



# Cijfers en Analyse 2010

# Inhoudstafel

Voorwoord .....	5
-----------------	---

## 1. Algemeen overzicht 2010 .....

1. Aantal klachten .....	9
2. Oorsprong van de klachten .....	11
3. Uitsplitsing per verzekeringstak .....	12
4. Oplossingen van de klachten .....	13

## 2. De verzekeringsondernemingen in 2010 .....

<b>Autoverzekering</b> .....	17
1. In cijfers .....	17
2. Analyse .....	17
3. Oplossingen van de klachten .....	20
<b>Brandverzekering</b> .....	22
1. In cijfers .....	22
2. Analyse .....	23
3. Oplossingen van de klachten .....	25
<b>Rechtsbijstandsverzekering</b> .....	26
1. In cijfers .....	26
2. Analyse .....	26
3. Oplossingen van de klachten .....	28
<b>Arbeidsongevallenverzekering</b> .....	29
<b>Gezondheidszorgenverzekering</b> .....	30
1. In cijfers .....	30
2. Analyse .....	30
3. Oplossingen van de klachten .....	35
<b>Levensverzekering</b> .....	36
1. In cijfers .....	36
2. Analyse .....	36
3. Oplossingen van de klachten .....	41

## 3. De tussenpersonen in 2010 .....

1. In cijfers .....	44
2. Analyse .....	44
3. Oplossingen van de klachten .....	47

## 4. Aanbevelingen .....

1. Opvolging van de aanbevelingen 2009 .....	50
2. Aanbevelingen 2010 .....	51
A. Betere uitlichting voor de gezondheidsverklaring .....	51
B. Gewaarborgd Inkomen: verlenging van de termijn van de individuele verderzetting .....	52

Besluit .....	55
---------------	----

Netwerken .....	56
-----------------	----

Lexicon .....	58
---------------	----

De verklaring van de begrippen in kleur vindt u terug in het lexicon achteraan.



# « Audi alteram partem »

## *Hoor eens de tegenpartij*

**H**et beheer van een verzekeringsovereenkomst, het ontstaan en regelen van een schadegeval evenals de vereffening van een Levensverzekering kunnen voor de consument een bron van ongerustheid zijn en vragen doen rijzen. Verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen staan de verzekerden, de slachtoffers en de begunstigden bij in hun zoektocht naar de beste weg om hun problemen op te lossen.

Soms kunnen er misverstanden ontstaan, conflicten rijzen of wordt het vertrouwen van de consument geschonden. Wanneer de verzekeringssector dan de consument niet kan geruststellen, beschikt hij – vooraleer hij zich tot de rechtbank wendt – over de mogelijkheid om beroep te doen op de Ombudsman en haar team. Zij werkt in volle neutraliteit en onafhankelijkheid. Ze luistert naar de bekommernissen van de consument zonder die van de spelers van de sector over het hoofd te zien. Bij ontvangst van een schriftelijke klacht, stelt ze een onderzoek in en gaat ze de dialoog aan om een minnelijke regeling van het geschil te bevorderen en in alle objectiviteit een advies te formuleren.

Over al deze activiteiten verschijnt jaarlijks een verslag. Dit jaar wordt het verslag in een nieuw kleedje gestoken. Er is niet één deel, maar twee. De Ombudsman staat centraal tussen de verzekeringsector en de consument. Het profiel van de lezers is dan ook verschillend.

Opdat iedereen er een bron van informatie in zou terugvinden, bevat het eerste luik de statistieken en de analyse, terwijl het tweede een waaier van tips aanreikt.

In het **eerste deel** “Cijfers en Analyse” maakt de Ombudsman een overzicht van het jaar 2010. Dit deel bevat informatie op basis van de terugkerende klachten, het opduiken van nieuwe problemen, de noodzakelijke wijziging van wetten, reglementen, overeenkomsten, gebruiken, ...

De behandeling van de klachten is een informatiebron voor de verzekeringssector en de overheid. Zij toont de herhaalde moeilijkheden aan die een consument kan ondervinden wanneer hij in contact komt met verzekeringen. Hierom vindt de lezer als bijlage een **tweede luik** met een reeks tips die worden toegelicht aan de hand van een reëel praktijkgeval.

Het team van de Ombudsman wenst u alvast veel leesplezier!

# 1

## Algemeen overzicht 2010

---

“ In 2010 ontving de Ombudsman 3 786 klachten, een stijging van 9,3% in vergelijking met 2009.

# CONTRACT

THIS AGREEMENT made this \_\_\_\_\_  
by \_\_\_\_\_  
and between \_\_\_\_\_  
and \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_

**WITNESSETH:** That in consideration  
\_\_\_\_\_ kept and performed on the part  
of \_\_\_\_\_

Said party of \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ covenants and agrees that it shall:  
\_\_\_\_\_ hereto, respectively

id party of the s\_\_\_\_\_

# 1

## Algemeen overzicht 2010

### 2010: opnieuw een stijging van de klachten!

In 2009 had de Ombudsman het jaar afgesloten met 3464 klachten. In vergelijking met 2008 werd een daling van 3,7% van het aantal klachten genoteerd.

In 2010 ontving de Ombudsman 3786 klachten, een stijging van 9,3% in vergelijking met 2009.

Naast de schriftelijke klachten werden de Ombudsman en haar team ook telefonisch gecontacteerd. Dankzij dit eerste contact kan de klager gerustgesteld worden door hem objectieve informatie te verschaffen of door hem te verwijzen naar de bevoegde instantie, vaak bij de betrokken verzekeringsonderneming zelf. Het telefoongesprek kan trouwens bijdragen tot het feit dat de consument zijn probleem beter kan samenvatten en bijgevolg zijn reden van ontevredenheid beter kan omschrijven.

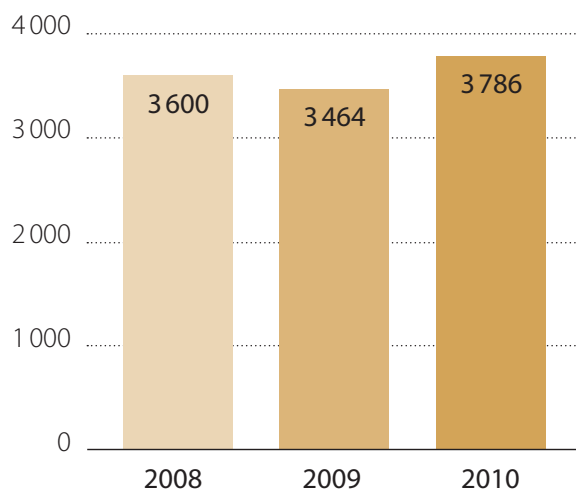
### Wat is de oorzaak van deze stijging?

De toename van het aantal klachten houdt verband met de financiële crisis.

Geconfronteerd met de daling van hun financiële inkomsten hebben de verzekeringsondernemingen maatregelen genomen om opnieuw een hoger rendementspeil te halen. Zij hebben dan ook tariefaanpassingen doorgevoerd en een strenger toezicht uitgeoefend op de risico's van hun portefeuille. Heel wat contracten werden opgezegd waarbij "de goede risico's"

werden behouden. In het kader van het beheer van schadegevallen hebben de verzekeringsondernemingen de neiging de algemene voorwaarden zeer strikt te interpreteren. Tot slot hebben ze ook diverse maatregelen genomen om hun algemene en hun beheerskosten te drukken, zoals het uitstellen van aanwervingen, wat soms tot vertraging bij de afhandeling van dossiers geleid heeft.

Ook de consument staat onder grote financiële druk. Hij probeert eveneens zijn situatie opnieuw te verbeteren.







Wanneer hij geconfronteerd wordt met een schadegeval, tracht hij een zo hoog mogelijke schadevergoeding te verkrijgen en wordt bijgevolg steeds veeleisender. Het aantal consumenten dat ontevreden blijft, wordt steeds talrijker en gebruikt alle mogelijke wegen om hun ongenoegen duidelijk te maken. Mede door de stijging van de premies gaat de verzekerde op zoek naar de beste voorwaarden en aarzelt niet om zich tot de concurrentie te richten. De belangen van de verzekeringsondernemingen enerzijds en van de verzekerden, de slachtoffers en de begunstigden anderzijds vallen bijgevolg niet altijd samen en de relaties worden hierdoor meer gespannen. Hierdoor noteerde de Ombudsman dan ook een explosie van de ontvangen correspondentie.

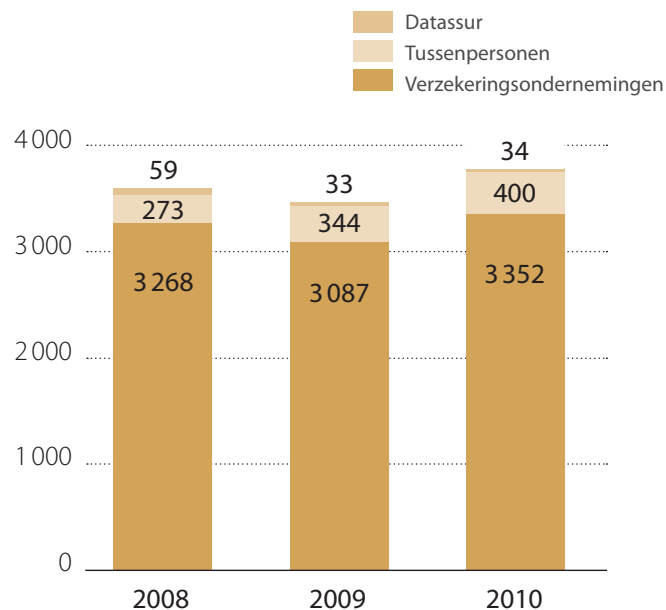
Consumenten, die een verzekerings-tussenpersoon geraadpleegd hebben, verwijten deze laatste soms een slecht advies te hebben gegeven. In 2010 noteerde de Ombudsman een toename van het aantal klachten ten aanzien van tussenpersonen over het tegenvallende rendement van de financiële producten (Tak 23).


## 1. Aantal klachten

De overgrote meerderheid van de klachten heeft nog steeds betrekking op de **verzekeringsondernemingen** (89%). De stijging van het aantal klachten tegen hen is hoofdzakelijk het gevolg van de tariefaanpassingen in de diverse takken (Auto-, Brand- en Hospitalisatieverzekeringen) en van de teleurstelling over het gebrekkige rendement, en zelfs het verlies, van

het belegde kapitaal in een Levensverzekering.

Hoewel het aantal klachten over de **tussenpersonen** met 16% is toegenomen, blijft het aantal (10%) beperkt in verhouding tot het totaal aantal klachten. Dit lage aantal vindt zijn verklaring in de vertrouwensrelatie tussen de verzekerde en zijn verzekeringsbemiddelaar en hun nauwe contacten, waardoor een geschil snel opgelost





kan worden. De financiële crisis gaf vooral aanleiding tot klachten over het advies bij de verkoop van financiële producten (Tak 23). Deze liggen aan de oorsprong van de in 2010 genoteerde stijging.

De Ombudsman ontving slechts 34 klachten over het RSR-bestand van Datassur. In tegenstelling tot de andere categorieën wordt hier een status quo van het aantal klachten vastgesteld.

Dit geringe aantal is het gevolg van de efficiënte organisatie van de eerste lijnsopvang van de klachten. De Ombudsman treedt immers enkel als beroepsinstantie op. In die zin heeft zij bijna in 70% van de klachten die zij ontving, de klager eerst doorverwezen naar de beheerder van het Datassur-bestand.

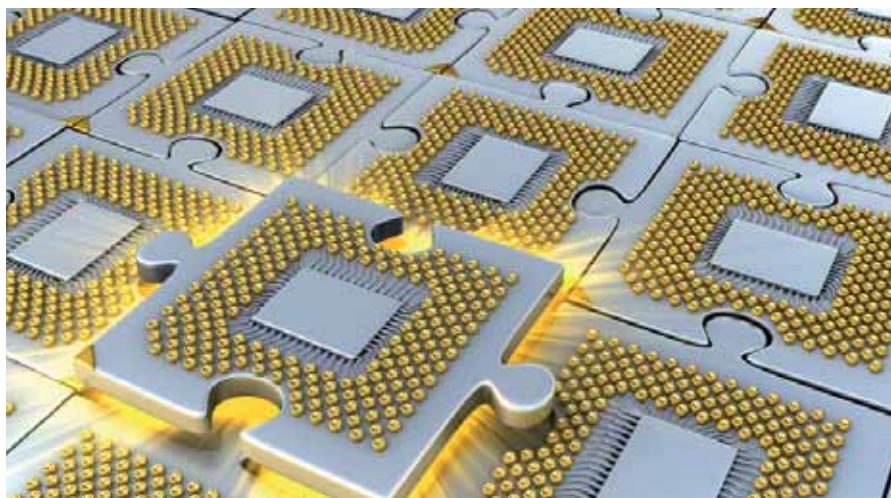
Op die manier moesten er slechts 13 klachten verder onderhandeld worden. Daarvan gingen er 10 klachten over Autoverzekering en 2 over Brandverzekering.

De klachten hadden betrekking op drie motieven. De verzekerde betwist zijn registratie wegens betalings-

moeilijkheden of wegens de opzeg van zijn contract na schadegeval of na fraude.

Het aantal klachten dat in deze categorie geregistreerd is, geeft echter geen volledig beeld van de gevallen van ontevredenheid in verband met

klachten hebben betrekking op tariefverhogingen, contractopzeggingen of premiegeschillen. Aangezien de registratie op initiatief van de verzekeraar gebeurt, ondervraagt de Ombudsman eerst de verzekeringsonderneming over de grond van de zaak om dit aspect uit te klaren. Op grond van de



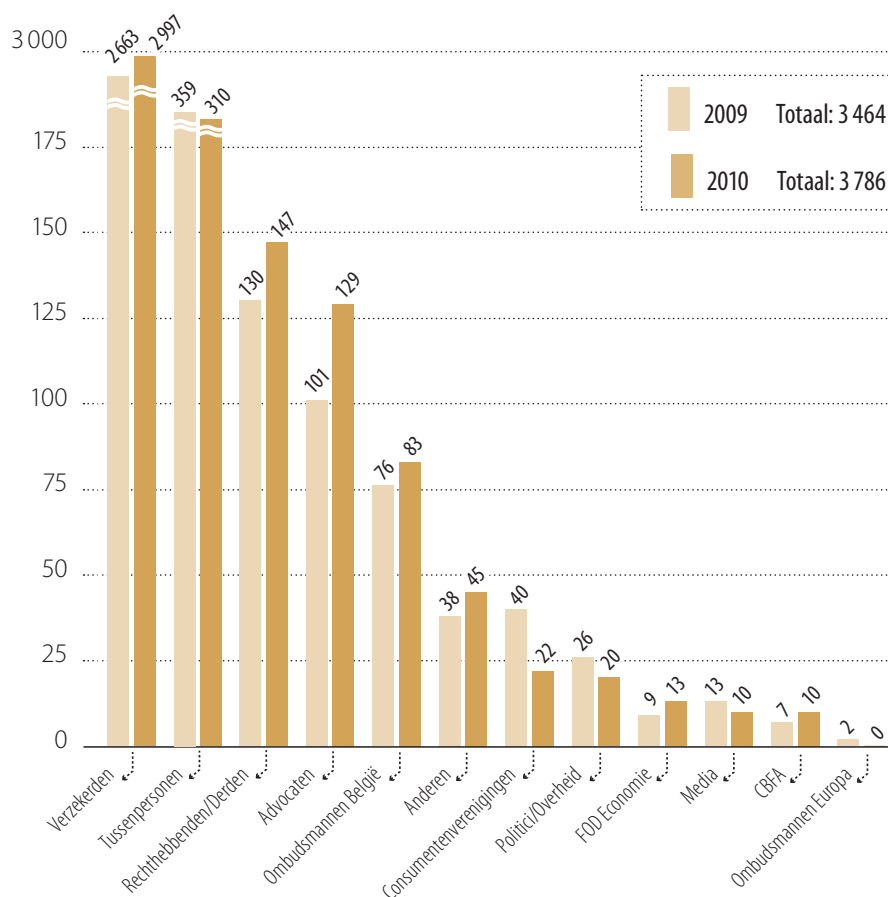
de registratie in het RSR-bestand. De consument richt zich inderdaad tot de Ombudsman omwille van een geschil met een verzekeringsonderneming, dat aanleiding kan geven tot registratie in het bestand van Datassur. Deze

conclusies van het onderzoek van de Ombudsman wordt de registratie in het Datassur-bestand behouden dan wel geschrapt. Van de onderzochte klachten waren er 5 dossiers gegrond.

