

# L'Ombudsman

DES ASSURANCES

2001  
RAPPORT D'ACTIVITÉS

**Nouvelle adresse:**  
Square de Meeûs, 35  
B-1000 Bruxelles

# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
<b>2. Événements de 2001</b>	<b>5</b>
2.1. Les attentats terroristes du 11 septembre	5
2.2. Une vision actualisée de la convention IADC/CMRP	6
2.3. Un cahier de l'assurance: "Assurance et Prévention"	7
<b>3. Statistiques et analyse</b>	<b>9</b>
3.1. Introduction	9
3.2. Nombre de plaintes	10
3.3. Provenance des plaintes	11
3.4. Répartition par branche	12
3.5. Motifs des plaintes	13
3.6. Résultats des plaintes	21
3.7. Tableau récapitulatif	23
<b>4. Recommandations</b>	<b>25</b>
4.1. Suivi des recommandations émises dans le rapport de 2001	25
4.1.1. Branche vie: transparence dans les coûts	25
4.1.2. Assurances hospitalisation: l'adaptation tarifaire progressive	26
4.1.3. Montant de la franchise: valeur à neuf ou valeur réelle?	26
4.2. Recommandations sur la base des doléances formulées en 2001	27
4.2.1. Recommandation N° 1	27
4.2.2. Recommandation N°2	27
<b>5. Conclusion</b>	<b>29</b>
<b>Annexe 1: Cas d'intervention</b>	<b>31</b>
<b>Annexe 2: Charte de l'Ombudsman des assurances</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 3: Extrait Assurinfo n° 37 22/06/00</b>	
Le Bureau insiste pour une indexation des primes de l'assurance soins de santé	38
<b>Annexe 4: Extrait du rapport annuel de l'année 1999:</b>	
Recommandations sur la base de doléances formulées en 1999	40
<b>Annexe 5: Liste des entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte</b>	<b>41</b>
<b>Annexe 6: Procédure d'accès à l'Ombudsman</b>	<b>43</b>
Quels types de plaintes peuvent lui être soumises?	43
Comment la contacter?	43

# 1 Introduction

## Vers de nouveaux horizons...

*“L’Ombudsman de l’UPEA n’est plus; vive l’Ombudsman des assurances” titrait le bulletin hebdomadaire de l’Union professionnelle des entreprises d’assurances.<sup>(1)</sup>*

*L’Ombudsman des entreprises d’assurances devient l’Ombudsman du secteur.*

*Les différents acteurs du secteur de l’assurance poursuivent, en synergie, des actions pour se rapprocher du consommateur et mieux répondre à ses attentes.*




*Ils offrent à leurs clients qui ne sont pas satisfaits d’un service ou d’une information la possibilité de recourir à un avis neutre et objectif.*

*Ainsi, ils proposent un **guichet unique** auquel tout mécontent pourra adresser ses réclamations.*

*L’Ombudsman connaîtra ainsi des demandes d’information et des plaintes à l’encontre des entreprises d’assurances, des intermédiaires d’assurances (courtiers et agents), ainsi que de Datassur.<sup>(2)</sup>*

<sup>(1)</sup> Assurinfo n° 40 – 13/12/2001 P.3

<sup>(2)</sup> Datassur est un groupement d’intérêt économique qui gère notamment des banques de données.



*En couvrant désormais le secteur tout entier, l'Ombudsman des assurances peut répondre aux doléances en disposant de l'ensemble des composantes d'une affaire. Il aura accès tant au dossier de l'entreprise d'assurances qu'à celui de l'intermédiaire. Il dispose ainsi d'une arme supplémentaire pour aider le consommateur qui globalise son problème d'assurance et ne voit pas toujours où la difficulté réside.*

*Les principes fondamentaux qui régissent la mission de l'Ombudsman ont été consignés dans une charte<sup>(3)</sup> à laquelle ont souscrit toutes les fédérations professionnelles du secteur des assurances et Datassur. Cette charte reprend, entre autres, les quatre principes fondamentaux auxquels ont souscrit les membres de la Concertation Permanente des Médiateurs et Ombudsmans (CPMO).*

---

<sup>(3)</sup> Voir annexe 2

# 2 Événements 2001

## 2.1 LES ATTENTATS TERRORISTES DU 11 SEPTEMBRE

Nul ne pourra penser à l'année 2001 sans se rappeler la journée du 11 septembre où les célèbres tours du WTC de New York se sont écroulées.

A côté du spectacle apocalyptique et des drames humains, le monde économique a été ébranlé et le secteur de l'assurance en particulier.

En effet, les entreprises d'assurances concernées ont dû indemniser les victimes. Les débours sont importants. Immédiatement se sont aussi posées les questions sur la couverture des risques dans le futur. Ces événements révèlent des attentats et des actes de terrorisme d'un type nouveau. Les risques ont pris une nouvelle dimension et dans les différentes branches, les assureurs s'interrogent sur le point de savoir dans quelles conditions ils peuvent les couvrir.

Par ailleurs, les pertes financières subies par les groupes d'assurances à l'échelle mondiale ont entraîné indirectement des mesures drastiques au niveau de la qualité des risques en portefeuille: des critères d'acceptation plus sélectifs et des politiques d'assainissement accrues.

Un meilleur rendement technique doit pouvoir compenser la baisse marquante des revenus financiers.



## 2.2 UNE VISION ACTUALISÉE DE LA CONVENTION IADC/CMRP

La convention IADC/CMRP conclue entre assureurs a pour but d'accélérer l'indemnisation des victimes d'un accident de circulation.

**IADC / CMRP** signifie "Indemnisation Accélérée des Dommages Corporels" et "Convention Multilatérale de Règlement Provisoire". En application du volet IADC, la victime non responsable pourra demander à l'assureur qui couvre le véhicule en responsabilité civile la réparation de son dommage corporel.

Le volet CMRP par contre vise le règlement des dommages tant corporels que matériels subis par des victimes innocentes dans les cas où les responsabilités entre deux ou plusieurs parties impliquées sont contestées.

Ces conventions prévoient des délais de règlements.

Depuis leur mise sur pied, il y a eu de nouvelles interventions législatives.

Plus précisément, depuis 1995 les "usagers faibles" de la route (piéton, cycliste, passager) bénéficient d'une indemnisation automatique pour leurs dommages corporels. De plus, la 4<sup>ème</sup> directive européenne "RC Auto" appelée "Rothley" vise également l'accélération de l'indemnisation des victimes d'accident de circulation survenu à l'étranger.

Les assureurs ont intégré ces législations et ont adopté des règles de conduite entre eux afin d'écartier les discussions sur les interprétations possibles. L'indemnisation du lésé en sera facilitée et accélérée puisque la législation actuelle ne prévoit pas encore de délai de règlement.<sup>(4)</sup>

<sup>(4)</sup> Pour plus de détails voir Assurinfo n°2 – 17 janvier 2002

### 2.3 UN CAHIER DE L'ASSURANCE: "ASSURANCE ET PRÉVENTION"

Le rôle de l'assureur est d'apporter la sécurité.

Les assureurs, depuis quelques années, développent une autre approche de l'assurance: "prévenir plutôt que guérir!".

Dans le cadre du développement de cette politique de prévention, l'union professionnelle des entreprises d'assurances a publié un cahier, reprenant des interventions significatives en la matière.

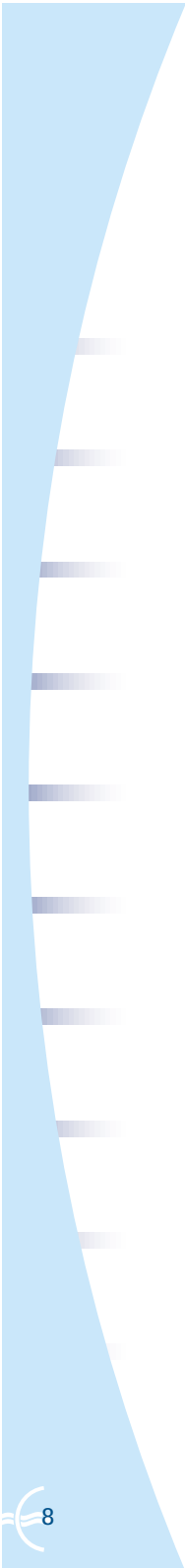
Comme le déclare dans l'avant-propos Michel Baecker, administrateur délégué:

*"Les assurés attendent de l'assurance non seulement une intervention lorsque survient l'aléa, mais également une protection. Ce n'est qu'en prenant conscience de cette attente que l'assureur pourra procurer un sentiment d'apaisement et se forger une image positive auprès de ses clients et du grand public".<sup>(5)</sup>*

Comme l'indique également son titre "Assurance et Prévention, un appel, un encouragement", ce cahier est un appel aux assureurs. Il est aussi un encouragement pour ceux qui développent déjà les techniques permettant d'éviter la réalisation des risques, ainsi que pour ceux qui soutiennent des efforts d'information vers le public.



<sup>(5)</sup> A découvrir sur le site [www.upea.be](http://www.upea.be)





# 3 Statistiques et analyse

## 3.1 INTRODUCTION

L'analyse statistique des plaintes traitées par l'Ombudsman se fonde sur des codes qui sont déterminés au moment de l'enregistrement de la plainte qui lui est adressée.

