

JAARVERSLAG 2023

De Ombudsman van de Verzekeringen publiceert jaarlijks zijn jaarverslag. Het huidige verslag herneemt de algemene tendenzen van de ontvangen aanvragen van 2023. Daarnaast wordt er ook een aanbeveling geformuleerd om de dienstverlening en het imago van de verzekeringssector te verbeteren en om de consumentenbescherming te optimaliseren.

EDITO



Laurent de Bary
OMBUDSMAN

De wetgever was het afgelopen jaar bijzonder actief op verzekeringsvlak en voerde heel wat wijzigingen door aan de wet betreffende de verzekeringen. Sommige daarvan zijn rechtstreeks ingegeven door de klachten, die onze dienst heeft ontvangen. Daarom is dit jaarverslag zo nuttig. Het helpt om bepaalde problematieken onder de aandacht te brengen zodat de verzekeringssector blijft evolueren.

We denken hierbij aan de nieuwe wet over de opzeg van een verzekeringscontract, de wet aangaande de expertises in brandverzekering of het wettelijk kader van sancties bij abnormaal lange behandelingstermijnen. Deze wijzigingen zullen ongetwijfeld een positieve invloed hebben voor de consument, alsook voor het imago van de sector.

De verzekeringssector staat immers voor grote uitdagingen. De impact van de klimaatverandering, de terreurdreiging, de politieke onzekerheid ... zetten de verzekeringssector steeds meer onder druk. Binnen afzienbare tijd zal ook in Europa ongetwijfeld de vraag rijzen over de verzekeraarbaarheid van bepaalde risico's, een vraag die in andere landen buiten Europa al wordt gesteld.

In 2023 stelde onze dienst nogmaals een stijging van het aantal vragen tot tussenkomst vast. Deze stijging is echter te relativiseren. Een groot aantal hiervan handelde over de betwiste inningen via domiciliëring die een buitenlandse onderneming uitvoerde voor diensten verbonden aan een gsmverzekering. Hierop komen we verder in dit jaarverslag nog op terug.

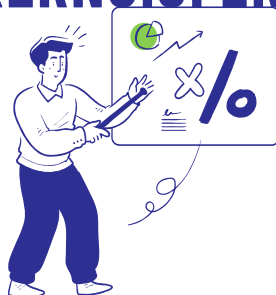
Onze dienst wordt ook steeds vaker telefonisch gecontacteerd: gemiddeld meer dan 2.000 oproepen per maand. In voorkomend geval maakt onze dienst de consument terug wegwijs in de complexe verzekeringsmaterie, die ieder van ons aanbelangt.

In 2023 kreeg onze dienst nog steeds een groot aantal vragen binnen, net zoals bij de andere gekwalificeerde entiteiten. Samen kunnen ze dan ook een sterk en betrouwbaar netwerk van buitengerechtelijke geschillenbeslechting aanbieden in België.

In dit verslag vindt u een overzicht van de activiteiten van onze dienst in 2023 en wellicht ook enkele nuttige tips voor de toekomst.

Veel leesgenot!

KERNCIJFERS



Het jaarverslag van 2023 in cijfers. De Ombudsman noteerde een stijging bij de ingediende aanvragen.

GLOBALE CIJFERS

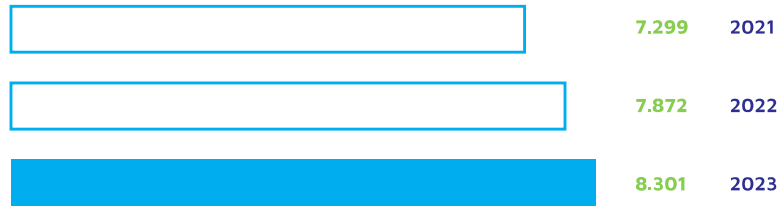
8.301

vragen tot tussenkomst

een stijging van 5 %

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

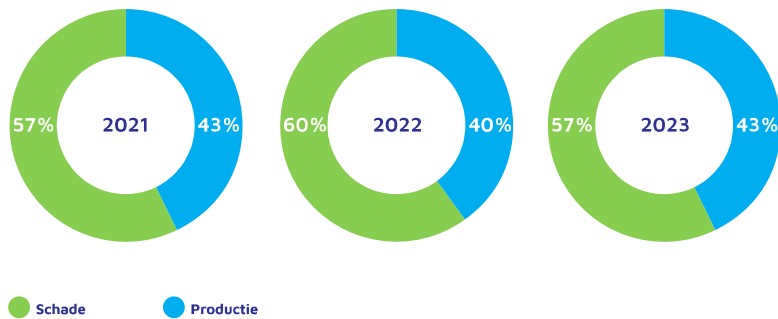
VRAGEN TOT TUSSENKOMST



ONDERZOCHE DOSSIERS



VERDELING PRODUCTIE/SCHADE



Opnieuw zijn er meer vragen over de afhandeling van de schadegevallen dan over het beheer van het verzekeringscontract.

