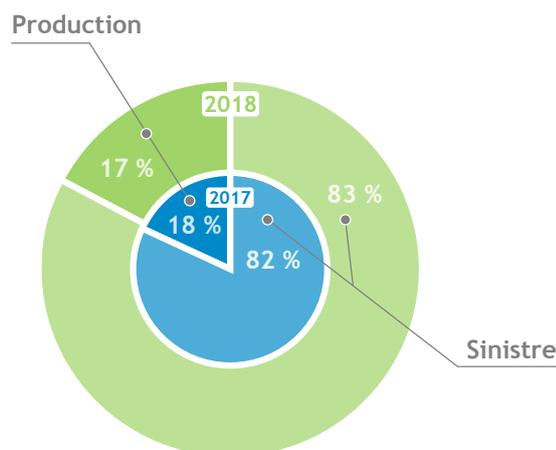
272 demandes d'intervention, une augmentation de 6 %



Total 2017 = 256

Total 2018 = 272

## Type des demandes d'intervention

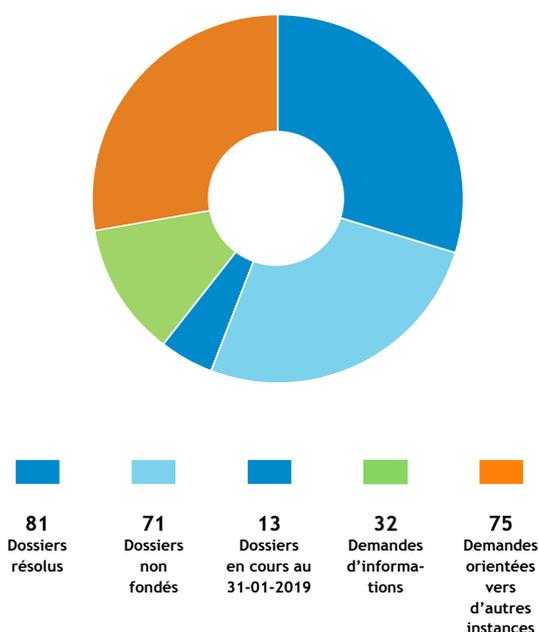


## Motifs des demandes d'intervention

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

- Les refus d'intervention (44 %)
- Les délais de gestion (30 %)

## Solutions apportées aux demandes d'intervention



Dans 53 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## L'état antérieur est la principale source de discussion

Quatre demandes d'intervention sur cinq en assurance annulation concernent la gestion d'un sinistre. Dans la plupart des cas, le demandeur conteste le refus d'intervention manifesté par la compagnie ou l'intermédiaire en assurances, gérant pour compte de l'entreprise d'assurances.

Ces refus sont souvent basés sur l'**état de santé du consommateur lors de la souscription du contrat**. Ceci est surtout le cas pour les contrats d'assurance annulation souscrits lors de la réservation d'un voyage. Les conditions générales excluent souvent la couverture en cas d'annulation due à une affection déjà connue au moment de la réservation.

Il est à noter qu'en fonction du type de couverture choisie par le consommateur, les garanties sont plus ou moins étendues. Ainsi, dans le cadre d'un contrat de base (souvent gratuit), toute affection préexistante à la conclusion du contrat et connue de l'assuré est exclue de la garantie. Ceci vaut également pour les affections stabilisées.

En revanche, si le preneur d'assurance choisit une couverture plus étendue (donc plus chère), l'affection préexistante est généralement couverte pour autant que son état soit stable au moment de la conclusion du contrat. L'Ombudsman a néanmoins connu des demandes d'intervention portant sur ces produits étendus, principalement à propos de l'interprétation de la notion de stabilité.