Ces codes sont répartis en cinq catégories :

### a. La branche

Sous cet aspect, les plaintes sont classées en fonction de la branche ou sous-branche, voire la garantie d'assurance concernée (auto, vie, incendie, vol, ...).

### b. La provenance

Ce code identifie le profil de celui qui a introduit la plainte (assuré, intermédiaire, autre...)

### c. Le motif

Ce code permet de répertorier le motif qui a incité le plaignant à introduire sa requête. De quoi est-il insatisfait ? Pourquoi fait-il appel à l'Ombudsman ?

### d. Le type de dossier

On sépare les doléances qui concernent la "production", c'est-à-dire la conclusion du contrat de celles qui ont trait au "sinistre" c'est-à-dire au moment où l'assureur va exécuter les prestations auxquelles il s'était engagé.

### e. Le résultat

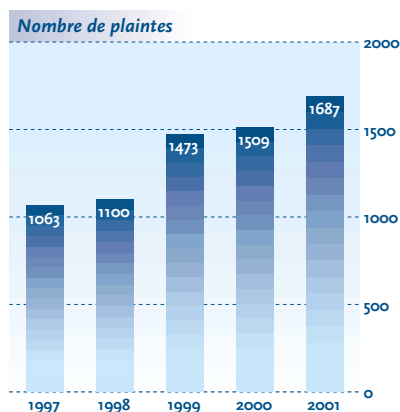
Cette codification dissocie les plaintes qui font l'objet d'une analyse par l'Ombudsman de celles qu'elle n'a pas eu à traiter. On indique le motif pour lequel certaines sortent de sa compétence: appel à l'Office de contrôle des assurances (OCA), questions relevant du domaine commercial, de la politique d'acceptation des risques, ...

Parmi les plaintes analysées, on distinguera les plaintes fondées des non-fondées.

### 3.2 NOMBRE DE PLAINTES

En 2001, l'office de l'Ombudsman a enregistré 1687 plaintes écrites alors qu'en 2000 le nombre s'élevait à 1509. Il enregistre donc une croissance globale de +/- 12%. En cinq ans de temps, l'augmentation s'élève à près de 60%.

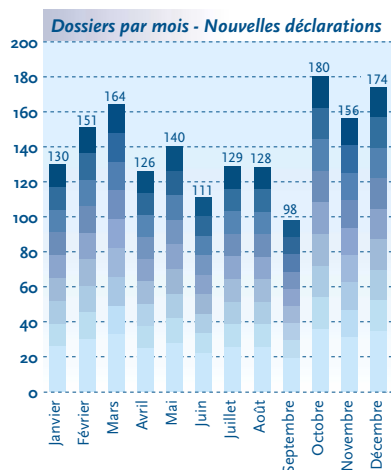
Cette croissance s'explique essentiellement par la notoriété de la fonction.



#### Par quels canaux le public peut-il connaître l'Ombudsman?

Il en existe plusieurs. Il y a l'insertion dans les conditions générales des contrats qu'émettent les entreprises d'assurances, la mention dans des listes récapitulatives des centres d'aide en cas de difficulté ainsi que dans des recueils reprenant les possibilités de recours extra-judiciaires. Il y a également les informations sur les sites Internet et tout simplement le 'bouche à oreille'. Mais ce sont les médias qui restent la voie principale. Incontestablement, ils influencent le comportement du public et lui offrent l'accès le plus direct à l'information.

Il suffit de constater dans le graphique ci-dessous, les hausses du nombre de plaintes au mois d'octobre suite à la conférence de presse pour la présentation du rapport annuel 2000 et au mois de décembre, suite à celle annonçant la transformation de l'Ombudsman de l'UPEA en un Ombudsman des assurances.



Les statistiques sont fondées sur les plaintes écrites. Si, il y a quelques années encore, quasi toutes les plaintes parvenaient à l'Ombudsman par voie postale, le consommateur recourt très largement au fax et, petit à petit, également au courrier électronique. Une petite centaine de doléances ont été communiquées par ce nouveau moyen de communication qui va se développer. Il faut que l'office de l'Ombudsman intègre la gestion de ces mails dans son organisation future.

L'Ombudsman est repris sur le site de l'UPEA, mais il prévoit de se doter d'un site propre.

### 3.3 PROVENANCE DES PLAINTES

Le code de provenance est sélectionné sur la base du profil de la personne qui introduit la plainte. La majorité d'entre elles ont été introduites par les assurés et les ayants droits. Elles représentent ensemble plus de 66%. Les avocats ont introduit 74 plaintes qui ont trait pour 57% à la branche protection juridique et au refus d'intervention de la compagnie.

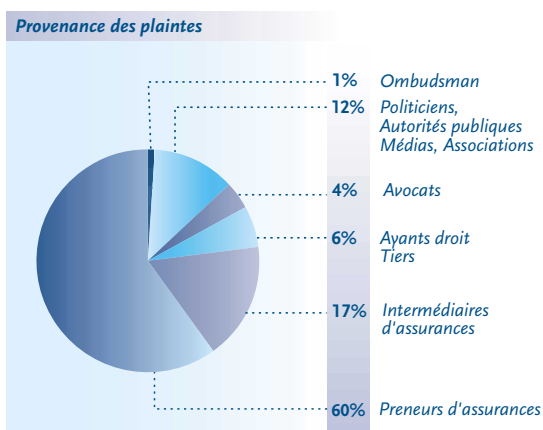
Bien qu'ils n'aient pas la qualité d'assuré, ils ont néanmoins un intérêt direct.

En général les plaintes sont introduites par la personne qui a un intérêt personnel dans l'exécution des engagements de l'assureur.

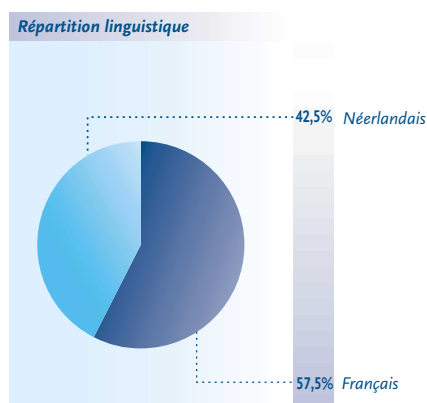
Ensuite viennent les doléances introduites par les intermédiaires d'assurances qui représentent +/- 16%.

L'Ombudsman des assurances enregistre 24 plaintes transférées par des collègues Ombudsman.

On doit y voir la volonté des Ombudsmans, de quelque secteur qu'ils soient, d'aider concrètement le consommateur ou le citoyen qui le contacte. Les concertations au sein de la Concertation Permanente des Médiateurs Ombudsmans (CPMO) favorisent les échanges et permettent à chaque membre de connaître l'étendue des compétences de ses collègues. De même, si un dossier peut chevaucher deux domaines de compétence, c'est dans un esprit collégial et d'efficacité qu'ils traiteront ensemble la plainte.



Si le nord du pays compte plus d'Ombudsmans, les francophones introduisent dans le domaine de l'assurance, de manière récurrente, plus de plaintes. Cet écart s'illustre dans les branches auto et protection juridique.



### 3.4 RÉPARTITION PAR BRANCHE

A l'instar des années précédentes, les plaintes portent essentiellement sur la **branche automobile** et principalement sur l'assurance RC obligatoire; elles représentent depuis plusieurs années plus de 30%.

Les plaintes augmentent en **incendie** (+ 20%) et plus précisément pour la garantie dégâts des eaux ainsi qu'en **soins de santé** (+ 68% en deux ans). En vol habitation, le nombre de plaintes a augmenté de 39% sur deux ans.

Il y a un statu quo en **protection juridique** avec un pourcentage toujours assez élevé de 16% et en **branche vie** 10% .

L'explication de l'ensemble de ces fluctuations se trouve essentiellement dans les raisons pour lesquelles le consommateur se plaint (voir point 3.5 "Motifs des plaintes").

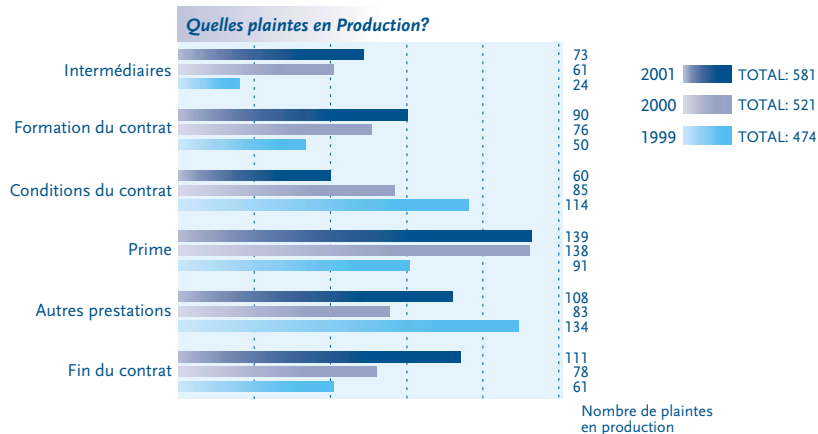
	2001		2000	
Automobile	545	33%	508	34%
Incendie	245	15%	197	13%
Vol hors auto	54	3%	33	2%
Accidents du travail	48	3%	43	3%
Vie	171	10%	170	11%
Responsabilité Civile	118	7%	110	7%
Soins de santé / Revenu garanti	122	7%	112	7%
Individuelle Accidents	22	1%	18	1%
Protection Juridique	276	16%	247	17%
Divers (voyage, annulation, transport,...)	86	5%	71	5%

### 3.5 MOTIFS DES PLAINTES

65% des plaintes concernent le **règlement des sinistres**.