## 2. Oorsprong van de klachten

De meeste klachten (80%) worden nog steeds ingediend door de **verzekerden**, dus door klanten van de verzekeringsondernemingen en de -tussenpersonen. In 8% van de gevallen richten de verzekeringsadviseurs zich zelf tot de Ombudsman om hun klanten te helpen. De klachten ingediend door een advocaat bedragen 3,5%.

83 klachten werden overgemaakt door een collega Ombudsman. Er bestaat inderdaad een samenwerkingsprotocol tussen de Ombudsmannen (op Belgisch en Europees vlak) waarin bepaald wordt dat, als de klager zich van aanspreekpunt vergist, zijn vraag wordt doorgestuurd aan de bevoegde instantie. Om ervoor te zorgen dat de klagers snel de gezochte bemiddelingsinstantie vinden, werden er twee websites gecreëerd met de contactgegevens van de diverse Ombudsmannen<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> [www.ombudsman.be/](http://www.ombudsman.be/); [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)

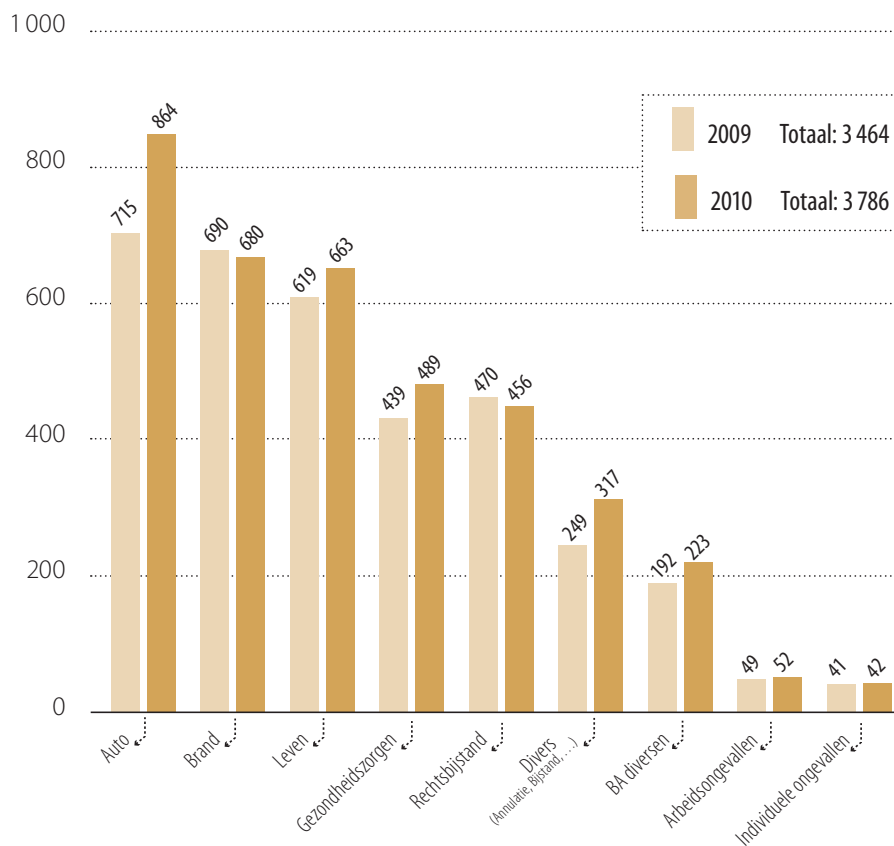
### 3. Uitsplitsing per verzekeringstak

Zoals in de voorgaande jaren hebben de meeste klachten betrekking op de **Autoverzekering** (23%) en dan vooral de **BA Auto**. In deze tak stelt de Ombudsman een stijging van 20% vast.

In 2010 is het aantal klachten in Brandverzekering en Levensverzekering nagenoeg stabiel gebleven, hoewel er duidelijk een uiteenlopende evolutie is. In **Brandverzekering** is er een lichte daling ten opzichte van 2009, terwijl in **Levensverzekering** een toename van 7% vastgesteld wordt. Deze stijging vindt haar oorsprong vooral in de beleggingen in financiële producten die door buitenlandse maatschappijen verdeeld worden (**Tak 23**).

De klachten ten aanzien van **Gezondheidszorgenverzekeringen** vertegenwoordigen 13%. Ze zijn in 2010 met 11% gestegen als gevolg van de stijging van de klachten ten aanzien van beroepsgebonden Hospitalisatieverzekeringen.

De klachten in **Rechtsbijstandsverzekering** zijn goed voor 12% en vertonen dus een lichte stijging van 3%.



#### 4. Oplossingen van de klachten

Van de 3 786 klachten maakten er 2 962 het voorwerp van onderhandelingen uit. Van de 824 klachten waarvoor geen onderzoek ingesteld werd, hadden er 557, zijnde 70%, betrekking op vragen om inlichtingen.

Sinds verscheidene jaren stelt de Ombudsman, net zoals de andere Ombudsmannen, een stijging van dit soort klachten vast. Ondanks de inspanningen van de verzekeringsondernemingen, onder meer door een betere organisatie van het klachtenbeheer in de eerste lijn, richt de consument zich spontaan tot de Ombudsman.

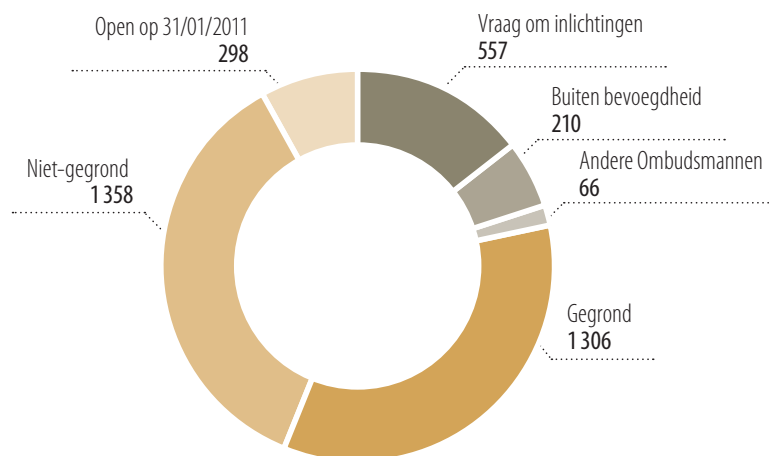
Zo vertegenwoordigen de vragen om inlichtingen in 2010 bijna 15%, terwijl dit vijf jaar geleden amper 12% betrof. De consument is wantrouwig, ongerust en twijfelt aan de informatie die hij gekregen heeft. Hij richt zich bijgevolg tot de Ombudsman om van een neutrale, objectieve instantie bevestiging van de ontvangen inlichtingen te krijgen. In het verlengde van deze schriftelijke vragen naar inlichtingen zijn er ook de vele telefonische oproe-

pen en raadplegingen van de website, meer bepaald van het luik “veelgestelde vragen” (FAQ).

Eind januari 2011 werden door het team van de Ombudsman 2 664 klachten afgehandeld.

De Ombudsman noteert een lager percentage gegronde klachten (49%), namelijk 1 306 gevallen waarbij de klager gelijk gekregen heeft.

De verzekerde kreeg, dankzij de tussenkomst van de Ombudsman, toch de nodige objectieve uitleg en verantwoording over de gegrondheid van het standpunt van de verzekeringsonderneming. Zo vangt de Ombudsman het gebrek aan communicatie op en krijgt zij regelmatig dankbetuigingen. Dankzij haar tussenkomst worden bij de klager de twijfels, frustraties en vragen weggenomen.



# 2

## De verzekeringsondernemingen in 2010

---

“ In 2010 ontving de Ombudsman 3 352 klachten, zijnde een stijging van 8,5%. Op 5 jaar tijd is het aantal klachten met 45% toegenomen.



# 2

## De verzekeringsondernemingen in 2010

In 2009 sloot de Ombudsman het jaar af met een daling van 5,5% van het aantal klachten. In 2010 registreerde zij opnieuw een stijging van 8,5%. Op vijf jaar tijd is het aantal klachten met 45% toegenomen.

Zoals in 2009 raadde de Ombudsman een aantal klagers aan zich eerst rechtstreeks tot de verzekeringsonderneming te richten en haar pas opnieuw te contacteren wanneer het antwoord niet voldoet aan hun verwachtingen. Ze stuurde hen door naar de diensten voor klachtenopvang en -beheer die de verzekeringsondernemingen intern opgericht hebben.

Op die manier werden in 2009 243 consumenten doorverwezen naar de verzekeringsondernemingen. In 2010 gaat het over 319 consumenten, een toename met 31%.

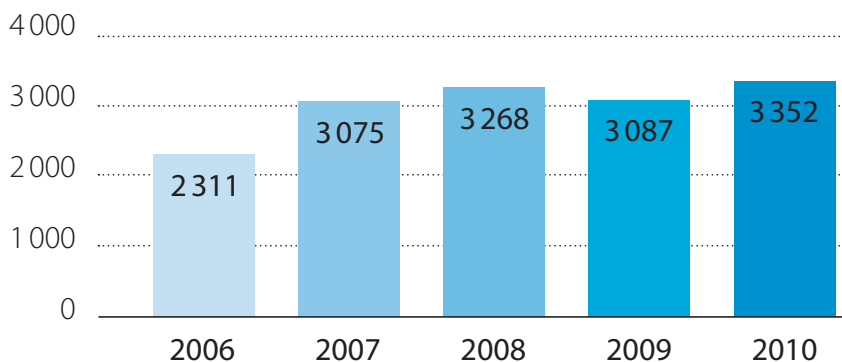
In totaal richtten 3671 consumenten die ontevreden waren over hun verzekeringsonderneming zich tot de Ombudsman, zodat de stijging van het aantal klachten, in vergelijking met 2009, dus bijna 9% bedraagt.

In navolging van de algemene trend zijn de klachten ten aanzien van de

verzekeringsondernemingen ook voor 49% gegrond.

De verschillen zijn echter afhankelijk van de tak en de redenen waarom de

consument ontevreden is. Een meer gedetailleerde analyse per verzekeringstak dringt zich dan ook op.



Tak	2008	2009	2010
Auto	682	620	755
Brand	607	614	614
Leven	603	525	562
Gezondheidszorgen	374	451	456
Rechtsbijstand	499	404	431
Diversen (Annulatie, Bijstand, ...)	257	247	283
BA diversen	183	177	202
Arbeidsongevallen	63	49	49
<b>Totaal</b>	<b>3268</b>	<b>3087</b>	<b>3352</b>





## ▷ Autoverzekering

### 1. In cijfers

Nagenoeg 23% van de klachten heeft betrekking op de Autoverzekering. De Ombudsman sloot 2010 af met 755 ingediende klachten, een stijging van 22%, terwijl de algemene stijging slechts 8,5% bedraagt.

Het is hoofdzakelijk in de verplichte **BA Autoverzekering** dat het aantal klachten is toegenomen. Die stijging is voornamelijk toe te schrijven aan drie redenen: de tariefaanpassingen, de betwistingen betreffende de opzeg door de verzekeraar van de overeenkomst en de discussie over het bedrag van de vergoeding.

Wat de **Omnium**-waarborg betreft, rijzen er vooral, bij de regeling van de schadegevallen, betwistingen over het bedrag van de vergoeding of over de weigering van tussenkomst.

Waarborg	2008	2009	2010
BA Auto	543	498	580
Omnium	122	102	154
Diefstal (auto)	17	20	21
<b>Totaal</b>	<b>682</b>	<b>620</b>	<b>755</b>

### 2. Analyse

Bij de verplichte **BA Autoverzekering** blijkt de consument vooral ontevreden te zijn over de productie of het beheer van zijn verzekeringscontract (70%). Bijna 36% van de klachten hebben betrekking op het bedrag en de betaling van de premie en 30% op de opzeg van de overeenkomst.


In de loop van 2010 hebben verscheidene verzekeringsondernemingen hun **tarief verhoogd**<sup>2</sup>. De consument was verrast en ondervroeg de Ombudsman over de wettelijkheid van deze maatregel en over de rechtsgeldigheid van de gevolgde procedure.

Een verzekeringsonderneming kan een nieuw tarief toepassen op de vervaldag. Hierbij moet zij wel bepaalde termijnen eerbiedigen. Daarnaast moet zij de verzekeringsnemer laten weten dat hij het recht heeft om zijn contract op te zeggen.

Reeds vorig jaar wees de Ombudsman op het vage en tegenstrijdige karakter van de wettelijke bepalingen. Zij pleitte dan ook voor een tussenkomst van de wetgever om de toepasselijke wetgevingen te harmoniseren<sup>3</sup>. Bij onregelmatigheden over de formaliteiten of de termijnen zal de Ombudsman trachten de verzekeringsonderneming ervan te overtuigen om de

<sup>2</sup> P. Gerard, "RC Auto: nouvelles hausses", *Le Soir*, 26 juni 2010, p. 21.

<sup>3</sup> Zie *Zakboekje 2009 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 18.



datum waarop de verhoging ingaat, tot de volgende jaarlijkse vervalddag uit te stellen. Op die manier geniet de verzekerde een jaar langer het meest voordelige tarief en beschikt hij over de tijd om de meest geschikte oplossing te zoeken.

Soms heeft de consument al een beter aanbod gevonden en wenst hij zijn contract met onmiddellijke ingang op te zeggen. Hij richt zich dan tot de Ombudsman omdat de verzekeringsonderneming de opzeg pas wil laten ingaan, op basis van een strikte interpretatie van de wettelijk bepaalde formaliteiten, op de vervalddag van het volgend jaar. Hiervoor roept zij diverse redenen in: de opzeg werd naar de verzekeringsadviseur verstuurd, de termijn van drie maanden vóór de vervalddag werd niet nageleefd, de opzeg werd niet aangetekend verstuurd of werd niet aan de maatschappelijke, maar aan een regionale zetel doorgestuurd, ... De Ombudsman zal in die gevallen, op basis van de wetgeving, de gebruiken en de uitvoering te goeder trouw van een overeenkomst een

pragmatische en evenwichtige oplossing zoeken waarmee beide partijen kunnen instemmen.



Buiten de tariefverhogingen kan het bedrag van de premie ook worden aangepast als gevolg van de toepassing van een malus. Het is inderdaad zo dat één of meer schadegevallen die tijdens het referentiejaar vergoed werden, aanleiding geven tot toepassing van een sanctie. Sinds de

verdwijning van de verplichte bonusmalusgraad in januari 2004 heeft elke verzekeringsonderneming haar eigen sanctiemechanisme dat in de

algemene contractvoorwaarden omschreven wordt<sup>4</sup>. Zo hebben bepaalde verzekeringsondernemingen een tarief dat, bij het onderschrijven van de overeenkomst, aantrekkelijk is. Vanaf het eerste schadegeval in fout passen ze echter een contractueel voorzien correctiepercentage toe op de premie,

<sup>4</sup> K.B. van 16 januari 2002 tot wijziging van het K.B. van 22 februari 1991 houdende algemeen controlereglement van de verzekeringsondernemingen en het K.B. van 14 december 1992 betreffende de modelovereenkomst voor de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, B.S., 14 februari 2002.

dat een stuk hoger is dan het tarief op de markt. De toepassing van dergelijke sanctie leidt tot betwistingen en resulteert in discussies over de aansprakelijkheid van het schadegeval, het bedrag van de schadevergoeding, ... In dit verband blijkt trouwens dat de consument niet altijd op de hoogte is dat een malus los van het betaalde bedrag wordt toegepast.

Overigens is het niet zo dat de verzekerde het contract mag opzeggen na de loutere toepassing van deze sanctie. Hij mag het contract enkel opzeggen binnen de bepalingen van het wettelijke kader: na een schadegeval of drie maanden vóór de jaarlijkse vervaldag<sup>5</sup>.