VANWAAR KOMT DE STIJGING VAN HET AANTAL VRAGEN IN 2023?

De toename van het aantal vragen tot tussenkomst bij de Ombudsman in 2023 is bijna volledig te wijten aan één welbepaald probleem in het kader van gsmverzekeringen, **SFAM, een bedrijf dat onder andere via Hubsider-winkels gsmverzekeringen op de markt bracht, haalde via domiciliëring onterecht geld** van de bankrekening van heel wat klanten.

In totaal ging het in meer dan 400 dossiers over deze inningen via domiciliëring, die niet enkel betrekking hadden op verzekeringen maar ook op andere producten of diensten zoals lidkaarten of uitbreiding van de wettelijke garantie. Hoewel het moeilijk is om in die dossiers enkel het verzekeringsaspect te bekijken, heeft de Ombudsman geprobeerd om met het bedrijf in kwestie te onderhandelen om een terugbetaling van deze onterechte domiciliëringen te verkrijgen. De samenwerking met dat Franse bedrijf verliep helaas moeilijk. Slechts een deel van de consumenten heeft een terugbetaling bekomen, en dan nog dikwijls slechts gedeeltelijk.

De Ombudsman heeft dan ook deze praktijken aangekaart bij de FSMA in haar hoedanigheid van toezichhoudende overheid, die hiervoor vervolgens contact opnam met haar Franse tegenhanger. Daarnaast werd ook de economische inspectie van de FOD Economie ingelicht via de Consumentenombudsdienst.

In deze dossiers werd wel herinnerd aan de verzetstermijn van acht weken om de inning of het bedrag van de domiciliëring te betwisten bij de bank. Consumenten die het bestaan van een domiciliëring op zich betwisten, beschikken trouwens over een termijn van 13 maanden.

Deze problematiek is dan ook nog eens een oproep tot waakzaamheid en bevestigt nogmaals wat de Ombudsman in zijn vorige jaarverslagen heeft meegegeven omtrent de informatieplicht van nevenverzekeringstussenpersonen.

UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

 BRAND

1.335 2021

1.611 2022

1.371 -15% 2023

 AUTO

1.031 2021

1.163 2022

1.094 -6% 2023

 ALLE RISICO'S (MULTIMEDIA, FIETS, ...)