Il s'agit d'un phénomène constant qui s'explique facilement car c'est au moment de la survenance du sinistre et du règlement de celui-ci que l'assuré va pouvoir évaluer l'étendue, le contenu et la qualité des prestations qu'il attendait de son assureur.

#### a. Quelles plaintes en production?



De plus en plus souvent, les plaignants saisissent l'Ombudsman pour des contestations relatives à la **résiliation des contrats**.

Les plaintes sont de deux ordres:

- soit le consommateur se plaint de la résiliation de son contrat,
- soit il se plaint du refus de la compagnie d'accepter la résiliation qu'il lui a notifiée.

Le rôle de l'Ombudsman est de vérifier si les lois et les dispositions contractuelles ont été respectées.

En effet, pour autant qu'elles suivent les délais et les formes légales, les entreprises d'assurances en tant que sociétés commerciales sont libres de garder un risque en portefeuille.

La plupart du temps, le premier contact est téléphonique sans donner lieu à une réclamation écrite. Mais, sur la base des écrits enregistrés, l'Ombudsman a constaté que plus de 50% de ces plaintes verbales sont fondées (voir info p.20).

Peu significatives dans le passé, ces plaintes relatives aux résiliations augmentent constamment. Depuis le mois d'octobre 2000, on enregistre une augmentation constante, surtout en responsabilité civile automobile. A ce type de plainte, il faut joindre les plaintes enregistrées sous le motif "risques difficiles à placer": il s'agit de consommateurs qui se plaignent des difficultés qu'ils rencontrent pour pouvoir s'assurer ou tout le moins de s'assurer à une prime qu'ils estiment raisonnable, acceptable.

Cette situation est la conséquence des politiques d'assainissement de portefeuille que mènent les entreprises d'assurances pour garantir l'équilibre de leurs résultats: elles écartent les mauvais risques ou risques "alourdis" et se montrent très sélectives à la souscription.

Il n'est pas étonnant dans ce contexte que les statistiques révèlent une augmentation sensible des cas de non-assurance en assurance responsabilité civile obligatoire automobile.

Lors de la présentation du rapport d'activités 2001 à la presse, le président de l'UPEA a déclaré que l'assurance auto constituait actuellement un réel problème. Les entreprises d'assurances ont constaté des pertes techniques récurrentes qui sont la conséquence d'une part, de la baisse des primes unitaires (-8% en 5 ans) dans un environnement de concurrence et d'autre part, de l'augmentation d'éléments extérieurs tels que coûts des véhicules, des pièces de remplacement...<sup>(6)</sup> plus le nouveau tableau indicatif lésions corporelles.

Le président de l'UPEA a reconnu que certaines catégories de personnes (des jeunes et des plus âgés) ne trouvent plus, suite aux techniques de segmentation, à s'assurer à un prix acceptable auprès des entreprises d'assurances. Mais, a-t-il ajouté, c'est globalement qu'une solution doit être recherchée. Ainsi, il a insisté pour que les pouvoirs publics renforcent les mesures de prévention et autorisent une adaptation tarifaire automatique liée à l'évolution des éléments extérieurs précités; tout en invitant les responsables des entreprises d'assurances à la créativité pour répondre à ce malaise.

A travers certaines doléances, l'Ombudsman a pu se rendre compte que les intermédiaires et les candidats - assurés qui s'adressaient au "Pool des risques difficiles à placer" manquaient souvent d'information sur les éléments nécessaires pour obtenir les conditions de couverture. D'autres se plaignaient de la lourdeur administrative.

---

<sup>(6)</sup> rapport d'activités 2001, UPEA, p. 51

Sans attendre la clôture de l'année et la possibilité d'informer le secteur par voie de recommandation, l'Ombudsman a sensibilisé les responsables du Pool au fonctionnement de celui-ci. La requête a reçu une réponse constructive. Ainsi, dès la fin du mois de janvier 2002, le site Internet du "Fonds commun de garantie automobile" comporte un volet "risques difficiles". Il décrit la procédure et donne accès direct au formulaire "proposition d'assurance" qu'il faut remplir.<sup>(7)</sup>

De plus, la mise en place de ce site a fait l'objet d'une campagne d'information auprès des intermédiaires.

Si les entreprises d'assurances écartent certains types de risques, elles vont par contre s'accrocher pour maintenir de bons risques.<sup>(8)</sup>

Elles ont tendance à interpréter de manière stricte les dispositions qui règlent les modalités pratiques de l'envoi d'une résiliation.

Des erreurs ou oublis administratifs peuvent s'y glisser. Ainsi, l'absence des différentes références, des numéros de contrat concernés, l'usage du nom erroné de la compagnie après une fusion, l'envoi de la lettre recommandée de résiliation à l'intermédiaire sont autant de raisons qu'invoque l'assureur pour refuser la résiliation.

#### **b. Quelles plaintes en règlement de sinistre?**

(nombre de plaintes en règlement de sinistre)	2001 nombre	2000 nombre	1999 nombre
- Prestations de l'assureur	1083	988	999
- liquidation trop lente / non réponse	134	178	187
- défaut de justification	167	139	138
- comportement des mandataires (avocats, experts, médecins)	27	11	13
- paiement de provisions	18	5	3
- application des conventions	23	10	13
- refus d'intervention	460	454	431
- gestion passive en Protection Jur.	63	32	55
- montant de la prestation	191	155	159

<sup>(7)</sup> voir site [www.fcga-gmwf.be](http://www.fcga-gmwf.be)

<sup>(8)</sup> voir cas d'intervention n° 5

A cet égard, l'Ombudsman rappelle la recommandation reprise dans son rapport annuel de 1999 <sup>(9)</sup> à laquelle la commission mixte de productivité n'a pas encore réservé de suivi.

Avec +/-43%, le refus d'intervention est le principal motif invoqué en matière de sinistres.

Ce pourcentage est quasi identique à l'an dernier.

Par contre, il y a une augmentation des plaintes relatives au "montant de la prestation", au "défaut de justification" et à la "gestion passive en protection juridique".

Le **refus d'intervention** représente 75% des raisons pour lesquelles l'Ombudsman est saisi dans les garanties "vol" et les contrats "annulations de voyages".

En soins de santé, ce pourcentage passe à 50% et en dégâts des eaux et protection juridique à 25%.

En *assurances soins de santé*, les entreprises d'assurances refusent de prendre en charge les frais médicaux d'hospitalisation en invoquant un état préexistant du malade alors même qu'il est de bonne foi. Ce problème récurrent reste aigu et il faut espérer que les réflexions menées au sein de la sous-commission <sup>(10)</sup> "Pratique de l'assurance et qualité" aboutissent à une solution raisonnable pour les assurés de bonne foi. Les assureurs refusent également de prendre en charge les interventions qu'elles estiment purement esthétiques alors que le plaignant, lui, invoque une altération à son état de santé.

Dans certains cas, le refus porte sur certains postes de la facture tels que du matériel de prothèse cardiaque non repris sous un code Inami.

En *protection juridique*, la majorité des refus d'intervention se fonde sur la possibilité que les entreprises d'assurances se réservent de trouver une solution amiable au litige. Mais de plus en plus de doléances concernent également l'interprétation des conditions générales et plus précisément la portée des garanties autres que celles relatives à l'automobile. Les discussions sont axées sur la notion de sinistre et le moment de sa survenance, des discordances peuvent être observées aussi, lorsque les litiges contractuels sont exclus. Quand le litige s'inscrit dans le cadre d'un contrat, l'assureur refuse de prendre en charge les frais de justice lorsque le recours est fondé tant sur la responsabilité civile extra - contractuelle ou le trouble de voisinage que sur la responsabilité contractuelle. Il estime que le concours de responsabilités n'est invoqué que pour obtenir son intervention. A cet égard, dans un souci de transparence, certaines entreprises

(9) voir annexe 4 extrait rapport annuel 1999 p.22

(10) Cette sous-commission dépend de la commission des assurances qui rapporte au Ministre de l'Economie



d'assurances précisent dans les conditions générales des contrats que sont exclus de la couverture, tous les litiges où il existe un lien contractuel.

Le motif des doléances le plus souvent invoqué, après le refus d'intervention, est le **montant de la prestation**. Il concerne 25% des plaintes dans la branche "accidents du travail" et 16% dans la branche "incendie".

La victime d'un *accident du travail* méconnaît souvent les principes de base qui régissent son indemnisation et confond avec ceux qui établissent les indemnités versées en droit commun par l'entreprise d'assurances du responsable. Les interventions sur base de la loi sur les accidents du travail ont un caractère prioritaire et sont plafonnés.