Het bedrag van de premie kan eveneens worden gewijzigd als men van voertuig verandert. De onderneming zal namelijk het tarief toepassen dat overeenkomt met de kenmerken van het nieuwe voertuig. Dat kan ofwel een groter vermogen hebben, ofwel een zwaarder risico vertegenwoordigen (bijvoorbeeld een sportwagen). Het feit dat het tarief overeenstemt met de kenmerken van de te verzekeren wagen is geen reden voor de verzekeringsnemer om het contract op te zeggen op grond van deze pre-

mieverhoging. Toch stelde de Ombudsman vast dat bepaalde verzekeringsondernemingen die gelegenheid gebruiken om hun nieuw tarief al toe te passen. In die gevallen kan de Ombudsman dan ook bekomen dat de premie wordt teruggebracht naar de oude tariefstructuur.

Om hun solvabiliteit te waarborgen, evalueren de verzekeringsondernemingen regelmatig de risico's die ze in portefeuille hebben. Volgens criteria die ze zelf bepaalt, gaat elke verzekeringsonderneming over tot de **opzeg** van de contracten die een groter risico vertegenwoordigen of waarover een geschil bestaat in verband met de premiebetaling. De consument, die op zoek is naar een dekking voor zijn verplichte **BA Auto**, kan moeilijkheden ondervinden om er één (tegen aanvaardbare financiële voorwaarden) te vinden. Sommigen voelen zich gediscrimineerd. Anderen kunnen de premie niet meer betalen. Als de wettelijke voorschriften nageleefd worden, kan de Ombudsman niet tussenbeide komen bij de verzekeraar die, binnen het wettelijke kader van de antidiscriminatiewet, over de vrijheid beschikt om de risico's te verzekeren. In bepaalde gevallen probeert zij te bemiddelen over een afbetalingsplan, vooral

als de financiële moeilijkheden van voorbijgaande aard zijn.

Het komt ook voor dat de opzeg van de overeenkomst het resultaat is van een invorderingsprocedure van de premie. De Ombudsman gaat in dat geval na of de ingebrekestelling door de verzekeraar aangetekend werd verstuurd en of ze de vereiste vermeldingen bevat<sup>6</sup>.


De klachten over het beheer van de schadegevallen vertegenwoordigen het overgrote deel van de ontevreden klanten bij de waarborg **Omnium** en **Diefstal** (73%). Daarbij worden voornamelijk twee redenen aangehaald: het bedrag van de vergoeding (38%) en de weigering van tussenkomst (30%).

Daarentegen worden in de verplichte **BA Autoverzekering** slechts 30% van de klachten ingediend als gevolg van een schadegeval. De twee belangrijkste redenen waarom de consument ontevreden is, zijn in dit geval de trage afhandeling (28%) en het bedrag van de vergoeding (27%).

De geschillen over het **bedrag van de vergoeding** worden bij de waarborg **Omnium** en **Diefstal** afgehandeld volgens de geldende algemene voorwaarden. De discussie gaat over de

<sup>5</sup> Art. 28 [modelovereenkomst](#).

<sup>6</sup> Art. 15 [W.L.V.O.](#)



verzekerde waarde, de toepassing van de vrijstelling, de eis van een factuur voor de herstellingswerken, ... In dit geval ziet de Ombudsman toe op de correcte uitvoering van de contractuele verplichtingen<sup>7</sup>. In het algemeen onderhandelt zij trouwens niet over de vergoedingen waarvoor de rechtbanken variabele bedragen toekennen. Ze gaat enkel na of de verzekeringsonderneming haar voorstel op een objectieve manier kan staven.

De **weigering van tussenkomst** vanwege de verzekeringsonderneming vertegenwoordigt nog steeds 20% van de redenen waarom de consument zich in de Autoverzekering tot de Ombudsman richt.

In de waarborg *Omniium* wil de verzekeraar niet tussenkomen omdat hij van oordeel is dat het door de verzekerde geleverde bewijs onvoldoende is. Dit is het geval bij schade als gevolg van een aanrijding met een dier, of bij de omstandigheden van een diefstal. In andere gevallen weigert de verzekeringsonderneming tussen te komen omdat de contractuele voorwaarden

niet vervuld zijn, zoals het installeren van een aangepast alarmsysteem.

In *BA Auto* is de weigering van tussenkomst het gevolg van een dekkingsprobleem: een geschil over de premie, verandering van voertuig, ...

Tenslotte komen ook de klachten over de **trage afhandeling** van een dossier *BA Auto* steeds weer terug. Het gaat om betwistingen over de toepassing van de *RDR*-conventie, de aansprakelijkheid voor het ongeval, de problemen over de niet-gekende identiteit van de tegenpartij, ... De Ombudsman kan de dialoog soms opnieuw op gang brengen door het dossier in de schoot van de verzekeringsonderneming te laten herlezen of door de klager door te verwijzen naar zijn Rechtsbijstandsverzekeraar.

Ondanks de geboekte vooruitgang op het vlak van de communicatie tussen verzekeraars en verzekerden ligt **het gebrek aan informatie** nog steeds ten grondslag aan 21% van de klachten bij de schadeafhandeling in de *BA Autoverzekering*. Meestal begrijpt de

verzekerde niet waarom zijn verzekeraar meent dat hij aansprakelijk is voor het ongeval. Daarnaast ontvangt hij een vergoeding zonder details of onvoldoende uitleg over de afrekening of hij krijgt geen enkele reactie op zijn brieven.

### 3. Oplossingen van de klachten

De meeste klachten in Autoverzekering hebben betrekking op de verplichte *BA Autoverzekering*. Bijna 20% van deze klachten betreffen eigenlijk vragen om inlichtingen. De consument schrijft de Ombudsman aan om allerlei vragen te stellen over het zoeken naar een verzekeringsdekking, de mogelijkheden tot opzeg van het contract, de rechtsgeldigheid van de afhandelingstermijn of de berekening van het bedrag van de vergoeding naar aanleiding van een schadegeval. In het kader van preventie van geschillen antwoordt de Ombudsman hierop.

Eind januari 2011 heeft de Ombudsman 532 klachten van 2010 afgehandeld, waarvan 57% gegrond waren.

<sup>7</sup> Zie ook infra p. 50.



Wanneer de consument zich tot de Ombudsman richt in het kader van de verplichte verzekering **BA Auto**, gaat dit doorgaans over de productie van het contract. In 63% van de gevallen krijgt de consument gelijk, voornamelijk in discussies over de opzeg van het contract.

Wanneer hij zich naar aanleiding van een schadegeval tot de Ombudsman wendt, is de klacht vaak gegrond wanneer deze betrekking heeft op de termijn voor de afhandeling (vertraging bij het opvragen van het strafdossier, bij de aanstelling van een deskundige, ...) en op het gebrek aan informa-

tie (gebrek aan duidelijkheid over de afrekening van de vergoeding, geen antwoord of verantwoording bij betwisting van de aansprakelijkheid, ...).

In het kader van de dekking **Omnium** en Diefstal zijn de klachten na een weigering van tussenkomst van de verzekeringsonderneming in 60% van de gevallen ongegrond. Het gaat om klachten over de weigering tot betaling van de BTW bij gebrek aan een factuur. Andere ongegronde klachten hebben betrekking op een gebrek aan bewijs bij een aanrijding met een dier. Tenslotte noteert de Ombudsman hier ook klachten over de weigeren van de tussenkomst voor de schade veroorzaakt door de dief wanneer er geen Diefstalverzekering is onderschreven.

## ► Brandverzekering

### 1. In cijfers

In 2010 heeft de Ombudsman voor de Brandverzekering 614 klachten ontvangen. In 2009 ontving zij net zoveel klachten, maar in 2010 heeft zij wel verschuivingen tussen de verschillende waarborgen genoteerd.

Zo is het aantal klachten in de waarborgen Brand en Waterschade gedaald. De klachten in de waarborgen Storm en Diefstal zijn daarentegen aanzienlijk gestegen.

Het aantal klachten van de consument die moeilijkheden ondervindt als hij de polis wil opzeggen, is in deze tak gevoelig gedaald. Toch zijn er hieromtrent in 2010 nog vaak klachten ingediend.

In de waarborg Waterschade heeft de Ombudsman minder klachten geregistreerd over de beslissing van de verzekeraar om de schade niet te vergoeden.

Binnen de waarborg Storm zijn de klachten daarentegen meer dan verdubbeld. In 2010 werd het land geteisterd door verschillende stormen. Dit leidde tot een explosie van schadegevallen, die werden ingediend bij de verzekeraars. Dit hoger aantal te regelen schadegevallen vergroot uiteraard de kans op ontevreden klanten. Na de uitzonderlijke storm van 14 juli 2010 hebben de verzekeraars nochtans de sectorale verbintenisverklaring Storm toegepast om de afhandeling van de schadedossiers te bespoedigen en te vereenvoudigen<sup>8</sup>.

Midden november 2010 werd ons land opnieuw zwaar getroffen door zware overstromingen. Bij een dergelijke ramp blijven de slachtoffers ontredder achter. Voor hen is een goede communicatie op dat ogenblik een belangrijke steun. Dit heeft de sector ingezien. De verzekeraars hebben in samenwerking met de overheid, via [Assuralia](#), belangrijke inspanningen geleverd om de getroffen mensen te informeren over hun rechten en over de procedures, die zij moeten volgen om schadevergoeding te bekomen.

Waarborg	2008	2009	2010
Brand	287	281	235
Waterschade	198	215	192
Diefstal (woning)	50	53	86
Storm	34	20	50
Natuurrampen	13	18	18
Glasbreuk	7	10	15
Elektriciteitsrisico	12	9	10
BA Gebouw	6	8	8
<b>Totaal</b>	<b>607</b>	<b>614</b>	<b>614</b>

<sup>8</sup> [www.assuralia.be/](http://www.assuralia.be/)

Ondanks deze inspanningen heeft de Ombudsdienst, in de dagen na de ramp, aanzienlijk veel telefonische oproepen ontvangen van radeloze consumenten die bevestiging en begeleiding zochten. De Ombudsman heeft dan ook op haar website inlichtingen opgenomen met een link naar andere nuttige informatiebronnen<sup>9</sup>.

Eind 2010 hebben reeds enkele slachtoffers de Ombudsman aangesproken omdat zij te lang moesten wachten op de besluiten van de ingeschakelde expert.

## 2. Analyse

In Brandverzekering gaan de meeste klachten (78%) over schadegevallen.

Als de consument een klacht indient over productie (22%), gaat het in veel gevallen nog over moeilijkheden met de **opzeg** van zijn polis (12% van de klachten in deze tak handelen hierover).

Premieverhogingen stimuleren de consument om te zoeken naar meer voordelige oplossingen waardoor hij soms terecht komt bij de concurrerende verze-



kerars. De wet bepaalt de voorwaarden en de termijnen die de verzekeringsondernemingen bij een premieverhoging moeten naleven. Deze regels worden niet altijd volgens de letter van de wet toegepast, zodat meningsverschillen ontstaan.

Sommige verzekeraars stellen alles in het werk om hun klanten te houden. Tegenover de verzekerden passen zij de wettelijke voorschriften over de termijnen en de na te leven procedure strikt toe, terwijl zij diezelfde regels

voor henzelf soepel interpreteren. Deze spanningen zijn een voorbeeld van de indirecte gevolgen van de financiële crisis. De consument zoekt de beste prijs terwijl de verzekeraars alleen "de goede risico's" in hun portefeuille willen behouden. Deze klanten zijn immers het meest rendabel.

De klachten over schade gaan in 33% van de gevallen over de **weigering van tussenkomst** van de verzekeraar, vooral dan in de waarborgen *Waterschade* en *Diefstal*.

<sup>9</sup> [www.ombudsman.as/](http://www.ombudsman.as/)



De extreme winterkoude van begin 2010 heeft nogal wat schade veroorzaakt waarvoor de verzekeraars slechts onder bepaalde voorwaarden waarborg verlenen. Elke consument moet zijn eigendom als een goed huisvader beheren. Bij een periode van vorst

de vermelding dat, indien deze niet nageleefd zijn, er geen waarborg zal verleend worden.

In andere gevallen gaat de discussie over het begrip hydraulische installatie. Voor de duidelijkheid bevatten

het algemeen rechtsprincipe moet de verzekerde aantonen dat het schadegeval valt onder de waarborg van het verzekeringscontract. De verzekerde verdedigt hierbij de stelling dat de hydraulische installatie, zijnde een bad of een douche, een geheel vormen en dat bijgevolg de siliconenafsluiting of de voegen van de betegeling rond het bad of de douche behoren tot het bad of de douche zelf. Zij stellen dan ook dat een lekke siliconenrand of gebarsten wandtegels gelijk is aan een defecte hydraulische installatie.

Bij *diefstal* kan de verzekeraar soms weigeren om tussen te komen omdat hij meent dat de omstandigheden waarin de diefstal gebeurde niet vallen onder de algemene voorwaarden.

De diefstal gebeurde bijvoorbeeld zonder braaksporen of zonder geweldpleging.

De verzekeraar is trouwens steeds meer geneigd om de algemene voorwaarden voor een vergoeding bij diefstal strikter toe te passen. Daarentegen zijn de methoden die de dieven gebruiken om een woning binnen te dringen, verveelvoudigd. Zij stelen



moet hij de nodige maatregelen nemen om schade te voorkomen. Hij moet bijvoorbeeld de woning minimaal verwarmen, de waterleiding isoleren of de leidingen laten leeglopen als de woning niet bewoond wordt. In het algemeen hernemen de verzekeringspolissen deze maatregelen met

sommige polisvoorwaarden een definitie van wat hieronder moet verstaan worden. De discussie is dan gemakkelijker. Indien er geen omschrijving is opgenomen, moet men teruggrijpen naar de gewone omgangstaal en het woordenboek. Er zijn immers verschillende interpretaties mogelijk. Volgens



zonder dat ze braaksporen achterlaten of slagen erin een alarmsysteem te omzeilen door de niet-beveiligde plaatsen op te sporen. Ze zetten de bewoners op het verkeerde been door zich te vermommen als politieagent of als vertegenwoordiger van een energiebedrijf. Ze dringen de woning zelfs binnen terwijl de bewoners in de tuin zijn ...<sup>10</sup>

Andere klachten gaan over het **bedrag van de vergoeding** (22%). Vooral in de waarborgen *Brand* en *Waterschade* wordt het bedrag van de verzekeringsvergoeding in vraag gesteld.

De verzekerde moet de verzekeraar de kans bieden om de beschadigde goederen na te kijken zodat de oorzaak en de omvang van de schade kan achterhaald worden<sup>11</sup>. Na een schade gooit de verzekerde de beschadigde voorwerpen soms te snel weg namelijk vóór het plaatsbezoek van de expert of de inspecteur. De aankoopfacturen of bestekken vormen dan veelal geen sluitend bewijs.

**Onderverzekering** komt vaak alleen maar aan het licht bij een schadegeval en levert nog steeds voer voor discussie. Zoals wettelijk voorzien zal de verzekeringsonderneming bij **onderverzekering** de evenredigheidsregel toepassen op de uit te keren vergoeding. De verzekeraar beperkt dus zijn tussenkomst tot ongenoegen van de verzekerde.

De wet verplicht de verzekeraars om een systeem ter afschaffing van de evenredigheidsregel aan hun klanten voor te stellen. Dit systeem moet toelaten om de waarde van een pand correct te verzekeren en dus **onderverzekering** te vermijden. Een woning kan tijdens de duurtijd van de verzekeringspolis echter belangrijke wijzigingen ondergaan. De woning wordt ingrijpend gerenoveerd of aanzienlijk gewijzigd en dit beïnvloedt natuurlijk haar waarde. De weerslag van deze verbouwingswerken op de Brandverzekering ontgaat heel wat verzekerden. Als zich achteraf een schade voordoet, moeten zij in dat geval de toepassing van de evenredigheidsregel ondergaan.