627 2021

619 2022

1.081 +75% 2023

 ZIEKTE

962 2021

821 2022

978 +19% 2023

 LEVEN

920 2021

947 2022

925 -2% 2023

 RECHTSBIJSTAND

615 2021

654 2022

786 +20% 2023

 ANNULATIE

327 2021

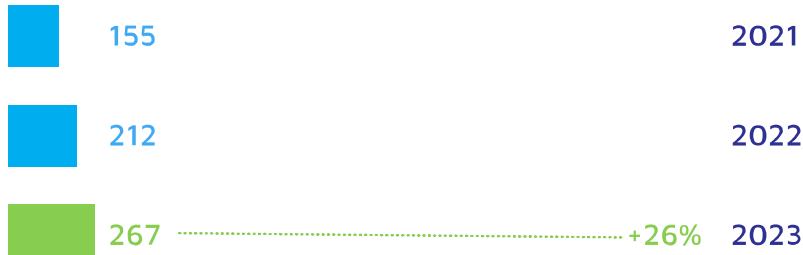
489 2022

397 -19% 2023

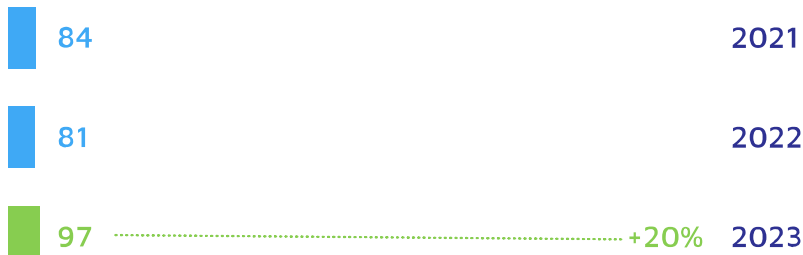
BA DIVERSEN



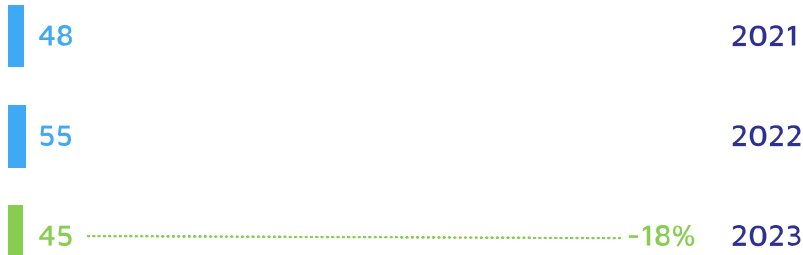
BIJSTAND



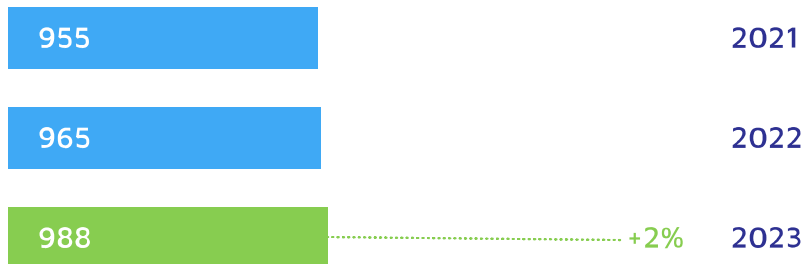
ARBEIDSONGEVALLEN



ONGEVALLEN

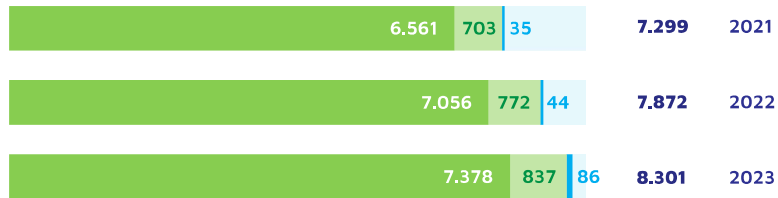


DIVERS (TAK NIET OMSCHREVEN)

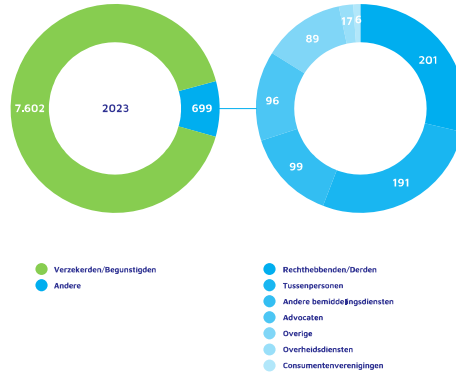


Totaal 2021 = 7.299 Totaal 2022 = 7.872 Totaal 2023 = 8.301

SPREIDING



OORSPRONG



In 9 op de 10 dossiers is het de verzekerde zelf die de Ombudsman contacteert.

RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Van de 8.301 vragen tot tussenkomst, die in 2023 werden geregistreerd, heeft de Ombudsman er 3.722 onderzocht. Hiervan waren er op 29 februari 2024 3.393 afgesloten. **In 59% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.**

In 41% van de onderzochte dossiers is de vraag niet gegrond. In dat geval ontving de consument een duidelijke en precieze toelichting. 329 dossiers van 2023 (4%) waren op 29 februari 2024 nog in onderhandeling. In 3.032 gevallen (37%) heeft de Ombudsman de consument doorverwezen naar de klachtendiensten van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen en in 498 gevallen naar een andere bemiddelingsdienst.

De consument heeft zich in 761 dossiers (9%) tot de Ombudsman gericht voor inlichtingen en informatie. Dankzij het neutrale en objectieve advies van de Ombudsman kon een klacht worden vermeden.

288 vragen (3%) vielen buiten de bevoegdheid van de Ombudsman. Ten slotte werden slechts 10 dossiers (<1%) afgesloten tegen het advies van de Ombudsman.

VERZEKERINGSONDERNEMINGEN

7.378
vragen tot tussenkomst

een stijging van 5 %

Het merendeel van de ontvangen aanvragen handelt over de verzekeringsondernemingen. De Ombudsman zal zijn bemiddelingsrol uitoefenen door rekening te houden met de wet, de contractuele bepalingen, maar ook met de billijkheid.

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

	6.561	2021
	7.056	2022
	7.378	2023

 BRAND

1.198 2021

1.478 2022

1.226 2023

 ALLE RISICO'S (MULTIMEDIA, FIETS,...)