Les différences concernent principalement la prise en charge du montant des frais médicaux, l'absence d'indemnité pour le dommage moral, le calcul de l'incapacité sur base économique et non physiologique.

En tout état de cause, l'Ombudsman, saisie d'une demande qui porte sur l'approbation du *montant de l'indemnité* allouée, va se limiter à vérifier si les prescrits légaux et conventionnels ont été respectés. Elle va donc contrôler l'application correcte des franchises, le décompte d'une quittance établie sur la base d'un contrat "dégâts matériels" (omnium auto) ou sur la base d'un rapport d'expertise en assurances incendie ainsi que l'application des dispositions fiscales. Mais elle n'entamera pas de négociations avec les entreprises d'assurances et ne conseillera pas les assurés ou victimes sur les indemnités relatives aux dommages pour lesquels les tribunaux octroient des montants variables (chômage et financement du véhicule, dommages suite à une incapacité temporaire ou totale, dommage moral ou esthétique...). Elle renvoie vers les conseillers en assurances (intermédiaires), les assureurs protection juridique et les avocats dont le rôle essentiel est d'assister et de conseiller la victime dans ses prétentions.



Le nombre de plaintes relatives à un **défait de justification** croît. La communication reste visiblement le noeud du problème au sein du secteur.

L'assurance est de plus en plus spécialisée et son environnement de plus en plus complexe. Face à des notions abstraites et un jargon technique propre, le non-initié éprouve des difficultés à s'y retrouver. Ces obscurités font naître un sentiment de méfiance.

Ainsi l'Ombudsman est de plus en plus souvent saisi de *demandes d'information*.

Le consommateur cherche à trouver des renseignements ou la confirmation d'une information auprès de quelqu'un de neutre et objectif.

Une large part de cet aspect de l'activité de l'Ombudsman se réalise par téléphone. Les entretiens demandent du temps et une écoute attentive. Il n'est pas toujours facile pour celui qui appelle de formuler son inquiétude. Une fois la question cernée, saisie, il faut que les renseignements communiqués soient explicites et que la réponse soit donnée dans un vocabulaire compréhensible sur la base d'une logique accessible à tout un chacun.

De plus en plus, le consommateur recherche également des informations par la messagerie électronique. La majorité des mails portent sur des demandes de renseignements. Il faut en tenir compte dans la conception du site propre à l'Ombudsman.

Ainsi, il sera nécessaire d'y inclure un volet qui reprend les réponses aux questions répétitives relatives à des informations d'ordre général. Il s'agit par exemple d'informations sur les incidences pratiques de nouvelles législations, l'application de franchises légales...

Les services Ombudsman sont, de manière générale, considérés comme des centres où l'on peut recueillir des informations.

Dans le secteur des assurances, l'Ombudsman et son équipe doivent tenir compte, dans les demandes d'information, du rôle des autres acteurs du secteur.

L'Ombudsman ne peut en aucun cas se substituer au conseiller en assurances (courtiers, agents, ...), au service d'accueil existant au sein des compagnies, aux assureurs protection juridique...

Il n'est pas toujours facile de faire comprendre à l'interlocuteur les limites de la fonction.

Il faut regretter qu'encore trop de compagnies négligent l'accueil de leurs assurés et des victimes, ou à tout le moins, les informent mal sur les moyens d'y accéder.

Malgré les efforts entrepris au sein des entreprises, les gestionnaires des dossiers méconnaissent encore trop souvent l'importance de la qualité de la rédaction et de la formulation d'un message adressé à un assuré, une victime. Un écrit clair est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'un refus d'intervention même si, techniquement, il est justifié. Les entreprises d'assurances qui travaillent avec des réseaux de conseillers en assurances (courtiers, agents, ...) comptent sur ces intermédiaires pour fournir l'explication appropriée. Malheureusement, le relais peut être déficient...

L'Ombudsman enregistre même des plaintes où l'assuré, qui interroge la compagnie sur différents points, rencontre des difficultés pour obtenir l'ensemble des informations qu'il attend. Il faut parfois 4 à 5 échanges de correspondance pour obtenir la réponse globale!

La **lenteur des règlements** est aussi un motif d'insatisfaction de plus en plus souvent invoqué par les plaignants. Même lorsque la plainte n'a pas été codifiée sous ce motif, cet aspect est soulevé accessoirement à la demande principale.

Par téléphone, les plaignants interpellent l'Ombudsman afin de savoir s'il est normal que la levée d'un dossier répressif prenne plusieurs mois, la clôture d'une expertise plusieurs semaines...

Existe-t-il des délais légaux de règlement? Quelles sont les sanctions en cas de retard?

Les lenteurs de délai de règlement sont souvent liées aux difficultés que rencontrent les victimes pour avancer les fonds nécessaires à la réparation du dommage ainsi qu'aux désagréments liés à l'état du bien sinistré.

Le délai nécessaire pour achever l'expertise amiable ou judiciaire (voir motif "*comportements des mandataires*") est un motif fréquent de retard.

Les assurés oublient que, selon les principes généraux du droit, la charge de la preuve leur incombe. Il leur appartient de prouver que le sinistre et l'étendue des dommages tombent sous le couvert des garanties du contrat. Négligeant cet aspect, ils s'insurgent contre les demandes complémentaires, les inspections, les expertises... Ces enquêtes sont faites pour l'aider dans la réalisation de cette obligation. Elles permettront également à l'assureur de se faire une conviction.

En assurance de dommages, les entreprises d'assurances doivent pouvoir déterminer l'origine du sinistre et l'ampleur des dégâts. La loi sur les assurances terrestres en consacre le principe dans son article 56. Elle prévoit même des sanctions si l'assuré prenait des dispositions qui rendraient difficile voir impossible les constatations.

Dans certains cas les dommages résultent de la faute d'un tiers.

C'est le cas où l'incendie d'un bâtiment survient alors que les travaux sont en cours. Si plusieurs entrepreneurs sont concernés, il faut impliquer les différentes parties et leurs assureurs éventuels à la cause pour que les constatations leur soient opposables. Dans ces cas, l'Ombudsman rappellera aux plaignants leurs obligations mais les aidera à rassembler les informations qui peuvent être pertinentes pour l'assureur, à accepter de se rendre chez un médecin conseil, à dialoguer avec un inspecteur. Après du gestionnaire du dossier, elle pourra lui présenter les éléments objectifs et le sensibiliser à la réalité. Dans ce contexte, il faut souligner l'importance de toutes les initiatives qui sont prises par le secteur pour accélérer le règlement des sinistres (voir supra p. 6).

Il y a peu d'interventions du législateur en la matière mais, par contre, une surcharge et un retard pesant de l'appareil judiciaire.

Les plaintes formulées en protection juridique sur la "gestion passive" de l'assureur sont liées à cet aspect de célérité du règlement. Il est désolant de constater qu'alors que sa mission est d'assister son assuré, il se voit reprocher une carence de service. Dans 60% des cas, les plaintes étaient fondées.

Il faut également voir à travers les plaintes qui augmentent sur la base du motif "paiement de provisions" et "application des conventions" le souhait du consommateur d'obtenir au plus vite une indemnisation ne fût-ce que partielle.



### 3.6 RÉSULTATS DES PLAINTES

En 2001, 46% des plaintes s'avèrent fondées, contre 45% en 2000.

On note donc une légère dégradation.

Pour apprécier le caractère fondé d'une plainte, l'Ombudsman se réfère au motif formulé dans l'écrit qui lui est transmis.

Or, le motif mis en avant est souvent technique (voir point 3.5 "Motifs des plaintes").

Le motif apparent peut cependant voiler d'autres motifs qui sont également source d'insatisfaction. Les plaintes non - fondées sur le plan technique témoignent souvent de l'incompréhension et du manque de confiance dans l'entreprise d'assurances ou dans le conseiller en assurances. Cet état d'esprit se traduit également dans le nombre croissant des demandes d'information. Si pour la plupart, elles font l'objet d'un simple appel téléphonique, on constate que ce type de requête écrite augmente également chaque année. Elles représentent 6,5% en 2001.

Sur 1687 plaintes, 17,5% n'ont pas fait l'objet d'une négociation avec les entreprises d'assurances.

Parmi ces 296 plaintes, 52 ont également été introduites auprès de l'OCA.

En vertu d'un accord existant entre les deux instances, l'Ombudsman des assurances va, dans cette hypothèse, se dessaisir de la plainte et laisser à cet organisme, rapportant au Ministère des Affaires Economiques, le soin de l'instruire.

Le nombre de demandes d'information qui sortent des attributions de l'Ombudsman représente 59% des plaintes qui ne font pas l'objet de négociation et 13% concernent une doléance à l'égard d'une compagnie non - membre de l'UPEA .

Le surplus rentrait dans le champ de compétence d'un autre Ombudsman.

L'analyse approfondie des résultats sous divers angles révèle des écarts par rapport au résultat global.



#### a. Provenance et résultats

---

59 % des plaintes introduites par les **avocats** sont fondées ainsi que 51% de celles introduites par les **intermédiaires**.

#### b. Branches et résultats

---

56% des plaintes en **soins de santé** sont fondées contrairement à l'année précédente où 27% seulement des plaintes étaient fondées.

Le motif principalement invoqué est le refus d'intervention.