### 3. Oplossingen van de klachten

De consument heeft de Ombudsman ook in deze tak aangesproken met uiteenlopende vragen zoals over de omvang van de waarborg, de afhandeling van een schadedossier, opzegformaliteiten, ... Deze vragen om inlichtingen vertegenwoordigen 10% van de ingediende verzoeken.

Eind januari 2011 hebben de Ombudsman en haar team 488 klachten, die in 2010 ingediend zijn, afgerond. Hier van waren er 49% gegrond.

Wanneer de discussie ging over de opzeg van een contract, waren 59% van de klachten gegrond. De klachten over een weigering van tussenkomst bij Waterschade of Diefstal waren daarentegen voor 44% gegrond.

Als de verzekerden zich beklagden over de lange duurtijd bij de afhandeling van een schadedossier of over gebrek aan informatie, waren hun klachten voor 53% gegrond.

<sup>10</sup> X, "Pas op voor nep-medewerkers van Belgacom", *Netto (De Tijd)*, 6 december 2010.

<sup>11</sup> Art. 19 §2 **W.L.V.O.**

## ▷ Rechtsbijstandsverzekering

### 1. In cijfers

In tegenstelling tot de algemene tendens is het aantal klachten over de Rechtsbijstandsverzekering met 4% licht gedaald. Dit is het gevolg van de vermindering van het aantal klachten over Rechtsbijstand auto en Rechtsbijstand basis niet-auto (vaak gekoppeld aan andere polissen, zoals een Familiale of een Brandverzekering).

### 2. Analyse

Wat de productie in de Rechtsbijstand betreft, geeft de opzeg van de overeenkomst door de verzekeringsonderneming na een schadegeval aanleiding tot betwistingen. Die hebben voornamelijk betrekking op de contracten met een uitgebreide dekking zoals contractuele geschillen, fiscaal recht, personenrecht, ... De wet staat de verzekeringsondernemingen toe te voorzien in de mogelijkheid om het contract op te zeggen na een schadegeval<sup>12</sup>. Dergelijke opzeg, die sommige ondernemingen al na de

Waarborg	2008	2009	2010
R.B. auto	193	202	191
R.B. basis niet-auto	109	148	136
R.B. uitgebreide dekking	73	101	104
<b>Totaal</b>	<b>375</b>	<b>451</b>	<b>431</b>

aangifte van een eerste schadegeval toepassen, valt dikwijls in slechte aarde bij de consument.

De consument heeft in Rechtsbijstand vooral klachten (88%) over de afhandeling van de schade, hoofdzakelijk om drie redenen: de trage afhandeling (40%), de weigering van tussenkomst (35%) en het bedrag van de vergoeding (11%).

De **trage afhandeling** is het motief dat het vaakst terugkomt bij de consument die ontevreden is over de schadeafhandeling bij de verzekering *Rechtsbijstand auto*. De verzekerde vraagt zich af waarom de afhandeling van zijn dossier zo lang duurt.

Bij het onderzoek van die klachten stelt de Ombudsman vast dat het dikwijls om schadegevallen in het buitenland gaat.

In andere gevallen, en zoals in voorgaande jaren, wordt het beheer van het dossier geblokkeerd omdat gewacht moet worden op het strafdossier. De verzekeringsonderneming moet immers toestemming krijgen om kennis te kunnen nemen van dit strafdossier. Het parket is echter overbelast en talmt met het geven van deze toestemming. Het strafdossier is nodig omdat het objectieve en relevante informatie bevat, die een ander licht kan werpen op de aansprakelijk-

<sup>12</sup> Art. 31 W.L.V.O.



heidsdiscussie. Ondanks verscheidene pogingen is er nog steeds geen werk gemaakt van een vereenvoudigde toegangsprocedure tot het strafdossier voor de verzekeringsondernemingen. Het is wachten op de volledige informatisering van Justitie<sup>13</sup>.

In 2010 ontving de Ombudsman ook verscheidene klachten van slachtoffers van verkeersongevallen te wijten aan de slechte staat van de wegen door de aanhoudende vorst. Ze willen vergoed worden door de gemeentelijke, provinciale of gewestelijke overheid die verantwoordelijk is voor het wegennet. De Rechtsbijstandsverzekeraar, die hen moet helpen bij het verkrijgen van hun schadevergoeding, krijgt te maken met betwistingen over de burgerlijke aansprakelijkheid van de bevoegde overheid. Als eiser moet de consument het bewijs leveren van het falen van de overheid, die verantwoordelijk is voor het openbaar wegennet. Deze fout wordt over het algemeen betwist door de verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid. Op dit punt moet elk dossier afzonderlijk on-

derzocht worden in het licht van diverse elementen: de omstandigheden, de omgeving, de staat van de verlichting, de plaats, ... Hier beschikt de klager vaak over weinig bewijselementen. Omdat de rechtspraak nogal uiteenlopend is, biedt een verwijzing hiernaar ook geen soelaas<sup>14</sup>.

In de verzekering *Rechtsbijstand basis niet-auto* en de *Rechtsbijstand met uitgebreide dekking* worden, naast klachten over de trage afhandeling, voornamelijk twee redenen ingeroepen: de **weigering** om het schadegeval ten laste te nemen en het bedrag van de tussenkomst.

Bij de contracten zonder uitgebreide dekking dekken de meeste Rechtsbijstandsverzekeringen de contractuele geschillen niet. Deze beperking van de dekking kan uitdrukkelijk geformuleerd worden door een uitsluiting voor contractuele geschillen op te nemen. Ze kan ook onrechtstreeks vervat zitten in de algemene voorwaarden door te stellen dat de dekking betrekking heeft op de geschillen burgerlijke aan-


sprakelijkheid op grond van artikel 1382 B.W. Daar waar over de eerste formulering geen discussie kan bestaan, is de tweede alles behalve duidelijk voor de consument. De Ombudsman wordt veelvuldig ondervraagd wanneer het verhaal op de twee juridische grondslagen gebaseerd is, namelijk de buitencontractuele aansprakelijkheid en de contractuele aansprakelijkheid. Dit komt regelmatig voor bij geschillen waarbij de professionele burgerlijke aansprakelijkheid (artsen, aannemers, boekhouders, ...) in het geding is.

De betwistingen over het **bedrag van de tussenkomst** handelen in Rechtsbijstand dikwijls over het plafond. Bij meerdere schadegevallen rijst de vraag of ze met elkaar verband houden en meer bepaald of ze één dan wel meerdere geschillen vormen en bijgevolg of er één dan wel meerdere plafonds toegepast moeten worden.

Sommige verzekeraars bepalen het plafond ten opzichte van het schadebedrag zonder verdere details.

<sup>13</sup> Zie ook *Zakboekje 2009 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 23.

<sup>14</sup> A-L. Durviaux, B. Kohl et D. Fisse, "Le droit de la responsabilité : le domaine de la voirie", *Droit de la responsabilité – Domaines choisis*, Luik, Anthemis, p. 7 e.v.



In dergelijk geval ontstaat er discussie over de omvang van de schade: moet men enkel de hoofdsom in aanmerking nemen of ook de intresten, de rechtsplegingsvergoeding, de eventuele expertisekosten,...? In het licht van deze terugkerende betwistingen heeft een verzekeringsonderneming in haar algemene voorwaarden, die ze in 2010 herzien heeft, een gedetailleerde omschrijving opgenomen van de elementen die in aanmerking genomen worden.

Wanneer de betwistingen betrekking hebben op het bedrag van de erelonen van advocaten, verwijst de Ombudsman de advocaat door naar de Gemengde Commissie Rechtsbijstandsverzekering die bevoegd is voor dit soort zaken.

Aan de Ombudsman werden ook enkele dossiers voorgelegd over verzekerden die een ernstig lichamelijk letsel had opgelopen. De discussie ging over de keuze tussen een minnelijke medische expertise en een gerechtelijke expertise om de omvang van de letsels, de evolutie en de toekomstige gevolgen ervan voor het slachtoffer te bepalen.

Bij het zoeken naar een minnelijke regeling wilde de verzekeraar de minnelijke medische expertise opleggen, terwijl de advocaat van de verzekerde deze weg niet de meest geschikte vond. Om de situatie te deblokken, stelde de Ombudsman voor dat de advocaat, op grond van de in het contract voorziene objectiviteitsclausule, een omstandig advies aan de verzekeringsonderneming zou bezorgen.

### 3. Oplossingen van de klachten

Bij de verzekering Rechtsbijstand stelde de Ombudsman een onderzoek in naar 368 klachten. De andere (15%) gaan voornamelijk over vragen om inlichtingen. De consument richt zich tot de Ombudsman voor algemene vragen. Hij wil namelijk weten of hij een advocaat mag raadplegen, van advocaat kan veranderen, steun kan vinden in zijn pogingen om een vergoeding te krijgen,...

De onderhandelde klachten in Rechtsbijstandsverzekering, die eind januari 2011 afgesloten waren (332 klachten), zijn in 41% van de gevallen gegrond. Meer in het bijzonder voor de Rechtsbijstand auto zijn ze in 47% van de gevallen gegrond tegen 37% voor de beide andere categorieën.

Bij de verzekering Rechtsbijstand auto zijn het voornamelijk de klachten met betrekking tot de traagheid van de schadeafhandeling die gegrond zijn (55%).

Bij de verzekering Rechtsbijstand basis niet-auto zijn de klachten over de weigering van tussenkomst slechts in 33% gegrond en de klachten over het plafondbedrag van de tussenkomst in 32% van de gevallen.



## ▷ Arbeidsongevallenverzekering

De klachten over de Arbeidsongevallenverzekering blijven verder dalen.

Sinds 2007 behoren de klachten in Arbeidsongevallen over de schade niet meer tot de bevoegdheid van de Ombudsman. Alleen het Fonds voor Arbeidsongevallen is bevoegd voor dergelijke klachten van de consument<sup>15</sup>. De Ombudsman en het **FAO** hebben een samenwerkingsprotocol afgesloten<sup>16</sup>. De twee instanties werken nauw samen en wisselen de klachten die eigenlijk tot de bevoegdheid van de andere dienst behoren spontaan uit, zodat de ontevreden consument zo snel mogelijk gehoord wordt. Zo heeft de Ombudsman 31 klachten doorgestuurd naar het **FAO**.

De 5 overige schadedossiers betreffen aanvullende verzekeringen op de Arbeidsongevallenverzekering. De Ombudsman is hiervoor bevoegd want het zijn eigenlijk Groepsverzekeringen die de werkgever heeft afgesloten in het voordeel van zijn werknemers.

	2008	2009	2010
Productie	11	8	13
Schade	52	41	36
<b>Totaal</b>	<b>63</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

Voor de klachten over de productie heeft de Ombudsman 13 dossiers behandeld. Deze handelen over problemen die de consument ondervond over de opzeg van een contract, over de registratie van wijzigingen in de polis of over de procedures tot aanpassing van de premie.

De conventie "opzeg per fax", die vereenvoudigde regels inhoudt voor de opzeg in Auto-, Brand- en Ongevallenverzekering, geldt niet in deze tak<sup>17</sup>. De verzekeringnemer kan deze Arbeidsongevallenverzekering enkel

opzeggen door een aangetekende brief te sturen naar de hoofdzetel van de verzekeringsonderneming.

<sup>15</sup> Art. 87ter arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, *B.S.*, 24 april 1971 en wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector, *B.S.*, 10 augustus 1967.

<sup>16</sup> Art. 87quater arbeidsongevallenwet.

<sup>17</sup> "Conventie 'Opzeggings- en/of medeverzekeringsbrieven' ", [www.assuralia.be/](http://www.assuralia.be/)

## ▷ Gezondheidszorgenverzekering

### 1. In cijfers

Sinds enkele jaren nemen de klachten over de Gezondheidszorgenverzekering toe. In 2010 vertegenwoordigen zij 14% van de klachten. De Ombudsman registreert bijgevolg een stijging van 13%. Deze toename is groter dan de algemene stijging van de klachten die 8,5% bedraagt. Onder deze klachten heeft de meerderheid (60%) betrekking op de [niet-beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomsten](#). Het zijn echter de klachten over de [beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomsten](#) die het sterkst gestegen zijn met 30%. Vooral de premieverhogingen zijn een bron van ontevredenheid.

### 2. Analyse

In de Gezondheidszorgenverzekering registreert de Ombudsman evenveel klachten in productie als in schadeafhandeling.

Zowel in de beroepsgebonden als in de niet-beroepsgebonden Hospitalisatieverzekering hebben de klachten in [productie](#) voornamelijk betrekking op de doorgevoerde **premieverhogingen** (24% van het totaal aantal klachten in deze verzekeringstak).

De consument stelt zich vragen over de veelvuldige premieverhogingen van de afgelopen jaren. In 2007 is de wetgever opgetreden. De [wet Verwilghen](#) laat voor de verzekeringsondernemingen nog enkel de mogelijkheid om de premie van een *niet-beroepsgebonden*

*Hospitalisatieverzekering* aan te passen aan een index. Hiervoor voorziet de wet de ontwikkeling van een specifieke, medische index, die kan worden aangewend als de stijging van de index van de consumptieprijs niet voldoende is. Daarnaast kunnen de premies nog worden aangepast op vraag van een verzekeringsonderneming wanneer het behoud van het tarief het evenwicht van de resultaten van de onderneming zou kunnen ondermijnen. In dat geval moet de [CBFA](#) voorafgaandelijk haar akkoord geven.

Waarborg	2008	2009	2010
Niet-beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomst	302	261	275
Beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomst	145	97	126
Gewaarborgd Inkomen	52	46	52
Wachtverzekering	-	-	4
<b>Totaal</b>	<b>499</b>	<b>404</b>	<b>457</b>

In februari 2010 werd de specifieke medische index voor de eerste maal gepubliceerd<sup>18</sup>. De gebrekkige transparantie van de berekening van de index en de omvang ervan leiden nog steeds tot vragen bij de consument en bij de verzekeringsactoren.

Vershillende rechtszaken tot vernietiging werden voor de bevoegde instanties ingediend, maar eind 2010 was er nog geen enkele definitieve uitspraak.

Zonder de publicatie van de medische index af te wachten, kondigde eind 2009 een verzekeringsonderneming aan dat de technische resultaten van haar onderneming een premieverhoging vereisten. Deze beslissing werd betwist door de CBFA en door de vertegenwoordigers van de consumenten. Ingegeven door de uitgebreide verslaggeving in de pers, klopten heel wat verzekerden aan bij de Ombudsman om dit verder te onderzoeken. Hiernaast werd ook een vordering in kortgeding ingeleid. In december 2010 heeft de Voorzitter van de Rechtbank van Koophandel zich uitgesproken in

het voordeel van de consument<sup>19</sup>. Hij legde de staking van de premieverhoging voor de toekomst op. De verzekeraar heeft beroep aangetekend tegen deze beslissing. Ondertussen zijn de onderhandelingen met de CBFA nog steeds lopende.




De Ombudsman ontving echter ook klachten over premieverhogingen in de *beroepsgebonden Hospitalisatieverzekeringen*. Deze aanpassingen hangen louter af van de wil van de con-

tracterende partijen. Dergelijke contracten vallen voor de premieverhogingen niet onder de [wet Verwilghen](#). Ze houden namelijk een verbintenis in die wordt aangegaan door de werkgever voor zijn werknemers. In

sommige gevallen gaat de werkgever ook akkoord om deze Gezondheidszorgenverzekering eveneens toe te kennen aan de gepensioneerde werknemers. Ingevolge de algeme-

<sup>18</sup> K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, §3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, B.S., 8 februari 2010. De index werd een eerste maal gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 26 februari 2010.

<sup>19</sup> Kh. Brussel, 20 december 2010, AR A/10/1833, onuitg.



ne stijging van de kosten in de gezondheidszorg en de weerslag op de premies is de Ombudsman verschillende malen aangesproken door deze gepensioneerde werknemers over de premiebijdragen die hun gevraagd werden. Zij menen dat deze premieverhogingen buiten proportie zijn en dat ze niet overeenstemmen met de sociale belofte van de werkgever. De Ombudsman heeft in die gevallen nagekeken of het verzekeringscontract correct werd uitgevoerd. Zij kon echter niet oordelen over de belofte van de werkgever.