588 2021

573 2022

987 2023

 ZIEKTE

908 2021

762 2022

911 2023

 AUTO

886 2021

1.018 2022

910 2023

 LEVEN

798 2021

774 2022

785 2023

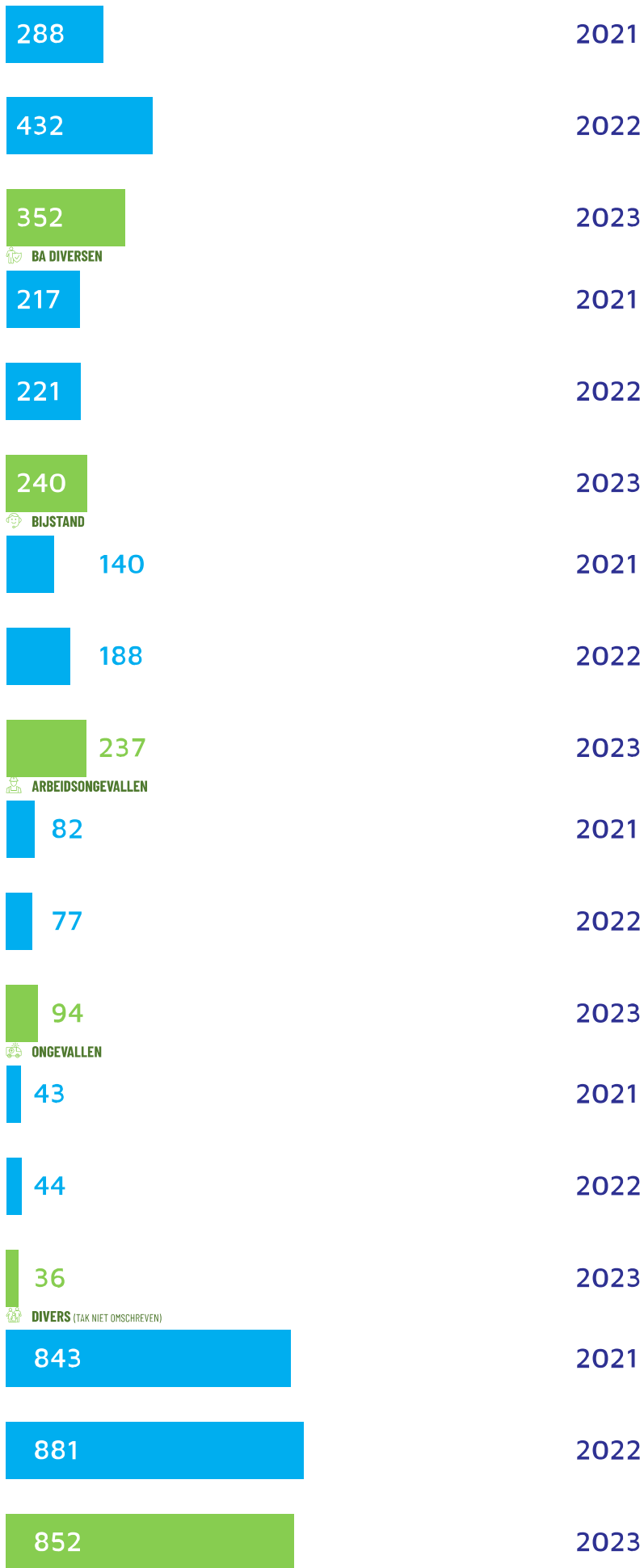
 RECHTSBIJSTAND

570 2021

608 2022

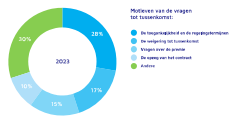
748 2023

 ANNULATIE



● Totaal 2021 = 6.561 ● Totaal 2022 = 7.056 ● Totaal 2023 = 7.378

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Op 29 februari 2024 had de Ombudsman 2.910 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In 59% van deze dossiers ontving de consument een oplossing. In 2.751 gevallen (37%) heeft de Ombudsman hem doorverwezen naar de interne klachtendiensten van de verzekeraars.

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN

837
vragen tot tussenkomst

een stijging van 8 %

10% van de vragen van tussenkomst handelt over de verzekeringstussenpersonen.

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

703	2021
772	2022
837	2023

UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

 LEVEN

122

2021

173

2022

140

2023

 BRAND

128

2021

123

2022

126

2023

 AUTO

122

2021

113

2022

124

2023

 ALLE RISICO'S (MULTIMEDIA, FIETS, ...)