## 6. RECOMMANDATIONS

---

*L'analyse de l'ensemble des dossiers introduits permet à l'Ombudsman de tirer des enseignements qui sont source d'inspiration pour orienter des actions. Les recommandations qu'il formule, relèvent de son rôle de prévention des insatisfactions.*

*L'expérience a montré que le suivi des recommandations était, en raison de leur nature et de leur portée, très variable. Parfois, le secteur prend lui-même des mesures pour y répondre, notamment dans le cadre de codes de bonne conduite. Par contre, certaines recommandations nécessitent une intervention du législateur.*

### Suivi des recommandations

#### La vente d'une assurance tous risques GSM ou annulation de voyage mieux cadrée

Au cours de ces dernières années, l'Ombudsman a reçu un nombre important de demandes d'intervention concernant les assurances tous risques GSM et annulation. L'examen de ces demandes révèle que le consommateur reçoit souvent, lors de la souscription, une information erronée sur le contenu de ces produits ou que ceux-ci ne répondent pas à ses besoins. Ces assurances étaient vendues par des non-professionnels de l'assurance non soumis à la réglementation AssurMiFID. L'Ombudsman a recommandé en 2016 que tout vendeur de produits d'assurance dispose des qualifications nécessaires.

C'est avec une très grande satisfaction que l'Ombudsman constate que cette recommandation a été suivie. La loi transposant la directive sur la distribution d'assurance (IDD) a introduit un statut d'**intermédiaire « à titre accessoire »**. Désormais, toute personne en contact avec le public doit connaître et être capable d'expliquer au client les caractéristiques essentielles du contrat d'assurance. De plus, l'analyse des besoins et attentes du consommateur doit être effectuée dans tous les cas.

Dorénavant, l'Ombudsman est également compétent pour examiner les demandes concernant les intermédiaires à titre accessoire.

## Recommandations de l'Ombudsman

### Une réglementation pour les délais

28 % des demandes d'intervention en 2018 concernent les délais de réponse et de règlement des entreprises d'assurances. Le consommateur se plaint de ne pas avoir reçu de réponse concernant son contrat dans un délai raisonnable. Au niveau de la gestion des sinistres, la lenteur de règlement est le principal motif de doléance.

Il ressort de l'analyse de ces dossiers que dans 70 % des cas, les délais auraient pu être plus courts. Il faut toutefois noter qu'à l'ère du digital, le consommateur est devenu, de son côté, nettement plus exigeant.

Dans certaines branches d'assurance, un cadre légal a été fixé. Des délais de règlement ont ainsi été introduits avec succès en assurance auto et incendie. En 2015, l'Ombudsman avait plaidé pour l'élaboration d'un cadre réglementaire en assurance vie.

La problématique touche également d'autres branches d'assurance. L'Ombudsman constate notamment que 30 % des demandes d'intervention en assurance soins de santé concernent les délais de règlement.

#### **Recommandation :**

*L'Ombudsman recommande l'introduction d'un cadre légal général pour les délais de règlement des sinistres. La législation actuelle en matière d'assurance auto et incendie pourrait servir de modèle.*

*Une telle réglementation pousserait l'entreprise d'assurances qui ne respecterait pas les délais fixés, à informer l'assuré des motifs du retard et des obstacles à un règlement du sinistre.*

*Afin de garantir l'efficacité d'une telle réglementation, celle-ci devra être couplée à un système de pénalité tel que prévu par les législations existantes.*

*Ceci donnera non seulement à l'entreprise d'assurances des obligations objectives mais lui permettra aussi de mieux canaliser les attentes du consommateur.*

## **Un code de conduite encadrant les expertises**

L'expertise est un moment crucial dans la relation entre l'entreprise d'assurances et le consommateur. L'Ombudsman connaît de nombreuses demandes d'intervention dans lesquelles l'expertise est mise en cause par l'assuré tant sur le fond que sur la forme.

Comme l'expert est souvent le visage de l'entreprise d'assurances, un problème de communication au niveau de l'expertise a des conséquences directes sur l'image de l'entreprise, voire du secteur. Ceci vaut tant pour les inspecteurs et les experts techniques que pour les médecins-conseils. Il est à noter qu'As-suralia a déjà fait un premier pas en 2015 via une recommandation pour le règlement de sinistres et une charte pour les médecins-conseils.