In deze categorie stelde de Ombudsman overigens vast dat de meldplicht over de mogelijkheid tot individuele verderzetting van een beroepsgebonden Ziekteverzekering nog onvoldoende gekend is bij de werkgever. Veelal laat deze na de werknemer te verwittigen, wanneer deze laatste het voordeel van de beroepsgebonden Ziekteverzekering verliest. Hierdoor neemt de werknemer, aangezien hij moet reageren binnen een termijn van 105 dagen, laattijdig kennis van de mogelijkheid tot de individuele verderzetting. Aangezien deze ver-

plichting niet rust bij de verzekeraar maar bij de werkgever, heeft de Ombudsman de consument naar de werkgever moeten doorverwijzen<sup>20</sup>. De verzekeraar is in dergelijk geval bereid om een individueel contract aan te bieden mits het doorlopen van de

seerd in de eerste versie van de [wet Verwilghen](#). De herstellwet heeft dit echter verder gepreciseerd. Er blijft evenwel een grijze zone over de toepasselijke bepalingen inzake premieverhogingen. Door het hoge aantal van dit soort contracten op de verzeke-



aanvaardingsprocedure. Deze oplossing biedt echter geen soelaas voor de dekking van een voorafbestaande toestand.

De specifieke Ziektekostenverzekering, [Affinity](#)-contract, werd niet gevi-

ringsmarkt konden de bestaande contracten behouden blijven. Hoe de premieaanpassingen van deze contracten moesten verlopen, werd echter niet verduidelijkt. Ingevolge het onderscheid beroepsgebonden en niet-beroepsgebonden Hospitalisatieverze-

<sup>20</sup> Art. 138bis-9 W.L.V.O.



keringen en met de geest van de wet in het achterhoofd, zouden de verzekeringsondernemingen voor de premieverhogingen de reglementering van de niet-beroepsgebonden Hospitalisatieverzekeringen moeten respecteren. De verzekeringssector geeft hieraan echter een andere interpretatie en baseert zich op de contractuele vrijheid, die bestaat voor beroepsgebonden Hospitalisatieverzekeringen.

Daarnaast ontving de Ombudsman ook klachten over de **opzeg** van het contract, uitgeoefend zowel door de verzekerde als door de verzekeringsonderneming. Zij vertegenwoordigen 11%. Bij de analyse hiervan blijkt dat sommige klachten betrekking hebben op een lacune in de wet. De [wet Verwilghen](#) voorziet dat een *Individueel Gewaarborgd Inkomen* loopt tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet. Deze overeenkomst kan ook korter zijn op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde en indien deze daar belang bij heeft<sup>21</sup>. Vóór de [wet Verwilghen](#) was het vrij gebruikelijk dat dergelijke verzekering voor een vrouw liep tot de leeftijd van 60 jaar. Om te voldoen aan

de nieuwe maatregelen, moest de verzekeraar tijdens de overgangperiode een verlenging van deze contracten voorstellen tot de leeftijd van 65 jaar. Dit kan problematisch worden indien de verzekerde ondertussen een voorafbestaande aandoening heeft. Aangezien op dat moment het risico reeds verwezenlijkt is, kan de verzekeraar in dat geval niet zomaar een verlenging voorstellen voor het reeds aanwezig risico. Een uitsluiting voor dit risico kan er daarentegen toe leiden dat de verzekering een “lege doos” wordt. Jammer genoeg voorziet de [wet Verwilghen](#) geen oplossing voor deze situatie.

De Ombudsman registreert een daling van de klachten over **discriminatie** in Gezondheidszorgen. Deze hadden voornamelijk betrekking op de premieaanpassingen of beperkingen van de waarborg enerzijds en de omvang van de uitsluiting, die werd geformuleerd door de verzekeringsonderneming, anderzijds.

Bepaalde verzekerden voelden zich gediscrimineerd omdat de premie van hun Hospitalisatieverzekering hoger was omdat zij in Brussel wonen. Andere verzekerden konden moeilijk aanvaarden dat de verzekeringsonderneming

haar tussenkomst beperkt afhankelijk van het gekozen ziekenhuis. Deze verhoging of beperking is nochtans gebaseerd op objectieve criteria. De globale medische kosten die worden aangerekend door bepaalde ziekenhuizen, waaronder de Brusselse, liggen dikwijls een stuk hoger dan de gebruikelijk aangerekende kosten<sup>22</sup>. De Ombudsman heeft dan ook geen enkel objectief element om deze hogere premie of beperking van de tussenkomst te betwisten.

Door de [wet Verwilghen](#) hebben personen met een chronische ziekte of een handicap voortaan makkelijker toegang tot een Gezondheidszorgenverzekering<sup>23</sup>. De dekking kan wel beperkt worden door een uitsluiting te voorzien. Betwistingen omtrent deze uitsluiting kunnen voorgelegd worden aan de Bemiddelingscommissie, die door de [wet Verwilghen](#) is voorzien. Eind 2010 is deze commissie nog steeds niet in werking getreden.

De helft van de klachten in Gezondheidszorgen heeft betrekking op de afhandeling van de schade. De Ombudsman noteert hierin een stijging van 23%. De consument gaat meestal niet akkoord met de weigering van tussenkomst of met het bedrag van de vergoeding.

<sup>21</sup> Art. 138bis-3 §§ 1 en 2 W.L.V.O.

<sup>22</sup> X, “Hôpital: la chambre privée hors de prix”, *Le Soir*, 26 oktober 2010, p. 1.

<sup>23</sup> Art. 138bis-6 W.L.V.O.



De klachten over de **weigering van tussenkomst** hebben veelal betrekking op een *hospitalisatie* omwille van een voorafbestaande ziekte die niet was meegedeeld en op een hospitalisatie die onder een contractuele uitsluiting valt. In dit laatste geval gaat het meestal om esthetische operaties, waarvan de medische noodzakelijkheid niet of moeilijk kan worden aangetoond (zoals correctie van flaporen, plaatsing van een maagring, ...). Dit is nog moeilijker te begrijpen voor de consument wanneer de mutualiteit tussenkomst verleent. De Ombudsman herhaalt voor deze problematiek haar aanbeveling van 2002<sup>24</sup>.

In de verzekering *Gewaarborgd Inkommen* heeft de weigering van tussenkomst veelal betrekking op de moeilijkheden tot het objectief aantonen van **CVS** en/of fibromyalgie. Het gaat doorgaans om een medische discussie. Binnen de medische wereld zelf is er trouwens geen overeenstemming over deze ziekte, de symptomen en de diagnose. In die gevallen pleit de Ombudsman voor een overleg tussen de geneesheren, eventueel via een

mannelijke medische expertise. Deze medische discussie valt immers buiten haar bevoegdheid.

Wanneer het **bedrag van de vergoeding** wordt betwist, gaat dit in de *Ziektekostenverzekering* (zowel beroepsgebonden als niet-beroepsgebonden) meestal over het bijkomend ereloon dat het ziekenhuis heeft aangerekend onder de vorm van een pseudocode 960 (of een oneigenlijke RIZIV-code). Elk ziekenhuisreglement moet een maximum aan erelonen voorzien dat mag aangerekend worden in functie van het RIZIV-tarief. Indien er daarnaast nog bijkomende erelonen worden aangerekend, worden deze geboekt onder de zogenaamde pseudocodes. Het aanrekenen van een dergelijk ereloon, buiten de beperkingen van het ziekenhuisreglement, kan alleen op basis van een akkoord tussen de patiënt en de geneesheer. Het ten laste nemen van deze kosten verschilt tussen de verzekeraars. De ene verzekeraar zal tussenkomst verlenen op basis van haar contractuele bepalingen. De andere meent dat hij geen betrokken partij is

in het akkoord tussen de dokter en de patiënt en roept het ziekenhuisreglement in om deze kosten te weigeren.

Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat het voortdurend ten laste nemen van deze kosten, ertoe zou leiden dat de uitgaven van de verzekeraar aanzienlijk zouden stijgen. Dit zou kunnen leiden tot nieuwe premieverhogingen.

Tenslotte ontving de Ombudsman verschillende klachten over de waarborg *Zware Ziekte* waarbij een verzekeraar plots weigerde om bepaalde kosten, die jarenlang ten laste werden genomen, terug te betalen. De economische crisis zorgt ervoor dat de verzekeraars eveneens hun uitgaven opnieuw gaan nakijken en herevalueren. Zo bleek in heel wat dossiers dat er medische onkosten werden terugbetaald, waarvan het verband met de zware ziekte niet onmiddellijk duidelijk was. Indien de verzekerde dit verband opnieuw kon aantonen met medische verslagen, ging de betrokken verzekeraar verder over tot terugbetaling.

<sup>24</sup> Jaarverslag 2002 Ombudsman van de Verzekeringen, p. 41.



### 3. Oplossingen van de klachten

In Gezondheidszorgen heeft 19% van de schriftelijke klachten betrekking op vragen om inlichtingen. Deze vragen (zowel telefonisch als schriftelijk) handelen voornamelijk over de tariefverhogingen in de niet-beroepsgebonden Hospitalisatieverzekering en over de opzeg van een aansluiting bij een beroepsgebonden Hospitalisatieverzekering.

Eind januari 2011 waren er reeds 343 klachten afgesloten, waarvan 53% gegrond.

Deze gegronde klachten gaan hoofdzakelijk over de tariefaanpassingen

van een niet-beroepsgebonden Hospitalisatieverzekering. Hierbij heeft de Ombudsman vastgesteld dat de [wet Verwilghen](#) niet strikt werd nageleefd.

De klachten over de tariefaanpassingen in beroepsgebonden Hospitalisatieverzekeringen zijn daarentegen voornamelijk ongegrond. Gezien hier de contractuele vrijheid blijft, kunnen deze tariefverhogingen niet betwist worden.

De klachten over de schadeafhandeling in Gezondheidszorgen zijn slechts voor 41% gegrond. De niet-gegronde klachten zijn meestal terug te vinden bij een weigering van tussenkomst. De verzekeraar kan dit vaak motiveren

door te verwijzen naar de algemene voorwaarden, die bepaalde ziekenhuisopnames uitsluit.

Indien de betwisting gaat over het bedrag van de vergoeding heeft dit veelal betrekking op het feit dat bepaalde medische kosten worden geweigerd omdat de medische noodzakelijkheid of het verband met de aandoening niet voldoende is aangetoond. In deze gevallen zal de Ombudsman trachten de dialoog terug op te starten door te verwijzen naar de mogelijkheid van een minnelijke medische expertise. Deze laat toe om uitsluitsel te brengen bij dergelijke discussies en leidt ertoe dat in 47% van deze dossiers de Ombudsman een oplossing heeft kunnen aanbieden voor de consument.

## ▷ Levensverzekering

### 1. In cijfers

De klachten over Levensverzekeringen volgen de globale tendens. Na een daling van 13% in 2009, is het aantal klachten in 2010 met 7% gestegen. Er werden 562 klachten geregistreerd.

De stijging situeert zich vooral binnen de **Tak 23**-polissen en de polissen die enkel een overlijdensdekking bevatten, zoals de Schuldsaldoverzekering en de Uitvaartverzekering.

### 2. Analyse

#### ▪ Individuele verzekeringen

De meeste klachten hebben betrekking op de **Tak 21**. Een groot deel van deze klachten houdt verband met de **afkoop**.

Uit de analyse blijkt dat de consument deze Levensverzekeringen regelmatig vergelijkt met bankproducten, zoals een spaarrekening. Wanneer hij een Levensverzekering wenst af te kopen,

veronderstelt hij dan ook dat de eenvoudige vraag zal leiden tot een onmiddellijke uitkering van het bedrag. Hij staat evenwel niet stil bij de formaliteiten die moeten vervuld worden.

Zo zal de klant bij een volledige afkoop zijn originele polis moeten voorleggen. Deze vormt het bewijs van zijn schuldvordering tegenover de verzekeringsonderneming. Ook kunnen er, in het kader van de antiwitwaswetgeving, identificatiegegevens opgevraagd worden<sup>25</sup>.

Een ander terugkerend probleem bij de **Tak 21**-polissen is de inhouding van de roerende voorheffing gedurende de eerste acht jaar. De huidige wetgeving voorziet dat er op Levensverzekeringen nog maximaal een intrestvoet van 3,75% mag gewaarborgd worden<sup>26</sup>. De verzekeraar is evenwel wettelijk verplicht om bij een afkoop tijdens de eerste acht jaar roerende voorheffing te berekenen op basis van een forfaitair jaarlijks rendement dat is vastgesteld op 4,75%<sup>27</sup>. De laatste jaren worden er echter heel wat lagere

Waarborg	2008	2009	2010
Tak 21	378	339	348
- Klassiek / Universal Life	295	242	236
- Schuldsaldoverzekering	65	75	86
- Uitvaartverzekering	18	22	26
Tak 23	89	69	103
Groepsverzekering	93	68	67
Aanvullende waarborgen	23	37	26
Hypothecaire leningen	19	12	17
Tak 26	1	-	1
<b>Totaal</b>	<b>603</b>	<b>525</b>	<b>562</b>

<sup>25</sup> Wet van 18 januari 2010 tot wijziging van de wet van 11 januari 1993 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld en de financiering van terrorisme, en het Wetboek van Vennootschappen, *B.S.*, 26 januari 2010.

<sup>26</sup> Art. 24 *K.B. Leven*.



intresten toegekend. Dit kan ertoe leiden dat de belasting in een aantal gevallen hoger uitvalt dan het gewaarborgde rendement. Een aanpassing van deze fiscale bepaling dringt zich dan ook op.

Ieder jaar wordt de Ombudsman aangesproken over de beperkte waarde die bij de afkoop van *Uitvaartverzekeringen* wordt uitgekeerd. De teleurstelling van de verzekerden is vaak het gevolg van een verkeerde perceptie van de structuur van deze polissen. Ze aanzien de polis als een spaarrekening, hoewel er een totaal ander mechanisme wordt gehanteerd. Deze polissen verlenen waarborg voor de kosten die verband houden met een overlijden binnen een bepaalde periode. Eenmaal deze periode voorbij is, zijn de premies, die werden betaald voor het verzekeren van het risico op overlijden, voor de verzekeraar verworven.

De Ombudsman heeft eveneens klachten ontvangen over de **uitkering van de polis**, wanneer deze op de einddatum komt of bij het overlijden van de verzekerde.

In de **Tak 21**-polissen houden deze klachten vaak verband met de winstdeelnemers. De consument is ontgoocheld over het bedrag van de uitkering dat wordt voorgesteld, wanneer hij dit vergelijkt met de projecties die werden gemaakt bij het onderschrijven van de polis. Dit probleem stelt zich vooral bij de oudere contracten. Bij de polissen die in de jaren '80 werden onderschreven, was het niet uitzonderlijk dat er prognoses werden gemaakt op basis van hoge rendementen van 6 tot 10%. Deze werden toen ook effectief toegekend. De consument is hierbij echter uit het oog verloren dat winstdeelnemers een variabel gegeven is, dat niet gewaarborgd wordt<sup>27</sup>. Ieder jaar opnieuw bepaalt de verzekeringsonderneming vrij het percentage, waarbij ze ook rekening houdt met haar resultaten. Om te voorkomen dat er onrealistische prognoses zouden opgesteld worden, is de wetgever in 1992 en 2003 tussengekomen om een kader vast te leggen. De prognoses moeten sinds dan op een voorzichtigere basis opgesteld worden. Bij de contracten die momenteel onderschreven worden, bekomt de

klant nu ook een financiële infofiche, waarin bijkomende informatie over de winstdeelnemers wordt verstrekt.

De klachten aangaande de **Tak 23** hebben in 2010 een sterke stijging gekend (+ 49%). De ontevredenheid slaat vooral op het **bedrag van de verworven reserve**.

Sinds de financiële crisis van 2008 zijn heel wat consumenten ontstemd over het beperkte rendement en soms over het verlies dat ze hebben opgelopen op hun investering. Ook hier maken ze een vergelijking tussen de projecties die werden vooropgesteld bij het aangaan van de verzekering. In een aantal gevallen stellen ze zelfs vast dat het geïnvesteerde kapitaal niet behouden blijft. Sommige verzekerden hebben er blijkbaar niet bij stil gestaan dat ze een risico liepen bij de keuze van dit type van financiële belegging.