39

2021

45

2022

94

2023

 ZIEKTE

54

2021

59

2022

67

2023

 ANNULATIE

39

2021

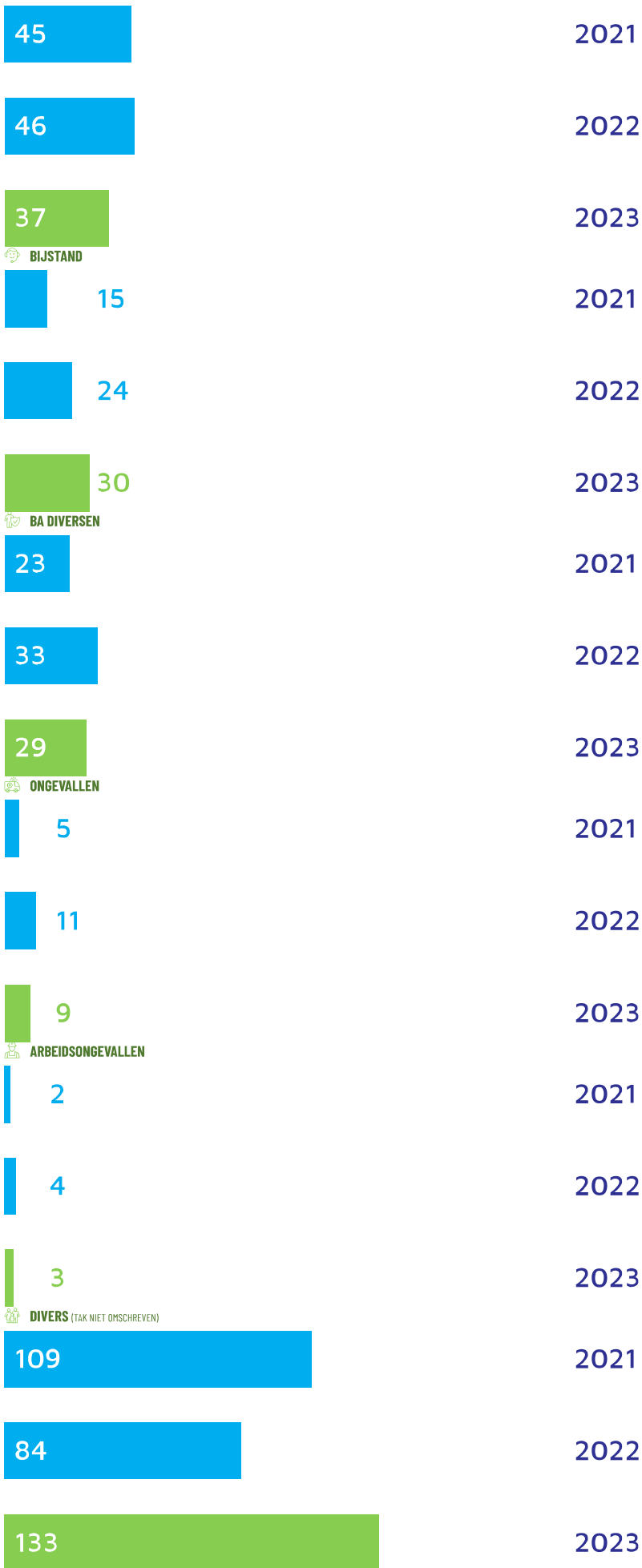
57

2022

45

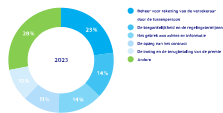
2023

 RECHTSBIJSTAND



● Totaal 2021 = 703 ● Totaal 2022 = 772 ● Totaal 2023 = 837

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



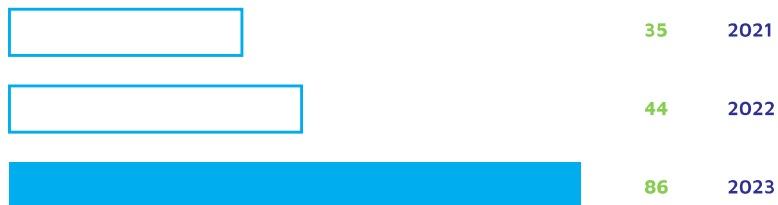
Op 29 februari 2024 had de Ombudsman 394 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 61% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.** De Ombudsman heeft de consument in 27% van de gevallen doorverwezen naar de tussenpersoon zelf.

DATASSUR

86
vragen tot tussenkomst

Datassur is een coöperatieve vennootschap die onder meer 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.

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

 **AUTO**



 **BRAND**



 **BA DIVERSEN**



 **RECHTSBIJSTAND**



 **DIVERS (TAK NIET OMSCHREVEN)**



● Totaal 2021 = 35 ● Totaal 2022 = 44 ● Totaal 2023 = 86



Registratie in het RSR-bestand als gevolg van een opzeg wegens niet-betaling van de premie vormt nog steeds de meerderheid van de vragen tot tussenkomst (62%).

RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Aangezien de Ombudsman enkel tussenkomt als beroepsinstantie voor klachten tegenover Datassur, heeft hij de consument in 60% van de gevallen in eerste instantie terug doorverwezen naar Datassur zelf. Op 29 februari 2024 had de Ombudsman 26 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In 62% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.