En branche "**annulation voyage**" 17% seulement sont fondées. Les consommateurs saisissent l'Ombudsman sur la base du refus d'intervention. Lors de l'achat de ces contrats comme produit annexe à un contrat de voyage, le consommateur s'avère mal ou pas informé. Il est dans l'illusion que tout contretemps qu'il rencontre dans la réalisation de son projet lui permettra d'annuler son voyage et que les frais seront remboursés par l'assureur.

#### c. Motifs et résultats

---

62% des plaintes relatives au **refus d'intervention** sont non-fondées. Si, techniquement, les entreprises d'assurances ont raison dans ces cas, il reste néanmoins que la communication est déficiente.

56% des plaintes relatives à la **résiliation** sont fondées.

Les plaintes introduites par écrit sous ce motif ont souvent fait l'objet d'un entretien téléphonique préalable. Elles ne font l'objet d'un écrit que si, lors de ce premier contact, l'Ombudsman ou son équipe estime qu'un examen plus approfondi s'impose.

### 3.7 TABLEAU RÉCAPITULATIF

	2001		2000	
	nombre	%	nombre	%
<b>1. Nombre de dossiers</b>	1.687	100 %	1.509	100 %
<b>2. Provenance des plaintes</b>				
• Preneurs/assurés	1003	60 %	902	60 %
• Producteurs	269	17%	238	16%
• Ayants droit/Tiers	109	6%	148	10 %
• Avocats	74	4%	93	6%
• Politiciens/Autorités publ. Médias/Assoc. consommateur, Internet	206	12%	128	8%
• Ombudsman	26	1%		
<b>3. Branches concernées</b>				
• Automobile	545	33%	508	34%
• Incendie	245	15%	197	13%
• Vol hors auto	54	3%	33	2%
• Accidents du travail	48	3%	43	3%
• Vie	171	10%	170	11%
• Responsabilité Civile	118	7%	110	7%
• Soins de santé/Rev. Garanti	122	7%	112	7%
• Individuelle Accidents	22	1%	18	1%
• Protection Juridique	276	16%	247	17%
• Divers (voyage, annulation, transport, ...)	86	5%	71	5%

	2001		2000	
	nombre	%	nombre	%
<b>4. Motif des plaintes</b>				
• Intermédiaires (présentation abusive, comportement, mandats de placement, ...)	73	4%	61	4%
• Formation du contrat (proposition, demande, reprise, validité, preuve, ...)	90	5%	76	5%
• Conditions du contrat (durée, demande restée sans suite, garanties, ...)	60	4%	85	6%
• Prime (calcul, paiement, remboursement, ...)	139	8%	138	9%
• Autres prestations (rachat, réduction, participation bénéficiaire, ...)	108	6%	83	6%
• Prestations de l'assureur	1083	65%	988	65%
> liquidation trop lente/ non réponse		8%		12%
> défaut de justification		10%		9%
> comportement des mandataires (avocats, experts, médecins)		1,6%		0,7%
> paiement de provisions		1%		0,3%
> application des conventions		1,4%		0,6%
> refus d'intervention		27%		30%
> gestion passive en Prot. Jur.		4%		2%
> montant de la prestation		12%		10,4%
• Fin du contrat (expiration, résiliation, suspension, Datassur)	111	7%	78	5%
<b>5. Résultat des plaintes</b>				
• Fondé		46%		45%
• Non fondé		54%		55%



# 4 Recommandations

## 4.1 SUIVI DES RECOMMANDATIONS ÉMISES DANS LE RAPPORT 2001

Depuis que la mission complémentaire de prévention des litiges a été confiée à l'Ombudsman, les organes de gestion de l'Union professionnelle des entreprises d'assurances informent et sensibilisent ses membres aux recommandations. Ils les examinent et proposent si nécessaire des solutions.

Malheureusement, bien qu'ils cherchent à y réserver un suivi, les assureurs sont parfois freinés par les pouvoirs publics.

L'an dernier, l'Ombudsman avait formulé trois recommandations:

### 4.1.1 BRANCHE VIE: TRANSPARENCE DANS LES COÛTS

En l'an 2000, l'Ombudsman avait enregistré un nombre important de plaintes relatives à une nouvelle catégorie d'assurances appelée "branche 23". Il s'agit de la branche d'assurances vie individuelle liée à des fonds d'investissements qui avait connu une forte croissance. Mais, au moment de la souscription, les preneurs d'assurances oubliaient les coûts de gestion. Les conditions générales les mentionnaient sans en préciser la portée réelle.

Bien qu'un projet d'arrêté royal était en attente, l'Ombudsman recommandait aux assureurs la transparence. Il leur demandait de mentionner clairement le montant des frais ou tout le moins leur mode de calcul.

Le Bureau de la direction de la branche Vie de l'UPEA en a pris connaissance lors de sa réunion tenue le 28 juin 2001 et l'a diffusé parmi ses membres.<sup>(1)</sup>

Sur le plan législatif, l'arrêté royal n'a toujours pas été promulgué.

<sup>(1)</sup> PV. Réunion du 28/06/2001 (PV/Bur/Vie 2001 7B).

#### **4.1.2 ASSURANCES HOSPITALISATION: L'ADAPTATION TARIFAIRE PROGRESSIVE**

En 2000, l'Ombudsman avait enregistré des plaintes suite à l'adaptation forfaitaire qu'une compagnie avait appliqué pour une catégorie des contrats hospitalisation.

Cette adaptation brusque avait mis certains assurés dans des situations difficiles voire impossibles. Comme il y avait des négociations en cours avec les autorités concernées pour que les entreprises d'assurances puissent introduire une modulation progressive, l'Ombudsman a demandé que le dialogue se renoue.



Les instances officielles et l'UPEA se sont rencontrées. A l'issue des échanges de vue, il y a un accord sur le principe de l'augmentation progressive, mais les modalités pratiques d'application font encore l'objet de discussions.

Dans sa revue hebdomadaire du 22 novembre, l'UPEA fait le point de la situation.<sup>(12)</sup>

#### **4.1.3 MONTANT DE LA FRANCHISE: VALEUR À NEUF OU VALEUR RÉELLE?**

Les assureurs "dommage" (incendie par exemple) indemnisent leurs assurés en application de leur contrat. Lorsqu'il y a une possibilité d'exiger le remboursement des dégâts à un tiers responsable, ils remboursent également à leur assuré la franchise, mais en partie. Ils invoquent le principe du remboursement en valeur réelle par le responsable pour déduire une vétusté sur le montant de cette franchise.

Sur la base de plaintes répétitives, l'Ombudsman a recommandé que le montant total de la franchise soit remboursé. En effet, une franchise n'est pas une indemnité. Il n'y a donc aucune base juridique pour y appliquer une vétusté.

Lors de sa réunion du 28 février 2002, la sous-commission incendie "risques simples" a émis un avis favorable au principe du remboursement total de la franchise. On attend la décision des "Bureaux Incendie" et "Auto" pour l'adopter.

<sup>(12)</sup> Assurinfo n° 37 - 22/11/2001 voir annexe 3

## 4.2 RECOMMANDATIONS SUR LA BASE DES DOLÉANCES FORMULÉES EN 2001

### 4.2.1 RECOMMANDATION N° 1

#### En assurance incendie: quelle valeur faut-il assurer?

En vue d'éviter l'application de la règle proportionnelle, le législateur a, en 1988, imposé aux entreprises d'assurances de proposer un "système d'abrogation de la règle proportionnelle" (SARP) pour les assurances habitations. Une pléthore de systèmes appelés "grille" a été introduite sur le marché. L'utilisation de ces grilles permet de déterminer l'assiette de prime suffisante mais elle n'offre aucune garantie quant à la valeur effective du bien à assurer.

Le but du législateur n'est malheureusement pas atteint. On doit constater que les systèmes ne sont pas correctement appliqués et que les preneurs d'assurances sont mal informés, surtout lorsqu'ils renoncent à leur application.<sup>(13)</sup>

Ces problèmes ont déjà été soulevés à plusieurs reprises.

Dans un article paru dans la presse spécialisée (voyez "Les grilles incendies" par P. Vandergeten – Principium n° 27 du 11 novembre 1989), son auteur préconisait l'intervention du législateur pour imposer une grille unique.

#### RECOMMANDATION

L'intervention du législateur serait la solution. Mais, en l'absence d'un tel projet, les entreprises d'assurances doivent, dans un souci de transparence au regard tant des expériences que des études réalisées sur les écarts de calcul, proposer un nombre limité de grilles de référence.

En tout cas, sur les documents utilisés pour demander une couverture d'assurances ainsi que dans les conditions particulières du contrat, elles doivent mettre en évidence les clauses par lesquelles le preneur d'assurances refuse le système du SARP et préciser les conséquences de ce choix.

Aux conseillers en assurances d'assister leur client dans le choix des grilles en les informant mieux sur les motifs et les conséquences de leur utilisation. En anticipant l'application de la nouvelle directive européenne sur l'intermédiation en assurance<sup>(14)</sup> les courtiers devraient confirmer par écrit à leurs clients la manière dont les capitaux ont été fixés et les conséquences du mode choisi.