In 2010 was er een sterke toename van het aantal klachten ten aanzien van *buitenlandse verzekeringsondernemingen* die **Tak 23**-polissen aanbieden.

<sup>27</sup> Art. 19 § 4 WIB.

<sup>28</sup> Art. 32 *K.B. Leven*.



Dit was vooral een gevolg van het faillissement van twee verzekerings-tussenpersonen, namelijk Kobelco en Master Finance. Deze hadden, zowel via een Belgische als een Luxemburgse zetel, polissen van buitenlandse verzekeringsondernemingen aangeboden aan Belgische verzekerden. Bij de analyse van deze dossiers, heeft de Ombudsman vastgesteld dat er vaak belangrijke sommen belegd werden. Hierbij bleek er in de eerste plaats een probleem te zijn op het vlak van de communicatie. De consument was vaak niet geïnformeerd over de evolutie van de waarde van zijn belegging. Bij het aangaan van de polis had hij een document ondertekend waarbij hij de verzekeraar de opdracht gaf om alle informatie, waaronder de jaarlijkse overzichten, over te maken aan zijn tussenpersoon. Deze laatste gaf soms geen of slechts gedeeltelijke informatie door.

Na het faillissement van de tussenpersonen had de consument bovendien problemen om in contact te treden of de nodige informatie op te vragen bij de buitenlandse verzekeraar. In deze gevallen is de Ombudsman tussengekomen bij de buiten-

landse ondernemingen om de nodige contactgegevens op te vragen en de dialoog te herstellen.

Naast de moeilijkheden op het vlak van de communicatie, kwamen er nog andere onderliggende problemen naar boven.

Zo hanteren de buitenlandse maatschappijen soms andere methoden bij het aanrekenen van kosten. Wanneer deze mogelijk in strijd waren met de Belgische wetgeving, werd de CBFA hiervan op de hoogte gebracht.

Bovendien blijkt dat het bij de buitenlandse producten niet uitzonderlijk is dat er zowel kosten worden aangerekend door de verzekeringsondernemingen als door de fondsbeheerders. Het gamma aan kosten is hierbij ruimer dan in België: allocation charges, annual management charges, policy administration charges, early encashment charges, ... De verzekerden waren zich regelmatig niet bewust van deze kosten. Ze hadden nochtans bij het onderschrijven van de polis vaak stukken ondertekend waarbij ze verklaarden kennis genomen te hebben van de diverse fiches en polisvoorwaarden, waarin deze kosten zijn opgenomen.

Daarnaast wordt er bij deze buitenlandse producten vaak een MVA (Market Value Adjustment of Marktwardevermindering) aangerekend. Het handelt hierbij over polissen, die door de tussenpersonen verkocht werden met de vermelding dat er een kapitaalsgarantie aanwezig is. Dit is effectief het geval wanneer de verzekerde komt te overlijden. Wanneer de verzekerde echter beslist om vervroegd zijn polis af te kopen, kan er door de maatschappijen een MVA toegepast worden. In de begeleidende stukken wordt uitgelegd dat het gaat om een aanpassing wanneer de waarde van de onderliggende activa lager is dan de waarde van het contract. De MVA's worden eveneens ingevoerd wanneer er een belangrijke stijging is van het aantal afkopen, waarbij de maatschappijen de criteria voor het vaststellen van de MVA niet voorafgaandelijk vastleggen. Het frequent toepassen van deze MVA holt niet alleen de kapitaalswaarborg uit, maar kan ook een inbreuk betekenen op de Belgische wetgeving. Deze legt een maximum afkoopvergoeding van 5% vast voor Levensverzekeringen van Tak 23. Alleen voor Tak 21-polissen staat de wetgeving gedurende de eerste acht

jaar een hogere afkoopvergoeding toe. Bij de buitenlandse polissen stelt zich evenwel het probleem dat de polissen soms een mengvorm zijn tussen een [Tak 21](#)- en een [Tak 23](#)-polis, zodat discussie mogelijk is.

De mogelijkheid om de criteria voor het vaststellen van de [MVA's](#) aan te passen is bovendien betwistbaar. De toepasselijke Belgische wetgeving voorziet dat de voorwaarden in duidelijke en nauwkeurige bewoordingen moeten opgesteld worden<sup>29</sup>. Ze mogen geen clause bevatten die een inbreuk maakt op het evenwicht tussen de verbintenissen van de verzekeraar en deze van de verzekeringnemer.

Sommige verzekerden, die hun buitenlandse polis wensen af te kopen, worden ook geconfronteerd met het feit dat het onmogelijk is om een opname te verrichten. Het externe fonds, dat ze hebben gekozen, is immers al meer dan één jaar geblokkeerd door een lopende gerechtelijke procedure. Ondanks dit moeten ze aan de verzekeringsonderneming nog kosten betalen voor het beheer van hun polis.

Tot slot zijn er ook nog buitenlandse producten die, door hun structuur, buiten het toezicht van de Europese

financiële toezichthouders vallen. Het handelt hier over fondsen waaruit de consument heeft gekozen in overleg met zijn adviseur, maar die zich buiten de Europese Unie bevinden, zoals op de Kaaimaneilanden, Guernsey, Jersey, ...

De Ombudsman werd eveneens aangesproken met de vraag waarom de buitenlandse verzekeringsondernemingen niet eenzelfde engagement opnemen als de Belgische verzekeringsondernemingen. Deze laatste hebben, na het faillissement van Lehman Brothers, de kapitaalsgarantie overgenomen.

In 2010 werd de Ombudsman verschillende malen aangesproken over de **vereffening** van [Tak 23](#)-polissen met een vaste looptijd. Uit de analyse blijkt dat er twee elementen aan de basis liggen van deze klachten. Een eerste betreft de risicokwalificatie van het fonds. Het tweede slaat op de negatieve evolutie van het fonds op het ogenblik van de uitkering.

Het [K.B. Leven](#) voorziet dat het fonds, waarin belegd wordt, een risicokwalificatie moet krijgen<sup>30</sup>. Wanneer het een nieuw fonds betreft, dan moet de kwalificatie worden uitgevoerd

op basis van het verwachte interval waarbinnen het fonds zal evolueren. Deze kwalificatie biedt echter geen absolute zekerheid. Een fonds in risicoklasse 1, zal in de meeste gevallen ieder jaar evolueren binnen een marge van +10% tot -10%. Er is echter een beperkte kans dat deze vork niet van toepassing zal zijn.


De financiële crisis van 2008 was een gebeurtenis die maakte dat er een ernstige afwijking was ten opzichte van de normaal te verwachten evolutie. Zo zou meer dan 65% van de fondscategorieën na de financiële crisis in een hogere risicoklasse terecht zijn gekomen, waarbij sommige fondsen zelfs meer dan één risicoklasse stegen<sup>31</sup>.

In die zin is de Ombudsman aangesproken door een aantal consumenten die in 2007, vóór de financiële crisis, een [Tak 23](#) onderschreven hadden met een vaste looptijd van drie jaar. Dit product kreeg risicoklasse 1 toegekend. Drie jaar later stelden de verzekerden echter vast dat de waarde van hun investering slechts nog de helft bedroeg. Ze voelden zich misleid door de risicoklasse. Gezien de bepaling van de risicoklasse correct was gebeurd op

<sup>29</sup> Art. 14 K.B. van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, *B.S.*, 11 april 1991.

<sup>30</sup> Bijlage 6 [K.B. Leven](#).

<sup>31</sup> X, "Een risicoklasse hoger", *Fondsen en Sicavs – Test-Aankoop*, januari 2009, nr. 169 p. 3.



het ogenblik van de onderschrijving van het contract, kan de Ombudsman de handelswijze van de maatschappij niet betwisten. Het fonds werd op de vastgelegde datum ontbonden, zonder dat een alternatieve oplossing kan aangereikt worden.

Naast voormelde klachten, werd de Ombudsman ook aangesproken over [Tak 23](#)-polissen met een vaste looptijd, maar gebonden aan een fonds zonder einddatum. Indien deze polissen op de eindvervaldag komen op het ogenblik dat het fonds een negatieve evolutie kent, zal de begunstigde slechts een beperkt bedrag ontvangen. Dit kan zelfs lager uitvallen dan de sommen die gedurende de ganse looptijd zijn ingelegd.

De Ombudsman heeft met de betrokken onderneming kunnen onderhandelen dat ze haar verzekerden de kans biedt om de looptijd van de polis te verlengen.

## ▪ Groepsverzekeringen

Het aantal klachten over Groepsverzekeringen was in 2009 gedaald met 34% en bleef constant in 2010.

De Ombudsman werd zowel gecontacteerd door de werknemers, die niet altijd op de hoogte waren van de wettelijke wijzigingen<sup>32</sup>, als door de verzekeringsnemers (zelfstandigen of KMO's) die zich informeerden over de toepasselijke kostenstructuur.

Sinds de invoering van de Wet op de Aanvullende Pensioenen in 2003 kan een Groepsverzekering, behoudens beperkte uitzonderingen, pas afgekocht worden vanaf de leeftijd van 60 jaar. Tot 31 december 2009 was echter nog een overgangsregime van toepassing op de reeds bestaande polissen<sup>33</sup>. In enkele gevallen had de verzekeraar voor 2010 de vraag tot afkoop ontvangen, maar was de administratieve afhandeling niet tijdig afgerond. In deze situatie kon de Ombudsman alsnog bekomen dat de verzekeraar overging tot uitvoering van de tijdig aangevraagde afkoop.

## ▪ Twee bijzondere gevallen

- De wet op de slapende rekeningen<sup>34</sup>

In 2008 heeft de wetgever de verzekeringsondernemingen verplicht om op zoek te gaan naar de begunstigde van een individuele Levensverzekering.

Wanneer de begunstigden van de vervallen Levensverzekering worden aangeschreven stellen ze zich de vraag of ze aanspraak kunnen maken op bijkomende intrest voor de periode die is verstreken sinds de einddatum. Hierover heeft de wet zich niet uitgesproken. Voor de huidige wet en behoudens eventuele contractuele verplichtingen, had de begunstigde geen automatisch recht op een aanvullende intrest. Momenteel voorziet de wetgeving dat de verzekeringsonderneming binnen een termijn van 18 maanden het kapitaal moet overmaken aan de Deposito- en Consignatiekas indien ze de begunstigde niet heeft kunnen terugvinden. Vanaf dat ogenblik zal er gedurende een periode van maximaal

<sup>32</sup> Art. 27 § 1 W.A.P.

<sup>33</sup> Art. 61 § 1 W.A.P.

<sup>34</sup> Zie ook *Zakboekje 2008 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 87-88.





vijf jaar een beperkte intrest worden toegekend (momenteel 0,85% min 15% roerende voorheffing). Rekening houdend met deze elementen, heeft de Ombudsman geen tegemoetkoming kunnen verkrijgen voor de begunstigden.

#### - De antidiscriminatiewet<sup>35</sup>

De klachten over het niet-respecteren van de antidiscriminatiewet zijn voornamelijk terug te vinden in Levensverzekeringen. 17 klachten (van de 31 klachten over discriminatie) hebben betrekking op de moeilijkheden die de consument heeft om een *Schuld-saldoverzekering* te kunnen onderschrijven. De Ombudsman stelt vast dat de klachten over discriminatie veelal ongegrond zijn, maar dat de werkelijke reden van ontevredenheid eerder ligt bij de communicatie. De reden tot weigering van het aanbod van een contract of de aanrekening van een bijpremie wordt meestal vrij summier toegelicht door de verzekeringsonderneming. Dankzij de tussenkomst van de Ombudsman wordt er

bijkomende informatie verstrekt. Deze leidt er vaak toe dat de consument uiteindelijk toch de beslissing van de verzekeraar kan begrijpen.

Reeds in 2007 heeft de Ombudsman een aanbeveling geformuleerd aangaande de toegang tot de Schuld-saldoverzekering<sup>36</sup>. In februari 2010 is de wetgever tussengekomen om hiervoor een wettelijk kader te creëren<sup>37</sup>.

Het in voege treden van deze wet is echter geschorst door een gerechtelijke vordering die [Assuralia](#) heeft ingeleid bij het Grondwettelijk Hof. Hierbij wordt de wettelijkheid van sommige bepalingen betwist.

### 3. Oplossingen van de klachten

De Ombudsman werd in 562 gevallen aangesproken over Levensverzekeringen. In 17% van deze verzoeken handelde het om vragen om inlichtingen. De meeste vragen houden verband met de formaliteiten die moeten gevolgd worden in de

onderschrijvingsfase of bij de uitkering. Andere betreffen de criteria die de verzekeringsondernemingen kunnen hanteren bij de aanvaarding van een risico en het vaststellen van de premie.

Eind januari 2010 was het onderzoek van 373 klachten afgerond. Hiervan was 40% gegrond.

Bij de buitenlandse verzekeringsondernemingen kon de Ombudsman in 50% van de gevallen een oplossing bekomen.

Bij de Belgische ondernemingen zijn de klachten meestal niet gegrond wanneer het gaat over de louter verzekeringstechnische aspecten. De verzekeringsondernemingen moeten zich bij het beheer van hun polissen houden aan het technisch dossier dat ze hebben neergelegd bij de [CBFA](#). Wanneer de klacht betrekking heeft op de gebrekkige communicatie en de gehanteerde termijnen, is 74% van de klachten gegrond.

<sup>35</sup> Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, B.S., 30 mei 2007.

<sup>36</sup> *Zakboekje 2007 Ombudsman van de Verzekeringen*, p. 121.

<sup>37</sup> Wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, B.S., 3 februari 2010.

# 3

## De tussenpersonen in 2010

---

“ De meerderheid van de klachten tegenover de tussenpersonen betreft drie takken: Levensverzekering (25%), Autoverzekering (21%) en Brandverzekering (16%).



# 3

## De tussenpersonen in 2010

### 1. In cijfers

In 2010 ontving de Ombudsman 400 klachten tegenover de tussenpersonen in verzekeringen. Ze noteert een stijging van 16%.

2008	2009	2010
273	344	400

Maar gaat het echt om een dergelijk grote stijging? Neen, in werkelijkheid is er een stijging van 6% met 365 klachten.

In 2010 zijn twee verzekeringstussenpersonen, die voornamelijk financiële producten verdeelden, in faling gegaan: "Kobelco" en "Master Finance".

Naar aanleiding van hun faillissement heeft de CBFA de ontevreden consument aangeraden zich te wenden tot de Ombudsman van de Verzekeringen<sup>38</sup>.

Zij heeft een zestigtal klachten ontvangen over financiële producten (Tak 23) maar 60% hiervan viel buiten haar bevoegdheid. Inderdaad, 35 klach-

ten werden ingediend voor "Kobli-producten". Deze contracten waren obligaties die werden uitgegeven door de tussenpersoon in zijn hoedanigheid van bankagent. De verkoop ervan viel dus niet onder de verzekeringsactiviteit.

Indien we deze klachten buiten beschouwing laten, werd er 365 klachten in 2010 geregistreerd. Bijgevolg is de verhoging beperkt tot 6%.

### 2. Analyse

De meerderheid van de klachten tegenover de tussenpersonen betreft drie takken: Levensverzekering (25%), Autoverzekering (21%) en Brandverzekering (16%).

De lichte stijging komt voort uit de twee eerste takken. De klachten gaan hoofdzakelijk over handelingen rond productie aangezien slechts 35% ervan werd ingediend in het kader van het beheer van schadegevallen.

Tak	2008	2009	2010
Leven	70	94	101
Auto	68	70	84
Diversen (Annulatie, Alle risico's, "Kobli", ...)	27	37	69
Brand	60	69	62
Gezondheidszorgen	19	35	32
Rechtsbijstand	19	18	24
BA diversen	6	15	21
Individuele Ongevallen	4	6	4
Arbeidsongevallen	-	-	3
<b>Totaal</b>	<b>273</b>	<b>344</b>	<b>400</b>

<sup>38</sup> X, "Les bonnes affaires des courtiers Master-Finance", *La Dernière Heure*, 3 februari 2010, p. 18; X, "Deminor verzamelt gedupeerden Master Finance", *De Standaard*, 3 februari 2010.