REGISTRATIE IN HET BESTAND VAN DATASSUR: DE GEVOLGEN EN DE MOGELIJKHEID TOT BETWISTING BIJ DE OMBUDSMAN

In 2023 is het aantal vragen tot tussenkomst bij de Ombudsman over de registratie in het door Datassur beheerde RSR-bestand (Risques Spéciaux/Spéciale Risico's-bestand, beheerd door Datassur,) aanzienlijk toegenomen. Hoewel deze categorie van klachten gering blijft ten opzichte van het geheel van de ontvangen aanvragen, kan een dergelijke registratie grote gevolgen hebben voor de consument. Die laatste kan namelijk moeilijkheden ondervinden om gedurende een bepaalde periode een verzekering af te sluiten.

Datassur herformuleerde de afgelopen jaren haar **communicatie** naar de consument om hem in te lichten over de registratie. De informatie is duidelijker en toegankelijker, vooral over de rechten van de consument en de mogelijkheid om de geregistreerde gegevens te raadplegen en ze indien nodig te laten rechtzetten. De Ombudsman ondersteunt uiteraard elk initiatief tot betere communicatie. Dit heeft echter ook een impact op het aantal vragen dat bij de Ombudsman wordt ingediend.

De meeste klachten hebben betrekking op de registratie wegens niet-betaling van de premie. Hoewel een opzeg wegens niet-betaling van een premie doorgaans kan leiden tot een registratie in het RSR-bestand van Datassur, **onderzoekt de Ombudsman de concrete omstandigheden** van elk dossier.

Eerst en vooral zal er worden nagegaan of de niet-betaling zich meerdere keren heeft voorgedaan. Bij herhaaldelijke wanbetaling is registratie gerechtvaardigd. Indien de niet-betaling zich maar eenmalig heeft voorgedaan en nadien is rechtgezet, is het wenselijk om de registratie te schrappen.

Zo kan een registratie worden geschrapt wanneer de consument zijn vervaldagberichten niet had ontvangen door externe omstandigheden zoals een verhuus of bij een langdurige ziekenhuisopname. In andere gevallen kan een registratie, die foutief werd uitgevoerd in het kader van een betwiste opzeg, worden rechtgezet.

Bij registratie als gevolg van fraude kon de Ombudsman materiële fouten laten rechtzetten, zoals de inschrijving van een persoon die niet betrokken was bij de gepleegde fraude. Een registratie wegens het duidelijk overdrijven van de schade is daarentegen correct en kan niet worden betwist.

TOEGANKELIJKHEID EN TERMIJNEN

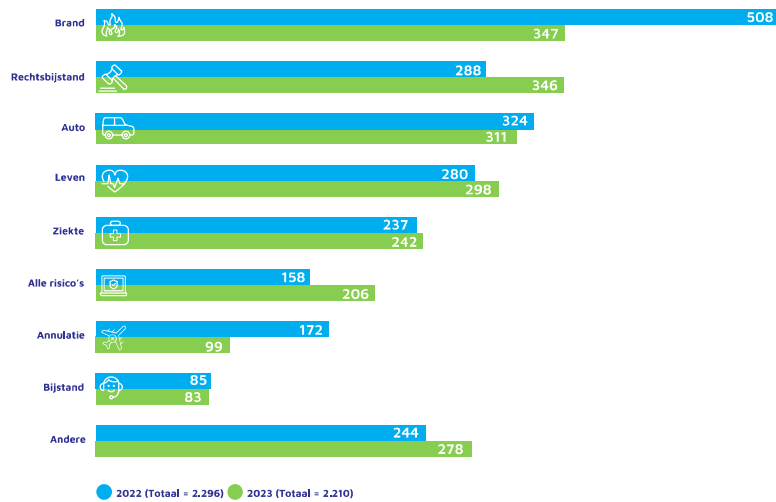


De Ombudsman noteert in 2023 een lichte daling van het aantal vragen tot tussenkomst over de beheers- en antwoordtermijnen en de bereikbaarheid. Toch maken ze nog 27% van alle klachten uit.

2.210
vragen tot tussenkomst

een daling van 4 %

VERDELING PER VERZEKERINGSTAK



LICHTE VERBETERING IN DE TOEGANKELIJKHEID EN DE TERMIJNEN

In **2022** was de problematiek rond de toegankelijkheid van verzekeringsondernemingen, maar ook van tussenpersonen, één van de hoofdmotieven (één vraag op drie). Dit vloeide voornamelijk voort uit het personeelstekort in de verzekeringssector. Daarbovenop waren er de natuurrampen, zoals de overstromingen in 2021 en de stormen in 2022, die de brandverzekering zwaar onder druk zetten.