### **Recommandation :**

*L'Ombudsman recommande qu'un cadre soit instauré par le secteur pour assurer le bon déroulement des expertises. Ceci pourrait se traduire par un code de bonne conduite précisant les informations à donner au consommateur par l'entreprise d'assurances à propos des expertises.*

*Avant l'expertise, l'assureur devrait expliquer précisément à l'assuré le rôle de l'expert, l'étendue de sa mission et la possibilité de se faire assister par un expert personnel.*

*L'entreprise d'assurances devrait inviter l'expert à expliciter les termes techniques utilisés durant l'expertise même. Le déroulement de l'expertise devrait également permettre à l'assuré d'exprimer ses arguments.*

*Après l'expertise, l'entreprise d'assurances devrait veiller à ce que les conclusions de l'expert soient suffisamment motivées. Dans un souci de transparence, ces conclusions ou à tout le moins un résumé adapté devrait être transmis au consommateur à sa demande. L'Ombudsman rappelle à cet égard sa recommandation de laisser un délai de réflexion au consommateur après l'estimation amiable des dommages.*

*Last but not least, les entreprises d'assurances seraient encouragées de la sorte à réserver un suivi qualitatif aux expertises effectuées en leur nom.*



## 7. INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

### 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. 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 2019 s'élève à 1.726.180,48 euros. Il est divisé en deux catégories :

- Dépenses de personnel : 1.348.762 euros
- Dépenses de fonctionnement : 317.418,48 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.

### Délais de gestion

La loi relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation instaure des délais stricts. 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 1<sup>er</sup> février 2019, le Service Ombudsman Assurances a clôturé 6.245 dossiers parmi les 6.491 dossiers reçus. En 2018, le délai moyen de traitement d'un dossier qui a fait l'objet d'une enquête s'élève à 58 jours. Ce délai est de 57 jours pour les dossiers à l'égard des entreprises d'assurances, de 67 jours pour ceux vis-à-vis des intermédiaires en assurances et de 53 jours concernant Datassur.

## Glossaire

**Assuralia** : Union professionnelle des entreprises d'assurances.

**Assurances soins de santé collectives** : Assurance maladie liée à l'activité professionnelle. Cette assurance est souscrite par une entreprise ou un employeur au profit d'une ou plusieurs catégories de ses travailleurs.

**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.

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

**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 représenté à la Commission des Assurances.

**FSMA** : Autorité des services et marchés financiers, autrefois CBFA. Autorité belge chargée, notamment, de veiller sur les marchés financiers et au traitement loyal du consommateur financier.

**Loi Verwilghen** : Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, M.B., 10 août 2007.

**RC auto** : Assurance obligatoire couvrant la responsabilité liée à la mise en circulation de véhicules automoteurs.

**RSR** : Risques Spéciaux/Special Risico's, fichier géré par Datassur.



## 8. EN BREF

---

### Le rapport annuel 2018 en 10 points !

#### 1. Le premier rapport annuel du nouvel Ombudsman des Assurances

Depuis novembre 2018, Laurent de Barsy est le nouvel Ombudsman des Assurances. Il a repris le flambeau de Josette Van Elderen qui profite d'une pension bien méritée après 23 ans de service.

#### 2. Une nouvelle hausse du nombre total des demandes

En 2018, l'Ombudsman a reçu 6.491 demandes d'intervention, ce qui représente une augmentation de 6 %. Cependant, demande n'est pas synonyme de plainte. Dans 23 % des demandes, l'Ombudsman a conseillé aux consommateurs de s'adresser en première instance au service de traitement des plaintes de l'entreprise d'assurances ou à l'intermédiaire. Dans ces cas, la relation avec le client pouvait encore être rétablie par les parties concernées elles-mêmes.

#### 3. Une diminution du nombre des demandes à l'égard des intermédiaires en assurances

La plupart des demandes sont introduites à l'encontre des entreprises d'assurances (89 %). Les réclamations à l'égard des intermédiaires représentent 10 % et celles à l'égard de Datassur 1 % seulement. Le nombre des plaintes à l'encontre des intermédiaires a chuté de 8 %, principalement en raison d'une diminution des demandes relatives aux assurances GSM et vie.