In 2008 deed de financiële crisis een nieuwe bron van klachten ontstaan.

De consument wendt zich tot de Ombudsman omdat hij ontevreden is over het **advies** van de tussenpersoon die, in het kader van een financiële plaatsing, aanstuurde op de keuze voor een verzekeringsproduct. Zo betreft 42% van de klachten **Tak 23-Levensverzekeringen**.

Ingevolge de daling van de beurs stellen de verzekerden vast dat de waarde van hun Levensverzekeringen drastisch verminderd is. Ze zijn hierover verwonderd. Sommigen menen dat ze slecht geadviseerd werden. Anderen verwijten hun tussenpersoon dat hij hen niet naar het goede product leidde of hen eenvoudigweg niet goed informeerde over de aard van het onderschreven product en het risico.

Op deze basis heeft de Ombudsman de verzekeringsadviseur ondervraagd. Ze heeft hem verzocht om de keuze van het aanbevolen product te verduidelijken in functie van de behoeften en/of de vraag van zijn klant. Volgens

de wet is het de tussenpersoon die het bewijs moet aanbrengen dat hij zijn klant goed georiënteerd en geïnformeerd heeft<sup>39</sup>.

Bij de verkoop van een financieel product moet de tussenpersoon zijn klant de financiële infociche van de Levensverzekering bezorgen die de verzekeringsonderneming voor dergelijk product heeft opgemaakt. Tijdens het verkoopsgesprek, dat zal resulteren in de keuze van het contract, moet de verzekeringsadviseur eveneens de behoeften van zijn klant identificeren. Hiervoor kan hij gebruik maken van de informatiefiches (bovenop de financiële informatiefiche uitgegeven door de verzekeringsonderneming) die worden aanbevolen door de sector en de **CBFA**. In de praktijk kan de verzekeringstussenpersoon door het gebruik ervan vaak aantonen dat de klager zijn investering koos met kennis van zaken.

De consument mag ook niet stil zitten. Hij moet zijn adviseur alle nuttige inlichtingen meedelen, die hem moeten toelaten om zijn behoeften te eva-

lueren alsook het financiële risico, dat hij eventueel bereid is te nemen.

In het kader van de klachten tegenover Kobelco en Master Finance heeft de Ombudsman deze tussenpersonen niet rechtstreeks kunnen ondervragen aangezien ze failliet verklaard werden. In een aantal gevallen heeft ze zich niettemin kunnen wenden tot de onderagenten die bij de verkoop van het product tussengekomen zijn als contactpersoon en adviesverlener.

In functie van de aard van de klacht heeft de Ombudsman zich soms zelfs gericht tot de buitenlandse verzekeringsonderneming die het product had uitgegeven<sup>40</sup>.

In Auto- en Brandverzekering wendt de verzekerde zich in het bijzonder tot de Ombudsman omdat hij zich in verschillende situaties **verzet tegen een beslissing van zijn verzekeringsadviseur**. Dit is het geval wanneer de tussenpersoon, zonder het akkoord van zijn klant, het contract verplaatst heeft naar een andere verzekeringsonderneming of wanneer hij zonder de

<sup>39</sup> Artikel 12 e.v. van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen, *B.S.*, 14 juni 1995

<sup>40</sup> Zie supra p. 37.

verzekerde hierover te hebben ingelicht, een wijziging aan het contract heeft doorgevoerd (zoals de toevoeging van een waarborg). Soms heeft hij zelfs een contract opgemaakt terwijl de klager hem enkel had geraadpleegd om informatie in te winnen.

In de praktijk zijn deze klachten gericht tegen de tussenpersoon die, als mandataris van de verzekeringsonderneming, beschikt over een recht-

streekse informaticaverbinding die hij te snel activeert. Bij gebrek aan een geschreven of een duidelijk bewijs van het akkoord van de klager bekomt de Ombudsman de vernietiging van deze actie. Soms moet ze zich wenden tot de betrokken verzekeringsonderneming om de situatie recht te zetten.

Andere discussies vloeien voort uit de **slechte uitvoering van een vraag tot opzeg**. De verzekeringsadviseur neemt de opvolging hiervan vaak op

zich. Hiervoor maakt de tussenpersoon trouwens regelmatig gebruik van de overeenkomst van de sector betreffende de opzeg van een verzekeringscontract<sup>41</sup>. Het gebeurt echter dat hij vergeet om de opzeg te versturen of dit niet doet binnen de opgelegde termijnen. In dat geval is de opzeg niet geldig en blijft het contract dus van kracht. Wanneer de consument het verzoek tot betaling krijgt zowel voor het contract onderschreven bij de nieuwe verzekeraar als voor het contract bij de oude verzekeraar, stelt hij verwonderd vast dat er twee contracten van kracht zijn. In het kader van de wettelijke voorschriften<sup>42</sup> vraagt de Ombudsman de opschorting van het tweede contract tot de opzeg van het eerste contract effectief is geworden. Wanneer de consument bovendien negatieve gevolgen ondervindt van het uitstel van de inwerkingtreding, vraagt de Ombudsman de tussenkomst van de tussenpersoon, wiens aansprakelijkheid vaststaat, zoals de terugbetaling van het premieverschil.



<sup>41</sup> "Conventie 'Opzeggings- en/of medeverzekeringsbrieven' ", [www.assuralia.be/](http://www.assuralia.be/)

<sup>42</sup> Art. 42 W.L.V.O.

Net zoals de vorige jaren heeft de Ombudsman enkele klachten ontvangen tegenover tussenpersonen die de **premie**, die hen betaald werd, niet aan de verzekeringsonderneming hebben **overgemaakt**. De wet lost dergelijk geschil op door te voorzien dat de betaling in handen van een mandataris van de verzekeringsonderneming, de verzekeringsnemer bevrijdt van zijn plicht om te betalen<sup>43</sup>.

Wanneer de consument de Ombudsman ondervraagt in het kader van de regeling van een schade, verwijt hij de tussenpersoon vaak een **gebrek aan opvolging van het beheer** of minstens een **gebrek aan informatie** over de evolutie van het dossier.

In de loop der jaren heeft de consument meer nood om op de hoogte gehouden te worden van de verschillende stappen in zijn dossier. Bij de analyse van deze klachten realiseert de Ombudsman zich dat het gebrek aan informatie voortkomt uit een gebrek aan coördinatie en overleg over de rol van de verschillende actoren

(bijvoorbeeld tussenpersoon – Rechtsbijstandsverzekeraar, verzekeraar – expert). Elk van hen rekent op de andere om de nuttige en noodzakelijke informatie aan de uiteindelijke bestemming te bezorgen.

### 3. Oplossingen van de klachten

Van de 400 klachten die de Ombudsman in 2010 tegenover verzekerings-tussenpersonen ontving, vallen er 47 buiten haar bevoegdheid. Het gaat voornamelijk om klachten over een obligatie (Kobli) die werd uitgegeven door een tussenpersoon.

Andere verzoeken ten aanzien van failliete tussenpersonen zijn vragen om inlichtingen over de verhaalsmogelijkheden en de te volgen stappen met het oog op de recuperatie van de investering.

Van de onderzochte klachten tegen een tussenpersoon (269) is 50% gegrond, terwijl in 2009 55% gegrond was.

In Autoverzekering hebben de gegronde klachten betrekking op de invordering van de premies voor rekening van de verzekeringsonderneming en op de terugbetaling van de prorata premie.

In Brandverzekering is 53% van de klachten gegrond. Veelal gaat het om de gevallen waarin de consument inroept dat zijn verzekeringsadviseur hem niet heeft bijgestaan bij de expertise in het kader van een schadegeval of dat de verzekeringsadviseur hem niet heeft gewezen op de te volgen stappen of dat de vragen om inlichtingen voor de verzekeringsonderneming niet werden doorgestuurd.

In Levensverzekering is 51% van de klachten gegrond. Deze hebben voornamelijk betrekking op de kwaliteit van het advies bij het onderschrijven van het contract en over de laattijdige reactie van de tussenpersoon bij een vraag tot afkoop (en dit terwijl de beurs aan het dalen is).

<sup>43</sup> Art. 13 W.L.V.O.

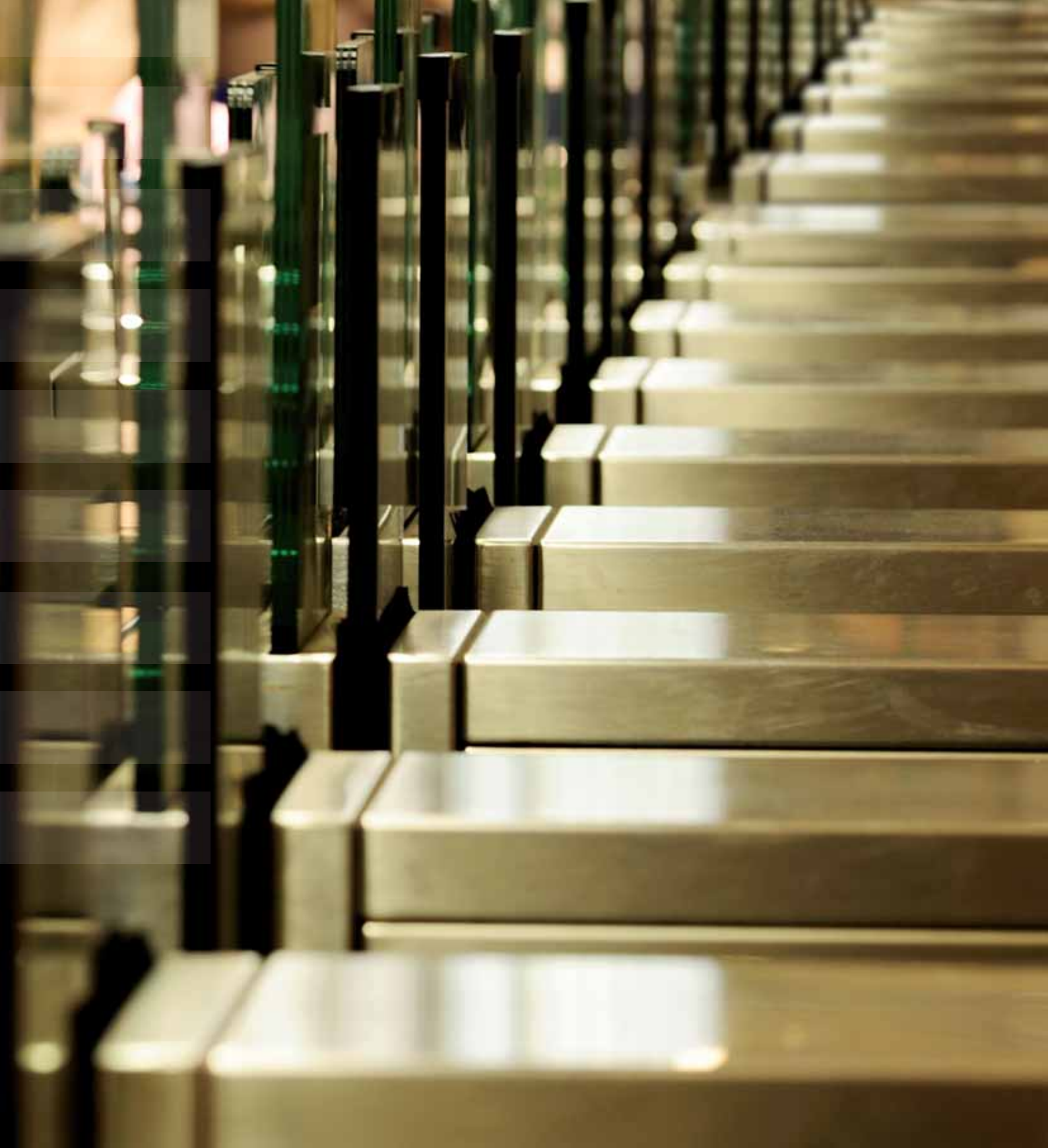
# 4

## Aanbevelingen

---

**“ Sinds 1996 formuleert de Ombudsman aanbevelingen op basis van steeds weerkerende klachten. Deze aanbevelingen kaderen in het door de sector ontwikkelde preventiebeleid.**





# 4

## Aanbevelingen

Het jaarverslag is een terugblik op het verleden. Dankzij de analyse kunnen daaruit een aantal lessen getrokken worden. Het is tevens een inspiratiebron voor de toekomst. Sinds 1996 formuleert de Ombudsman aanbevelingen op basis van steeds weerkerende klachten. Deze aanbevelingen kaden in het door de sector ontwikkelde preventiebeleid. Net zoals schadegevallen voorkomen moet worden, moeten ook misverstanden en ontevreden consumenten vermeden worden.

De ervaring leert dat de aanbevelingen, omwille van hun aard en hun reikwijdte, met wisselend succes opgevolgd worden. Sommige aanbevelingen kunnen, na een onderzoek, vrij snel tot beslissingen leiden. Zo kregen verscheidene aanbevelingen een concrete oplossing. Andere aanbevelingen vergen meer tijd en nader onderzoek, omdat ze verband houden met de cultuur en de denkwijze van de spelers uit de sector of omdat het antwoord niet alleen van hen afhangt.

### 1. Opvolging van de aanbevelingen 2009

In het Zakboekje 2009 formuleerde de Ombudsman twee aanbevelingen tegenover de verzekeringsondernemingen.

Beide aanbevelingen, die betrekking hadden op Auto- en Brandverzekering, werden gunstig onthaald door de verzekeringsondernemingen die ze in de schoot van **Assuralia** nader onderzochten. Zonder aarzelen werd besloten ze over te nemen in een omzendbrief aan alle leden van **Assuralia**.

De eerste aanbeveling had betrekking op de berekeningsmethode in de waarborg **Omnium** van een voertuig dat totaal verlies verklaard wordt en waarbij de waarde van het voertuig vóór het schadegeval hoger is dan de verzekerde waarde<sup>44</sup>. Op 29 oktober 2010 stelde **Assuralia** een omzendbrief op<sup>45</sup>. In dit document wordt de beslissing van de Afdeling Motorrijtuigen opgenomen, waarbij de berekeningswijze, zoals die in de aanbeveling beschreven wordt,

bekrachtigd wordt. Sindsdien passen de verzekeringsondernemingen de evenredigheidsregel toe door te trekken van de te verzekeren waarde.

De tweede aanbeveling had betrekking op problemen met de dekking van waterschade die vastgesteld werd kort na de aankoop van een onroerend goed<sup>46</sup>.

Ondanks het feit dat een gebouw een ononderbroken dekking geniet door de Brandverzekering, kon de nieuwe eigenaar vaak geen enkele schadevergoeding ontvangen. Om deze leemte op te vullen, hebben de verzekeringsondernemingen via **Assuralia** een omzendbrief verspreid met de aanbeveling de schade ten laste te nemen, voor zover aan een aantal voorwaarden die vermeld worden, voldaan is<sup>47</sup>. Dit document bevat een beschrijving van de rol van de verzekeraars. De nieuwe eigenaar moet zich in de eerste plaats wenden tot zijn eigen verzekeraar, maar bij een blijvend meningsverschil, zal elke verzekeraar voor de helft tussenkomen.

<sup>44</sup> Zakboekje 2009 Ombudsman van de Verzekeringen, p. 87.

<sup>45</sup> Omzendbrief Auto 2010-25 "Toepassing van het evenredigheidsprincipe in geval van onderverzekering in het kader van een Omniumverzekering".

<sup>46</sup> Zakboekje 2009 Ombudsman van de Verzekeringen, p. 85.

<sup>47</sup> Omzendbrief Brand 2011-05 "Vergoeding van waterschade waarvan de oorzaak vóór de ondertekening van de verkoopakte van een onroerend goed ligt".