In **2023** stelt de Ombudsman in het algemeen een lichte daling met 4% vast van de klachten over de opvolging van de vragen van de consument. Toch maken ze nog 27% van alle vragen tot tussenkomst uit. Dit moet evenwel genuanceerd worden per verzekeringstak.

MEER WETEN

De verbetering is aanzienlijk in de tak **brandverzekering**, maar ook zichtbaar in de tak **autoverzekering**. In beide takken, die geregeld zijn door strikte procedures, is een vrij snelle opvolging nodig. Het zijn ook domeinen waarin de consument zeer veeleisend is over de opvolging van zijn dossier, in het bijzonder voor het beheer van zijn schadegeval.

Dit goede nieuws moet gerelativeerd worden door een toename van de vragen tot tussenkomst over de opvolging en de termijnen in **rechtsbijstandsverzekeringsdossiers**. Om een kwalitatief beheer te kunnen bieden, vooral tijdens de minnelijke fase, hebben de verzekeraars opgeleid personeel nodig, liefst met een juridische achtergrond. De aanwervingen hiervoor zijn momenteel niet evident. Daarnaast hebben ook andere externe factoren, zoals de gerechtelijke achterstand of de specifieke problemen bij grensoverschrijdende geschillen een invloed op de behandelingstermijnen.

Ook in de tak **levensverzekering** zijn de cijfers over de achterstand in het beheer en de toegankelijkheid minder goed dan in 2022. Dit wordt deels verklaard door de voortzetting van producten die niet langer actief op de markt worden verhandeld (run-off) of door overnames en fusies van verzekeringsportefeuilles. Deze kunnen leiden tot organisatorische problemen.

Daarnaast kan een vereffening of een afkoop bemoeilijkt worden door de wettelijke formaliteiten om het witwassen van geld tegen te gaan. In die dossiers betreurt de Ombudsman de strenge aanpak van sommige ondernemingen, die een administratieve last oplegt die de consument soms moeilijk kan aanvaarden. Het nut van sommige documenten is niet altijd duidelijk. Zo verzocht een schuldsaldoverzekeraar onmiddellijk om het voorleggen van een vonnis van de vrederechter voor kinderen die slechts begunstigen in ondergeschikte orde zijn. De betaling gebeurt in eerste instantie aan de kredietinstelling.

In de takken **bijstand- en annulatieverzekering** zijn de problemen rond regelingstermijnen en bereikbaarheid een terugkerend probleem door de activiteit zelf. Het is logisch dat deze verzekeraars in vakantieperiodes het vaakst te maken krijgen met werkoverlast.

Tot slot blijft de problematiek rond bereikbaarheid en termijnen in de tak **multimediaoverzekering** zeer zorgwekkend. Aangezien de informatie die bij de onderschrijving wordt gegeven vaak onvolledig is, lijkt de consument niet altijd te weten bij wie hij terecht kan met vragen.

Wat de bereikbaarheid betreft, stelt de Ombudsman zich nog steeds vragen bij het grote aantal **telefoonoproepen** dat hij ontvangt van consumenten die hun verzekeringsonderneming niet kunnen bereiken. Ze nemen dan maar hun toevlucht tot het nummer van de Ombudsman dat ook op alle verzekeringscontracten vermeld staat. Dat vormt een groot deel van de 2.250 oproepen die de Ombudsman maandelijks gemiddeld ontvangt.

Op het eerste gezicht heeft de Ombudsman geen diepgaande analyse nodig van de klachten over de regelingstermijnen en de bereikbaarheid. Bijna de helft van die vragen wordt doorgegeven aan de interne klachtenbehandelingsdiensten van de verzekeringsondernemingen, die het best geplaatst zijn om het beheer te versnellen.

Hoewel er dus een vooruitgang kan worden vastgesteld, blijft het een enorme uitdaging om nieuwe talenten aan te werven, op te leiden en te behouden. Ook de verbetering van de beheersprocessen en een goede integratie van de digitalisering blijven een werkpunt.

DE ONDERTEKENING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT



De Ombudsman wordt regelmatig gecontacteerd door consumenten die vervaldagberichten ontvangen voor verzekeringscontracten waarvan ze niet weten dat ze die hebben onderschreven. In sommige gevallen gaat het om een fout tijdens een simulatie op de website van een verzekeringsonderneming. Andere dossiers gaan over onderschrijvingen bij de aankoop van een product zoals gsm- of fietsverzekeringen.