<sup>(13)</sup> Voir cas d'intervention n°4

<sup>(14)</sup> Dossier interinstitutionnel : 2000/02135COD articles 11 et 12

#### 4.2.2 RECOMMANDATION N°2

##### **Branche Incendie: remplacement d'un immeuble sinistré. Quels frais sont remboursés?**

En assurance incendie, lorsqu'un immeuble est détruit, l'assuré n'a pas l'obligation de le reconstruire.

En effet, l'article 67 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre prévoit que l'assureur met à la disposition de son assuré une indemnité fixée en vue de la reconstruction du bien sinistré. Cette indemnité peut être utilisée à d'autres fins telle que le remplacement.

Plus loin, cet article précise que l'indemnité comprend toutes taxes et droits généralement quelconques. Par conséquent, en cas d'acquisition d'un autre bien, quels sont les frais pris en charge? La TVA, mais à quel taux, les honoraires du notaire... S'il s'agit d'un immeuble existant, les droits d'enregistrement seront-ils remboursés?

Les entreprises d'assurances interprètent l'article 67 §3 2° de manière variable.<sup>(15)</sup>



##### RECOMMANDATION

Face à des divergences d'interprétation, les entreprises d'assurances préciser dans leurs conditions générales la portée exacte de cet article. Les assurés doivent connaître de manière transparente les indemnités auxquelles ils ont droit.

Elles ne peuvent dépendre d'appréciations différentes d'une entreprise d'assurances à l'autre, voire, en leur sein, d'un gestionnaire à l'autre.

---

<sup>(15)</sup> Voir cas d'intervention n°3

# 5 Conclusion

Déjà, dans ses premiers rapports annuels, l'Ombudsman de l'UPEA concluait en attirant l'attention des entreprises d'assurances sur l'importance de la communication dans leurs relations avec leurs assurés. Il leur recommandait de se tourner vers le client final pour apprendre à le découvrir, à l'écouter, à le respecter.

Les difficultés de communication ont diverses causes. L'une d'entre elles résulte de la relation indirecte entre les assurés et les entreprises d'assurances. En effet, entre eux il y a souvent un intermédiaire, conseiller en assurances. Les entreprises d'assurances attendent qu'il prenne le relais. En principe, il est là pour assister le consommateur dans le choix du produit le plus adapté à ses besoins ou dans les complexités juridiques et de procédure lors de la survenance d'un sinistre. Mais, malheureusement, tous les intermédiaires ne conçoivent pas leur rôle de la même manière et souvent se limitent à un rôle de "boîte postale".

Les actions prises en synergie par ces différents acteurs<sup>(16)</sup> montrent qu'ils en prennent conscience. Par la création d'un guichet unique auquel peut s'adresser le consommateur qui formule des doléances, le secteur répond au besoin de simplification, de transparence et d'écoute.

Le consommateur encore méfiant et sceptique à l'égard du secteur d'activités de l'assurance peut être optimiste. En effet, les dirigeants des entreprises d'assurances développent "une stratégie de reconquête du client".

Dans l'avant-propos du rapport annuel de leur Union professionnelle on peut lire:

"Face à des clients "zappeurs" qui peuvent facilement changer d'assureur s'impose un marketing centré sur le client et non plus sur le contrat. Tel est l'enjeu majeur. Il explique les efforts importants dans le développement de programmes de la gestion de la relation client... Tous les services de l'entreprise doivent être imprégnés de cette culture du client et non seulement la direction du marketing. C'est aussi l'organisation même de l'entreprise qui est chamboulée pour mieux l'orienter vers le client".<sup>(17)</sup>

<sup>(16)</sup> Rapport annuel 2000 Ombudsman UPEA p.6 et ss

<sup>(17)</sup> Rapport annuel 2001 de l'UPEA

Les dirigeants des entreprises d'assurances veulent donc organiser leurs activités autour d'un centre : le client.

Mais cette approche pour être tangible et porter ses fruits doit se traduire dans une culture générale de l'entreprise développée à tous les échelons.

H. Ford l'avait compris et pour y sensibiliser ses équipes déclarait :

*“Ce n'est pas l'employeur qui paie les salaires, c'est le client”.*

L'Ombudsman, son équipe et l'ensemble des correspondants ont pu atteindre un résultat matériel positif pour un certain nombre de plaignants. Ils ont pu également grâce aux explications écarter les sentiments de frustration auprès de nombreux d'entre eux. S'il en résulte une meilleure compréhension et la relance de la relation avec l'assureur, ils auront répondu à leurs objectifs.

L'Ombudsman remercie vivement ses collaborateurs et les correspondants au sein des entreprises d'assurances de leur appui journalier dans la réalisation de sa mission.





# Annexe 1

## Cas d'intervention

- CAS N° 1**    **UNE INFORMATION ADMINISTRATIVE ERRONÉE  
ENGAGE L'ASSUREUR**
  
- CAS N° 2**    **DEPUIS QUAND LE PLAIGNANT SOUFFRE-T-IL DE SA MALADIE?**
  
- CAS N° 3**    **LA DEMANDE DE RÉSILIATION EST-ELLE VALABLE?**
  
- CAS N° 4**    **LA RÈGLE PROPORTIONNELLE EST-ELLE D'APPLICATION?**
  
- CAS N° 5**    **QUELS SONT LES FRAIS À PAYER PAR LA COMPAGNIE  
EN CAS D'ACQUISITION D'UN IMMEUBLE DE REMPLACEMENT?**
  
- CAS N° 6**    **EN CAS D'INSUFFISANCE DES CAPITAUX ASSURÉS,  
QUEL BÉNÉFICIAIRE INTERVIENT EN PREMIER RANG?**

### **CAS N° 1** UNE INFORMATION ADMINISTRATIVE ERRONÉE ENGAGE L'ASSUREUR...

*Monsieur X résilie son contrat incendie auprès de la compagnie A car il veut changer d'assureur.*

*La compagnie enregistre sa demande et lui confirme que la police est annulée au 01.06.2000. Monsieur X souscrit à cette date un contrat auprès de la compagnie B et paie la prime annuelle.*

*Six mois plus tard, la compagnie A lui réclame la prime pour la période du 01.06.2000 au 01.06.2001.*

*Etonné, Monsieur X interroge la compagnie qui lui répond qu'elle avait erronément mentionné la date du 01.06.2000 et qu'en réalité la date correcte est le 01.06.2001 puisque le renouveau n'avait été adressé dans les trois mois précédents l'échéance. Elle poursuit par conséquent le recouvrement de la prime.*

Mécontent, Monsieur X saisit l'Ombudsman.

A l'examen des pièces du dossier, elle retrouve la copie de la lettre par laquelle la compagnie informait Monsieur X de l'annulation de son contrat.

Par ailleurs, le plaignant lui a transmis un exemplaire du contrat souscrit auprès de la compagnie B ainsi que la preuve du paiement de la prime.

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'Ombudsman a estimé que la compagnie avait induit Monsieur X en erreur et qu'elle avait rectifié bien trop tard. De plus, la compagnie A n'était pas en risque puisqu'il existait un contrat auprès de la compagnie B.

La compagnie A a suivi l'avis de l'Ombudsman et clôturé définitivement ce dossier.

### **CAS N° 2** DEPUIS QUAND LE PLAIGNANT SOUFFRE-T-IL DE SA MALADIE?

*Un peintre en bâtiment tombe malade suite aux contacts répétés avec des produits toxiques. En 1999, il avait souscrit une 'assurance invalidité' liée à un crédit. En incapacité totale de travail, un an plus tard, il demande à l'assureur d'intervenir et de rembourser le solde du prêt.*

*La compagnie refuse sur la base du rapport médical qu'il a transmis.*

*Son médecin mentionne que depuis près d'un an, il souffrirait de dépression.*

*Or, à la conclusion du contrat, il ne l'a pas mentionné. L'assureur estime qu'il y a eu réticence et qu'il peut donc refuser la garantie.*



Le plaignant a expressément autorisé l'Ombudsman à prendre connaissance des rapports médicaux. A l'examen de ceux-ci et bien qu'elle ne soit pas médecin, elle a constaté que le médecin mentionne bien une dépression éventuelle mais qu'en réalité l'incapacité a une autre cause: des problèmes cognitifs liés à l'utilisation de solvants. Ces problèmes peuvent entraîner un état de dépression. De plus, ce n'est que suite à ces examens passés un an après la souscription du contrat que certains anti-dépresseurs lui ont été prescrits.

L'Ombudsman a souligné ces éléments du rapport et demandé à la compagnie de soumettre le dossier à son médecin conseil. A ces constatations, il faut ajouter que selon les conditions générales, la compagnie ne pouvait invoquer son état préexistant que pour autant qu'il l'ait volontairement caché.

De plus, le formulaire médical que le plaignant a dû remplir à la souscription était très succinct. Il n'y avait aucune question liée à l'état psychologique, ni à la prise de médicaments.

Le médecin conseil a donné un avis positif et la compagnie est intervenue.

### CAS N° 3 LA DEMANDE DE RÉSILIATION EST-ELLE VALABLE?

*Sur les conseils de son intermédiaire, Monsieur X, victime d'un dégât des eaux demande la résiliation de sa police avec effet un mois après l'envoi de la lettre recommandée.*

*Le gestionnaire de la compagnie refuse de l'enregistrer prétextant que le préavis d'un mois ne prend cours qu'après le paiement ou le refus d'indemnité.*

Mécontent, il saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman a pris contact avec la compagnie en lui rappelant les termes de l'article 31 de la loi.