#### 4. Une solution dans 52 % des demandes examinées

Dans 52 % des cas analysés, le consommateur a obtenu une solution. Dans son rôle de prévention, l'Ombudsman a également pu fournir une réponse objective à des demandes d'informations (13 %), permettant ainsi d'éviter d'éventuels litiges.

## **5. Plus d'une demande sur quatre (28 %) porte sur les délais de gestion**

De nouveaux systèmes informatiques, des reprises de portefeuilles d'assurance, la cessation d'activités et le manque de personnel dans les entreprises d'assurances sont autant de facteurs qui engendrent des retards dans les délais de réponse envers le consommateur. De plus, à l'ère du numérique, le consommateur se montre toujours plus impatient. Dans 70 % des dossiers, il s'est avéré qu'un délai de gestion plus rapide était possible.

## **6. L'expertise suscite des tensions**

Bien souvent, l'expertise constitue un moment crucial dans le traitement d'un dossier d'assurance. L'expert intervient comme le visage de l'entreprise d'assurances. L'assuré estime souvent être démuné face à l'expert. Dans le cadre d'expertises en assurances auto ou incendie, ce sentiment découle fréquemment d'un manque de transparence quant aux notions utilisées, au contenu du rapport d'expertise, aux montants alloués ainsi que de l'attitude de l'expert. Lors d'une expertise médicale, l'assuré a souvent le sentiment de ne pas être entendu par le médecin-conseil.

## **7. Un quart de demandes en plus en assurances vie et soins de santé**

L'augmentation la plus significative du nombre de demandes concerne les assurances vie (+24 %) et soins de santé (+27 %). Avec l'assurance auto, ces branches d'assurance forment le trio de tête des branches pour lesquelles l'Ombudsman reçoit le plus de demandes. La hausse s'explique principalement par de nombreuses plaintes sur les longs délais de règlement dans ces deux branches.

## **8. Une simplification administrative s'impose**

Le consommateur se perd parfois dans l'administration de ses assurances. Résilier un contrat d'assurance peut ainsi être perçu comme complexe. Le consommateur n'est en outre pas toujours conscient des implications que peuvent avoir des formalités administratives. Il ne réalise par exemple pas qu'un changement d'adresse a un impact non seulement sur la prime d'une assurance incendie mais également sur celle d'une assurance hospitalisation.

## **9. La problématique du dégât des eaux découvert après l'achat d'un immeuble**

En assurance incendie, l'Ombudsman a reçu plusieurs demandes ayant trait à l'indemnisation de dégâts des eaux constatés peu de temps après l'achat d'un immeuble. Est-ce à l'assureur du vendeur ou de l'acquéreur d'intervenir ? L'assureur du nouveau propriétaire refuse généralement son intervention car la cause des dégâts est antérieure à la période de couverture. L'assureur du propriétaire précédent se retranche quant à lui régulièrement derrière la très fréquente clause d'exonération des vices cachés dans les contrats de vente. Bien que le bâtiment ait été assuré de manière continue, le consommateur se heurte à un double refus.

## **10. Les recommandations de l'Ombudsman**

- Une réglementation pour les délais

Les délais de règlement devraient être régis, pour chaque branche d'assurance, par un cadre objectif. L'Ombudsman recommande l'introduction d'un cadre légal pour les délais de règlement des sinistres. La législation actuelle en matière d'assurance auto et incendie pourrait servir de modèle.

- Un code de conduite encadrant les expertises

L'Ombudsman recommande au secteur de créer un cadre visant à assurer le bon déroulement des expertises. Ceci pourrait se faire par un code de bonne conduite précisant les informations à donner au consommateur au sujet de la tenue d'une expertise et le délai dans lequel il doit les recevoir. Ce code peut également permettre aux entreprises d'assurance de contrôler la qualité des expertises.