## 2. Aanbevelingen 2010

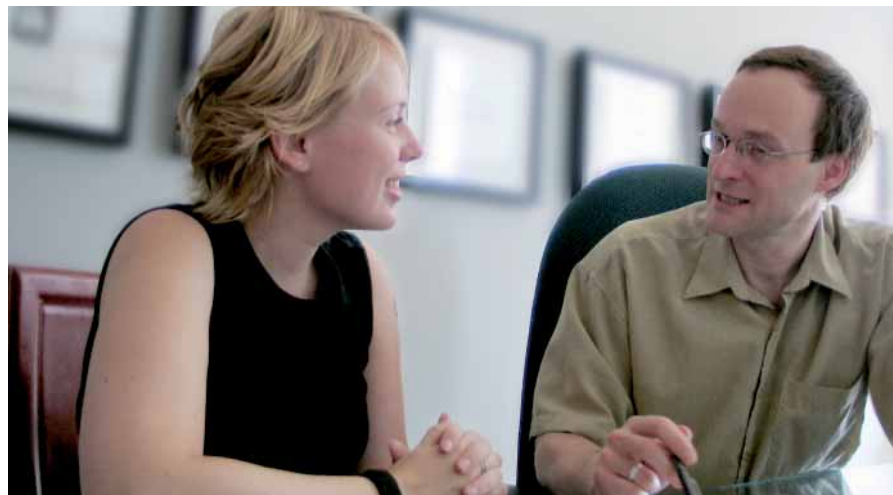
### A. Betere uitlichting voor de gezondheidsverklaring

Bij het onderschrijven van een verzekeringscontract, dat verband houdt met de gezondheidstoestand van een kandidaat-verzekerde, verzamelt de verzekeringsonderneming de nodige informatie voor de evaluatie van

Sommige verzekeringsondernemingen gebruiken echter vereenvoudigde formules zoals een gezondheidsverklaring. Dit is vaak het geval voor de Overlijdensverzekeringen die gekoppeld zijn aan kortlopende consumentenkredieten (bij de aankoop van een wagen, van huishoudtoestellen,...). Bij het overlijden van de verzekerde weigert de verzekeraar tussen te komen omdat uit de documenten, die

Op basis van de ontvangen klachten meent de Ombudsman dat, met het oog op een betere transparantie, de formulering en het gebruik van een vereenvoudigde gezondheidsverklaring voor verbetering vatbaar zijn. Zo wordt in bepaalde clausules de verzekerde enkel gevraagd te bevestigen dat hij in goede gezondheid verkeert of niet onder medische behandeling staat. Vanuit het standpunt van de consument is dit echter vaag. Iemand die een bepaalde medicatie neemt, zonder dat er een specifieke medische opvolging is, staat er niet altijd bij stil dat het om een medische behandeling gaat die aan de verzekeraar gemeld moet worden. In een arrest heeft het Hof van Beroep van Antwerpen trouwens bevestigd dat het ondertekenen van een eenvoudige gezondheidsverklaring geen bewijs levert van de slechte trouw van de verzekerde<sup>48</sup>.

De verzekeringssector is zich eveneens bewust van de belangrijkheid van de medische vragen voor de kandidaat-verzekerde. Zij hebben hiervoor een lijst met medische standaardvragen opgesteld die moeten dienen als eerste evaluatiemiddel van het risico voor de verzekeraar<sup>49</sup>.



de voorwaarden waarin ze de dekking kan toekennen. Daartoe kan zij medische vragenlijsten met precieze vragen over de gezondheidstoestand gebruiken.

hem na het overlijden bezorgd worden, blijkt dat de verzekerde bij het sluiten van de overeenkomst niet echt in goede gezondheid verkeerde of een medische behandeling volgde.

<sup>48</sup> Antwerpen, 20 mei 2009, A.R. 2008/522, onuitg.

<sup>49</sup> [www.assuralia.be/](http://www.assuralia.be/)

## Aanbeveling

De eenvoudige gezondheidsverklaring wordt opgenomen in het geheel van de verschillende elementen van de bijzondere voorwaarden, soms zelfs in de algemene voorwaarden. In dat geval gaat ze onopgemerkt aan de ondertekenaar voorbij. Om de aandacht van de kandidaat-verzekerde te vestigen op het belang van wat hij ondertekent, zou men deze clausule moeten afzonderen, er speciaal de nadruk op leggen en ze specifiek moeten laten ondertekenen. Het is zelfs aan te bevelen dat de kandidaat-verzekerde de volledige formule met de hand neerschrijft, opdat hij zich rekenschap van het belang van die verklaring geeft.

## B. Gewaarborgd Inkomen: verlenging van de termijn van de individuele verderzetting

Steeds vaker genieten de werknemers een verzekering Gewaarborgd Inkomen via hun werkgever. Dankzij deze dekking wordt de bezoldiging van de werknemers gewaarborgd wanneer ze langdurig afwezig zijn als gevolg van een arbeidsongeschiktheid. De werkgever neemt het bedrag van de premie geheel of gedeeltelijk ten laste. Omdat deze Gezondheidszorgenverzekering aan de beroepsactiviteit gekoppeld is, kan de werknemer de dekking die de werkgever in zijn voordeel onderschreven heeft, verliezen. Dit is het geval wanneer de werknemer ontslagen wordt als gevolg van de langdurige afwezigheid wegens arbeidsongeschiktheid.

De beëindiging van de arbeidsovereenkomst betekent ook het einde van de verzekeringsovereenkomst. Volgens de **wet Verwilghen** moet de begunstigde in dit geval de mogelijkheid hebben om de dekking individueel verder te zetten<sup>50</sup>. Aangezien hij

echter arbeidsongeschikt is, bestaat het verzekeraar belang, zijnde het risico om arbeidsongeschikt te worden, op dat ogenblik niet. Overeenkomstig dit basisbeginsel kan de individuele verderzetting van de verzekeringsdek-



<sup>50</sup> Art. 138bis-8 W.L.V.O.

king niet aangeboden worden, omdat er geen risico aanwezig is. De verderzetting kan pas aangeboden worden op het ogenblik dat de werknemer opnieuw arbeidsgeschikt wordt.

De wet voorziet in de mogelijkheid om het contract individueel verder te zetten binnen een termijn van 105 dagen. Op het ogenblik dat de arbeidsongeschiktheid eindigt, is die termijn van 105 dagen meestal voorbij. Aangezien

de verzekerde geen werk meer heeft, is er bovendien geen te verzekeren belang. Het contract zal pas opnieuw een te verzekeren belang hebben op de dag dat de betrokkene opnieuw een beroepsactiviteit uitoefent.



### Aanbeveling

Om iedere werknemer het recht op individuele verderzetting van de overeenkomst te verzekeren, zou de termijn van 105 dagen verlengd moeten worden tot aan het einde van de ongeschiktheidsperiode. Met het oog op het behoud van het financieel evenwicht van de verzekeringsondernemingen zou de betaling van een minimumpremie gevraagd kunnen worden voor een dergelijke wachtdekking. Deze praktijk bestaat al voor de dekking Hospitalisatieverzekering.



# Besluit

Als men het over de financiële crisis heeft, denkt men terug aan de herfst van 2008. Nochtans is de crisis nog niet voorbij. Onopgemerkt beïnvloedt en stuurt zij de economische activiteit.

Als handelsvennootschappen herbekijken de verzekeringsondernemingen hun prijzenstrategie en drukken ze hun kosten om hun rentabiliteit opnieuw op te krikken. De consument ziet zijn koopkracht dalen en gaat op zoek naar de beste prijs en de meest volledige vergoeding in geval van schade. Als hij naar zijn spaarcenten kijkt, stelt hij in sommige gevallen vast dat die geslonken zijn en begint hij zich vragen te stellen over de keuze van zijn belegging. In die omstandigheden lopen de belangen van de verzekeringsondernemingen niet altijd gelijk met die van hun klanten, de slachtoffers of de begunstigen van een verzekeringsovereenkomst. Deze uiteenlopende belangen zijn een bron van spanningen en zelfs van geschillen. Vóór hij naar de rechtbank stapt, beschikt de consument over de mogelijkheid om zich tot de Ombudsman te richten. Hij kan er objectieve en geruststellende informatie krijgen. In andere gevallen wordt hij gesteund in de stappen die hij moet ondernemen om zijn rechten te laten gelden of worden hem de redenen uiteengezet waarom hij geen gelijk kan krijgen.

De Ombudsman en haar team stellen gratis alles in het werk om naar de consument te luisteren, hem te helpen, hem door te verwijzen en aldus het gebrek aan communicatie, dat hij ervaart, aan te vullen.

De financiële crisis lag aan de basis van heel wat klachten over de verhoging of de aanpassing van de premie, evenals over de opzeg van contracten, zowel door de verzekeringsonderneming die bepaalde risico's niet langer wenste

aan te houden, als door de consument die van verzekeraar wilde veranderen. Als gevolg van deze crisis stortten de beursrendementen in en dook een nieuw soort klacht op, meer bepaald de klachten over de prestaties van de Levensverzekeringsproducten zonder kapitaalsgarantie. In dit kader verwijten de verzekerden de tussenpersoon ook de kwaliteit en de waarde van zijn advies, vooral wanneer hij hen buitenlandse producten verkocht heeft.

De financiële crisis en de reacties van het publiek hebben ook de politieke wereld en de toezichthoudende overheid wakker geschud en hun belangstelling gewekt voor de noodzaak, niet alleen van een degelijke informatie, maar ook van financiële vorming voor de consument.

In het verlengde daarvan is de sector zich al bewust geworden van de gebrekkige praktische kennis van de jongvolwassenen in het bijzonder, evenals van de mogelijkheid om die kennis al van op de schoolbanken bij te brengen. Dit moet nu leiden naar concrete acties. De kaarten over de controle op de financiële dienstverlening werden echter ook herschud. Daarbij werd de opdracht van de CBFA als beschermer van de consument versterkt. Samenwerking tussen de CBFA en de sector lijkt dus een aangewezen spoor te zijn.

Hoe op een passende wijze een antwoord geven op de nood aan voorlichting en vorming van het breed publiek? Hoe deze taak zo goed mogelijk volbrengen? Mede door de verwarde politieke context liggen deze vragen nog steeds ter studie. Gezien de klachten moeten de diverse overheden en de verantwoordelijke instellingen aangespoord worden om te volharden in het streven naar een herziening en naar acties voor een financiële "opvoeding" die aangepast is aan de diverse consumentenprofielen.

# Netwerken

## België:

POOL (Permanent overleg Ombudsmannen)

[www.ombudsman.be](http://www.ombudsman.be)

## Europa:

FINNET

[www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)

De partijen die het memorandum van overeenstemming betreffende het netwerk FINNET hebben ondertekend, zijn werkzaam in de volgende landen:

De Belgische vertegenwoordigers zijn:

### Verzekeringen:

Ombudsman van de Verzekeringen  
de Meeûssquare 35  
1000 Brussel

Tel: **+32 (0)2 547 58 71**

Fax: **+32 (0)2 547 59 75**

[info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

[www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)

### Banken, Krediet en Beleggingen:

Bemiddelingsdienst Banken -  
Krediet - Beleggingen  
Belliardstraat 15-17  
1040 Brussel

Tel: **+32 (0)2 545 77 70**

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

[ombudsman@ombfin.be](mailto:ombudsman@ombfin.be)

[www.ombfin.be](http://www.ombfin.be)







Het team van de Ombudsman van de Verzekeringen

**Ombudsman**

**Adviseurs**



**Josette Van Elderen**



**Magali André**  
Tel.: 02 547 58 80



**Hans Claes**  
Tel.: 02 547 58 73



**Patricia De Jaegher**  
Tel.: 02 547 58 72



**Sandrine Irrera**  
Tel.: 02 547 58 79



**Joëlle Kint**  
Tel.: 02 547 58 75



**Nathalie Peetroons**  
Tel.: 02 547 58 74



**Sylvie Scheerlinck**  
Tel.: 02 547 58 76



**Elke Stillaert**  
Tel.: 02 547 57 70



**Marie Vermeiren**  
Tel.: 02 547 57 79



**Valérie Saussez**  
Tel.: 02 547 58 71



**Carroll Verlaeckt**  
Tel.: 02 547 58 77

**Secretariaat**

# Lexicon

**Affinity:**

Een collectieve Hospitalisatieverzekering die wordt aangeboden door banken, verenigingen, uitgevers van kredietkaarten,... aan hun leden of klanten.

---

**Assuralia:**

Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen.

---

**BA Auto:**

Verzekering die de burgerlijke aansprakelijkheid dekt van een voertuig.

---

**BA Privéleven:**

Verzekering die de burgerlijke aansprakelijkheid dekt bij een buitencontractueel geschil in het privéleven, ook Familiale verzekering genoemd.

---

**Beroepsgebonden Ziekteverzekeringsovereenkomst:**

Verzekering afgesloten door een werkgever in het voordeel van zijn werknemers.

---

**CBFA:**

Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, overheidsdienst die onder meer belast is met de controle van verzekeringsondernemingen en –tussenpersonen.

---

**CVS:**

Chronisch vermoeidheidssyndroom.

---

**Datassur:**

Economisch samenwerkingsverband dat ondermeer gegevensbanken beheert. Datassur registreert de gegevens die de verzekeringsondernemingen bezorgen ingevolge de opzeg van een contract op basis van objectieve criteria zoals de niet-betaling van de premie, de schadelast en de bewezen fraude. De Ombudsman komt tussen als beroepsinstantie bij klachten over de gegevens die worden opgenomen in het "Speciale Risico's"-bestand of RSR-bestand, beheerd door Datassur.

---

**FAO:**

Fonds voor Arbeidsongevallen, overheidsinstelling van de sociale zekerheid die onder meer belast is met het toezicht op de toepassing van de arbeidsongevallenwet.

---

**FOD Economie:**

Federale Overheidsdienst Economie.

---

**K.B. Leven:**

K.B. van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit, B.S., 14 november 2003.

---

**Modelovereenkomst:**

Verplichte Autoverzekering die opgenomen is in de bijlage van het K.B. van 14 december 1992 betreffende de modelovereenkomst voor de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, B.S., 3 februari 1993.

---

**MVA:**

“Market Value Adjustment”. Deze marktwaardevermindering kunnen een invloed hebben op de afkoopwaarde van een Levensverzekering.

---

**Niet-beroepsgebonden  
Ziekteverzekeringsovereenkomst:**

Deze Hospitalisatieverzekering is afgesloten door een persoon voor zichzelf en/of zijn familie.

---

**Omnium:**

Verzekering die de materiële schade dekt van een voertuig los van de vraag van aansprakelijkheid.

---

**Onderverzekering:**

Men spreekt van onderverzekering wanneer het verzekerde kapitaal onvoldoende is. Sanctie: toepassing van de evenredigheidsregel.

---

**RDR:**

Conventie Règlement Direct/Directe Regeling die een versnelde regeling voorziet voor de materiële schade die voortvloeit uit een auto-ongeval.

---

**RSR:**

Risques Spéciaux/Speciale Risico's-bestand.

---

**Tak 21:**

Levensverzekering die een gewaarborgd kapitaal voorziet bij overlijden of op de einddatum van het contract.

---

**Tak 23:**

Levensverzekering gekoppeld aan een beleggingsfonds zonder waarborg van het geïnvesteerde kapitaal.

---

**Wachtverzekering:**

Ziekteverzekering die het mogelijk maakt, door middel van de betaling van een bijkomende premie, om de premie te beperken (door een korting toe te kennen of door de premie te berekenen op de leeftijd van de afsluiting van de Wachtverzekering) op het ogenblik dat men een beroepsgebonden Ziekteverzekering individueel verderzet.

---

**W.A.P.:**

Wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingsstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid, *B.S.*, 15 mei 2003.

---

**Wet Verwilghen:**

Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, *B.S.*, 10 augustus 2007. Deze wet werd vervolledigd door de “reparatiewet” van 17 juni 2009 (*B.S.* 8 juli 2009).

---

**W.L.V.O.:**

Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, *B.S.*, 20 augustus 1992.

---



# Hoe een klacht indienen?

De procedure om een klacht in te dienen is schriftelijk.  
U kan deze overmaken via:

- het **invulformulier** op de website [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)
- **e-mail**: [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)
- **brief**: Ombudsman van de Verzekeringen,  
de Meeûssquare 35, 1000 Brussel
- **fax** 02 547 59 75

## Cijfers en Analyse 2010

Verantwoordelijke uitgever: J. Van Elderen

Dit verslag 2010 is ook beschikbaar in PDF-formaat op [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)

Version française disponible sur simple demande.



---

## Ombudsman van de Verzekeringen

de Meeûsquare 35  
B-1000 Brussel

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