Cet article prévoit que la résiliation doit être notifiée au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement. Elle a donc été réalisée dans les délais.

L'entreprise d'assurances accepte et rembourse le prorata de prime non absorbé.

#### CAS N° 4 LA RÈGLE PROPORTIONNELLE EST-ELLE D'APPLICATION?

*Monsieur X se plaint de ne pas avoir été correctement indemnisé suite à l'incendie de son bâtiment.*

*Monsieur X était sous-assuré auprès de la compagnie A.*

*Le locataire responsable était assuré auprès de la compagnie B.*

*Malheureusement aussi sous-assuré.*

*La compagnie A a indemnisé Monsieur X en valeur à neuf mais elle a appliqué la règle proportionnelle et déduit la franchise. Elle réclame au responsable, en l'occurrence la compagnie B, une partie de ses débours c.-à.-d. les dommages en valeur réelle.*

*Entretemps Monsieur X avait mis la compagnie B en demeure et réclamé la franchise ainsi que la différence avec la valeur réelle due à l'application de la règle proportionnelle.*

*Que fait la compagnie B?*

*Elle indemnise son assuré, le locataire, pour les dommages au contenu et la compagnie A sur base de son recours en valeur réelle.*

*Comme il y avait sous-assurance, les capitaux assurés étaient épuisés et la compagnie B rejette la demande de Monsieur X.*

Saisie du dossier, l'Ombudsman confirme que pour les deux contrats il y a sous-assurance et que les recours s'exercent à l'encontre du responsable en valeur réelle.

Cependant, elle rappelle que le droit de recours de l'assureur ne peut pas nuire à l'assuré qui n'a été indemnisé qu'en partie (article 41 loi sur le contrat d'assurance terrestre).

Par conséquent, la compagnie A a dû rembourser au plaignant ce à quoi il avait droit en supportant les conséquences des sous-assurances.

#### CAS N° 5 QUELS SONT LES FRAIS À PAYER PAR LA COMPAGNIE EN CAS D'ACQUISITION D'UN IMMEUBLE DE REMPLACEMENT?

*Propriétaire d'un immeuble industriel incendié, Monsieur X décide de ne pas le reconstruire mais d'utiliser l'indemnité afin d'acquérir un immeuble de remplacement.*

*Au moment de l'achat du nouvel immeuble, l'assuré réclame les frais relatifs à l'acquisition. La compagnie refuse de les payer. Son conseiller en assurances tente d'obtenir sur la base de l'article 67, §3 de la loi sur l'assurance terrestre le remboursement de la TVA appliquée sur le montant des dommages aux bâtiments.*

La compagnie ne réagit pas et Monsieur X saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge la compagnie et se rend compte que le dossier est passé dans les mains de différents gestionnaires sans qu'elle ne donne une réponse officielle.

Finalement, la compagnie marque accord sur le principe du paiement de la TVA. Elle adresse à l'assuré une quittance d'indemnité sur la base du taux de 6%. Elle a fixé ce taux en référence à l'âge du bâtiment sinistré. Or, il s'agissait d'un bien à usage commercial pour lequel aucune réduction n'est applicable.

L'intermédiaire relance l'Ombudsman qui finalement obtient l'indemnisation correcte de son client.

#### **CAS N° 6 EN CAS D'INSUFFISANCE DES CAPITAUX ASSURÉS, QUEL BÉNÉFICIAIRE INTERVIENT EN PREMIER RANG?**

*En 1983, Mme X souscrit un contrat incendie pour couvrir sa maison et son contenu. En 1996, elle demande l'adaptation des capitaux. Lors de l'établissement de l'avenant, l'assureur y insère une clause intitulée "Description complémentaire de garantie" où au dernier alinéa, on peut lire "vous n'avez pas utilisé notre système d'évaluation des bâtiments".*

*En août 1999, un incendie ravage la maison de Mme X qui se tourne vers son assureur pour obtenir indemnisation. Sur la base du rapport de son expert, il estime les capitaux assurés insuffisants et applique la règle proportionnelle puisque Mme X a refusé l'application du système d'abrogation de la règle proportionnelle (SARP) ou plus exactement la grille d'évaluation pour fixer les capitaux.*

Mécontente, elle frappe à la porte de l'Ombudsman. Elle prétend qu'on ne lui a jamais parlé de la "SARP" et que c'est l'agent de la compagnie qui a fixé les capitaux.

De plus, en 1991, alors qu'il y a eu un sinistre, on n'a pas appliqué cette règle proportionnelle.

Saisie de ces arguments, l'Ombudsman a analysé l'ensemble des éléments du dossier. Elle a constaté que les déclarations de Mme X étaient fondées sur les deux derniers points.

De plus, la clause formulant la non-application de la SARP était laconique et insérée sous un titre inadéquat. L'Ombudsman a estimé en raison de ces motifs que c'était à tort que l'assureur appliquait une règle proportionnelle et Mme X a été entièrement indemnisée.



## Annexe 2 Charte de l'Ombudsman des assurances

### A. MISSION

---

L'Ombudsman a pour mission d'analyser et de proposer une solution pour les litiges relatifs à un contrat d'assurance entre les consommateurs (à quel titre que ce soit), et une entreprise d'assurance, un intermédiaire, ou Datassur.

L'Ombudsman est compétent pour les questions du consommateur sur l'application des codes de déontologie des entreprises et des intermédiaires d'assurance.

### B. DÉSIGNATION

---

L'Ombudsman est désigné dans le respect des principes émis par la recommandation 98/257/CE de la Commission européenne relative aux organes responsables pour la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation.

### C. COMPÉTENCES

---

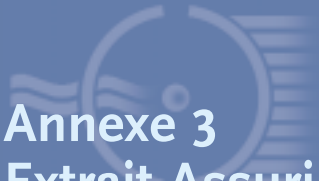
1. L'Ombudsman est tenu d'exercer sa mission en toute indépendance.
2. L'Ombudsman dispose à cette fin du concours de toutes les fédérations représentatives des entreprises d'assurances et des intermédiaires d'assurance, ainsi que des moyens et pouvoirs, notamment d'investigation et d'intermédiation, nécessaires à l'exercice de sa mission.
3. L'Ombudsman est toujours tenu au secret professionnel. Il instruit et intervient en toute objectivité, travaille dans toute la mesure du possible sur la base de lois, de règlements, des conditions du contrat et des règles de conduite des entreprises d'assurances et des intermédiaires d'assurance. Dans l'exercice de sa mission, l'Ombudsman tient compte du principe d'équité et tend continuellement à parvenir à des solutions amiables raisonnables.

4. L'Ombudsman rend un avis motivé le plus rapidement possible sur les dossiers qui lui ont été transmis par le consommateur et ce, après avoir instruit le dossier avec le concours des parties.
5. L'Ombudsman est investi d'une autorité morale dans le cadre de l'exercice de sa mission et son avis ne lie pas les parties. Le consommateur qui saisit l'Ombudsman (à quel titre que ce soit) conserve ses droits de saisir les tribunaux compétents.
6. L'Ombudsman collabore au réseau européen de recours transfrontalier dans le domaine des assurances et adhère au protocole d'accord du réseau communautaire.

## D. PROCÉDURE

1. L'Ombudsman doit être saisi par un écrit.
2. Son intervention est gratuite.
3. Il rend un avis motivé le plus rapidement possible et au plus tard dans les six mois.





## Annexe 3

### Extrait Assurinfo n°37 - 22/11/2001

#### *Le Bureau insiste pour une indexation des primes de l'assurance soins de santé*

Il n'existe pas de cadre légal spécifique réglant les adaptations de prix dans les contrats d'assurance soins de santé.

Il existe toutefois une législation générale sur la réglementation des prix établie dans les années de crise 70. Celle-ci prévoit, à des conditions très strictes, une indexation automatique (article 57, § 2, de la loi du 30 mars 1976 relative aux mesures de redressement économique). Cette loi prévoit que les contrats ne peuvent contenir de clauses de révision de prix que dans la mesure où celles-ci ne s'appliquent qu'à concurrence d'un montant maximum de 80 % et se réfèrent à des paramètres représentant les coûts réels. Le ministre des Affaires économiques peut néanmoins déroger, par secteur, au maximum autorisé.

Pour cette indexation, il y a lieu de faire appel à un paramètre qui reflète l'évolution du coût des dépenses de santé. Pour les assurances hospitalisation, ce paramètre est repris dans la rubrique 6 de l'indice des prix à la consommation, sous-rubrique "Soins des hôpitaux et assimilés", qui est publié chaque mois au Moniteur Belge.

Les assureurs peuvent en outre adapter le tarif périodiquement. Une telle adaptation est plus lourde sur le plan administratif et ne se fera dès lors qu'une fois tous les trois ou quatre ans. Elle est de ce fait plus difficile à supporter par le consommateur.

#### **POURQUOI ORGANISER UNE RÉGLEMENTATION ALTERNATIVE DES PRIX?**

Des augmentations tarifaires brusques ne sont pas dans l'intérêt du consommateur. Il est préférable d'appliquer une indexation annuelle plutôt que des adaptations tarifaires moins fréquentes mais plus importantes. Une indexation ne portant que sur 80 % est cependant insuffisante pour compenser le coût croissant des soins de santé.

Pour éviter une adaptation substantielle des tarifs toutes les x années, il est dans l'intérêt tant des consommateurs que du secteur de l'assurance d'autoriser une indexation annuelle portant sur 100 % du prix.

#### **L'ADMINISTRATION EXAMINE LA PROPOSITION DE L'UPEA**

L'UPEA a essayé d'élaborer, avec les parties concernées, une solution applicable et défendable qui prend en considération les intérêts du consommateur et de la distribution, la réglementation d'assurance et la viabilité à terme des contrats. A cet effet, elle propose une clause d'adaptation de prix qui tient compte :

- d'une indexation annuelle basée sur des paramètres sous-jacents pertinents;
- d'une adaptation de prix proportionnelle aux modifications des interventions de la sécurité sociale qui ont une influence sur les contrats d'assurance ;
- d'une adaptation de prix assurant la rentabilité du produit comme l'exige la loi de contrôle des assurances.

En ce qui concerne le premier point, le Bureau Maladie plaide pour la possibilité de prévoir dans les contrats une clause d'indexation qui s'applique à 100 % du prix.

Le Bureau a de nouveau confronté ses vues à celles de Mme Conruyt, conseiller général de la division Services à caractère financier du Ministère des Affaires économiques. Elle reconnaît qu'il est préférable d'adapter les primes de manière progressive et qu'une clause d'indexation peut constituer une solution à cet égard. Elle estime d'autre part qu'un ministre de l'Economie ne peut faire fi des intérêts du consommateur. Une assurance hospitalisation souscrite antérieurement doit également rester abordable après l'âge de la pension. Elle pense dès lors qu'une indexation qui s'appliquerait intégralement aux assurés de plus de 65 ans ne sera pas acceptable pour le ministre. Le secteur de l'assurance est d'avis que pour garantir la viabilité des contrats, il faut éviter de privilégier certains risques (par exemple, les personnes âgées) au détriment d'autres risques (par exemple, les jeunes). La plupart des contrats individuels prévoient d'ailleurs déjà la constitution de réserves de vieillissement pour que la prime reste abordable à un âge plus avancé.

La division Maladie étudiera, dans les mois à venir, des solutions alternatives qui rencontrent les préoccupations du ministre.

Birgit Hannes  
dad@upea.be.

## Annexe 4 Extrait du rapport annuel de l'année 1999

### *Recommandations sur la base de doléances formulées en 1999*

La communication reste le nœud de la relation entre le secteur des assurances et le consommateur.

Actuellement, sur le marché, les particuliers souscrivent la majorité de leurs assurances par le canal d'un intermédiaire. Souvent même, ils ne retiennent que le nom du conseiller qu'ils ont choisi et ignorent l'identité de l'entreprise d'assurances qui couvre réellement le risque.

Ainsi, ils adressent à leur intermédiaire toute information ou décision.

Cependant, sur le plan juridique, cette procédure peut ne pas être valable. C'est notamment le cas de la lettre recommandée par laquelle ils résilient leur contrat, qui selon la majorité des dispositions des polices doit être adressée au siège de l'entreprise d'assurances.

Toutefois, certaines polices précisent que l'envoi sera valable s'il est adressé à "toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières" (voir annexe 1 cas n° 1).

#### RECOMMANDATION

Les entreprises d'assurances doivent reconnaître et reprendre dans le texte de leurs conditions générales, la validité de l'envoi adressé à l'intermédiaire *titulaire* du contrat. A ce dernier d'y réserver la suite utile.





## Annexe 5

# Liste des entreprises d'assurances qui ont souscrit la charte

- A** AACHENER UND MUENCHENER  
VERSICHERUNG  
ACE INSURANCE  
ACTEL DIRECT  
AEGON-MONEY MAXX  
AGF BELGIUM INSURANCE  
AIG EUROPE  
ALLIANZ VERSICHERUNGS A.G.  
ALPINA  
AMFB  
LES AP ASSURANCES  
APRA CAISSE COMMUNE  
APRA VIE  
APRA ACCIDENTS  
ARAG  
L'ARDENNE PRÉVOYANTE  
ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE  
ET D'ASSURANCES (A.P.A.)  
ASSOCIATION MUTUELLE  
MÉDICALE D'ASSURANCES  
(A.M.M.A.)  
ASSUBEL ACCIDENTS DU TRAVAIL  
ASSURANCES DE LA POSTE  
ASSURANCES DE LA POSTE VIE  
LES ASSURANCES FÉDÉRALES  
ACCIDENTS ET INCENDIE  
LES ASSURANCES FÉDÉRALES  
ACCIDENTS DU TRAVAIL  
LES ASSURANCES FÉDÉRALES VIE  
LES ASSURÉS RÉUNIS  
AVIABEL (COMPAGNIE BELGE  
D'ASSURANCES AVIATION)  
AXA BELGIUM
- B** BELSTAR ASSURANCES  
BBL INSURANCE
- C** CDA  
CGU INSURANCE PLC  
CHUBB INSURANCE COMPANY  
OF EUROPE  
CITILIFE  
COMPAGNIE EUROPÉENNE  
D'ASSURANCE DES  
MARCHANDISES ET BAGAGES  
(L'EUROPÉENNE)  
CORONA
- D** DAS  
DELTA LLOYD LIFE  
DEXIA INSURANCE  
DKV BELGIUM
- E** ELVIA ASSURANCES VOYAGES  
EUROMEX (COMPAGNIE  
EUROPÉENNE DE RÈGLEMENT  
DE SINISTRES ET D'EXPERTISES)  
EUROP ASSISTANCE BELGIUM
- F** FIDEA  
FINA LIFE  
FONDS DE GARANTIE VOYAGES  
FORTIS AG  
FORTIS CORPORATE INSURANCE
- G** GENERALI BELGIUM  
GERLING NAMUR - ASSURANCES  
DU CRÉDIT

**H** HAGELUNIE  
HAMBURG-MANNHEIMER

**I** ING INSURANCE  
INTER PARTNER ASSISTANCE

**K** KBC ASSURANCES

**L** LE LION BELGE  
LLOYDS OF LONDON

**M** MAURETUS  
LA MÉDICALE  
MERCATOR ASSURANCES  
MITSUI MARINE AND FIRE  
INSURANCE COMPANY  
MONDIAL ASSISTANCE

**N** NATIONALE SUISSE ASSURANCES  
NAVIGA  
NORDSTERN  
NORWICH UNION LIFE AND  
PENSIONS LTD

**P** PARTNERS ASSURANCES  
PIETTE & PARTNERS (PNP)  
P&V ASSURANCES  
P&V ASSURANCES CAISSE COMMUNE  
PROVIDIS

**R** ROYAL & SUN ALLIANCE INSURANCE

**S** SAFE INSURANCE  
SATREX  
SECURA  
SECUREX  
SECUREX - CAISSE D'ASSURANCES  
ACCIDENTS DU TRAVAIL  
SECUREX VIE (MUTUELLE VIE  
INTERPROFESSIONNELLE)

SIRIUS BELGIUM  
SMAP (SOCIETE MUTUELLE DES  
ADMINISTRATIONS PUBLIQUES)  
SWISS LIFE BELGIUM

**T** TOURING ASSURANCES  
TVM BELGIQUE

**U** UAB  
**W** WINTERTHUR-EUROPE ASSURANCES

**Z** ZA ASSURANCES  
ZELIA  
ZURICH  
ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES  
SUR LA VIE  
ZURICH INTERNATIONAL





## Annexe 6

# Procédure d'accès à l'Ombudsman

### Quels types de plaintes peuvent lui être soumises? \_\_\_\_\_

L'Ombudsman est compétent pour les litiges portant sur les attentes légitimes des assurés ou des ayants droit:

- quant au respect des lois et des dispositions des contrats;
- quant au respect de délais raisonnables et du principe de l'exécution de bonne foi des conventions;
- quant au droit à une information correcte.

### Contre

- une entreprise d'assurances
- un conseiller en assurances (courtier, agent)
- Datassur

### Comment la contacter? \_\_\_\_\_

- L'accès est facile. Il est gratuit.
- Certaines conditions sont cependant requises.

### Il faut que \_\_\_\_\_

- l'entreprise d'assurances concernée ait souscrit la **charte**;
- le litige soit relatif à un contrat **existant**, souscrit en Belgique;
- le plaignant adresse un **écrit** dans lequel il décrit brièvement l'objet de sa plainte et mentionne le **nom** et les **références** de l'entreprise d'assurances concernée.



Cette lettre est à adresser à: \_\_\_\_\_

**JOSETTE VAN ELDEREN**  
**OMBUDSMAN DES ASSURANCES**



**Nouvelle adresse:**

Square de Meeûs, 35  
B-1000 Bruxelles

**Tél.: 02/547.58.71**

**Fax Ombudsman: 02/547.59.75**

**E-mail: ombudsman@upea.be**

D-2002-0377/3