Vaak herinnert de consument zich ook niet dat hij een behoefteanalyse heeft ingevuld en ondertekend, noch dat hij de nodige informatie heeft ontvangen bij de onderschrijving (Zie ook AssurMiFID (Wet van 30 en 31 juli 2013 tot versterking van de bescherming van de afnemers van financiële producten en diensten alsook van de bevoegdheden van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten en houdende diverse bepalingen, B.S. 30 augustus 2013 en haar uitvoeringsbesluiten) en IDD (Wet van 6 december 2018 tot omzetting van de richtlijn (EU) 2016/97 van het Europees Parlement en de Raad van 20 januari 2016 betreffende verzekeringsdistributie, B.S. 18 december 2018).).

De problematiek rond de handtekening, die de verbintenis formaliseert, is des te belangrijker omdat er **ondertussen meerdere vormen van ondertekening bestaan**. De handgeschreven handtekening op een gescand document, de aanvaarding via sms, de bevestiging via bankkaart, itsme® of eID: allemaal verschillende manieren om te ondertekenen, die telkens ook een andere vorm van beveiliging met zich meebrengen.

De authenticiteit en de betwisting van een handtekening vallen onder de beoordeling van de rechter in België. De verschillende vormen zijn wel geldig. Uit de vragen die de Ombudsman ontvangt, blijkt dat bij de ondertekening van een verzekeringscontract toch **principes zouden moeten worden toegepast**.

MEER WETEN

Het aantal handtekeningen moet overeenstemmen met het aantal ondertekende documenten. Met andere woorden, **elk document moet afzonderlijk worden ondertekend**. De Ombudsman stelt soms vast dat de consument wordt gevraagd om een reeks documenten in één keer digitaal of via bankkaart goed te keuren. Om de aandacht van de consument te vestigen op wat hij ondertekent, is het beter om hen niet alle documenten met één handtekening te laten bevestigen.

Daarnaast zou onmiddellijk na de elektronische onderschrijving de verzekeraar **alle ondertekende documenten** naar de consument moeten sturen, zodat hij er opnieuw kennis van kan nemen en, indien nodig, opmerkingen kan formuleren, vragen kan stellen of zijn herroepingsrecht kan uitvoeren.

Ten slotte is het beter om **slechts één soort handtekening te gebruiken** voor het contract en de bijhorende documenten. Er moet worden vermeden dat er verwarring ontstaat door een deel met de hand te ondertekenen, een deel via bankkaart en nog een deel via sms-code.

De elektronische handtekening is al van fundamenteel belang voor de sector. Het gebruik ervan vergemakkelijken is een economische noodzaak, het in goede banen leiden een juridische noodzaak.

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN



De Ombudsman behandelt ook klachten tegen verzekeringsmakelaars, -agenten en nevenverzekeringstussenpersonen. Hierbij is de adviesplicht van deze verzekeringstussenpersonen richtinggevend. Een goede communicatie hierover is dan ook doorslaggevend voor de consument.

837
vragen tot tussenkomst

een stijging van 8 %

De statistieken over de tussenpersonen zijn opgenomen in het hoofdstuk kerncijfers.

DE FOUT VAN DE TUSSENPERSON: EEN MOEILIJKE DISCUSSIE MET DE AANSPRAKELIJKHEIDSVZERKERAAR

Net als bij elk andere beroepspersoon, kan het gebeuren dat een verzekeringstussenpersoon een fout begaat bij de onderschrijving van een contract of het beheer van een schadegeval. De Ombudsman ontvangt elk jaar vragen tot tussenkomst waarvoor de tussenpersoon aansprakelijk kan worden gesteld.

Wanneer de aansprakelijkheid van de verzekeringstussenpersoon wordt ingeroepen, zal deze in het algemeen doorverwijzen naar zijn aansprakelijkheidsverzekeraar. Deze laatste zal vervolgens vragen om het bewijs te leveren van een fout van de tussenpersoon. Dit is niet altijd evident, zeker niet wanneer een aantal zaken mondeling verlopen. Bovendien zijn niet altijd schriftelijke stukken beschikbaar waarin het uitgebreide advies van de tussenpersoon wordt genoteerd.

MEER WETEN

In verschillende dossiers zijn er geen directe materiële bewijzen van de aansprakelijkheid van de tussenpersoon maar moet dit eerder worden afgeleid uit de omstandigheden. Zo gebeurt het dat er geen onderschrijvingsdocumenten zijn of dat de analyse van de behoeften en de verlangens van de consument niet of onvolledig werden afgetoetst. Soms wordt het gegeven advies niet gemotiveerd of stemt het onderschreven verzekeringsproduct niet overeen met de situatie van de verzekerde. Sommige aansprakelijkheidsverzekeraars zijn geneigd om hun verzekerde (de

tussenpersoon) niet aansprakelijk te stellen, zelfs niet gedeeltelijk, en de schuld bij de consument te leggen onder meer wegens de door hem verstrekte informatie. Zelfs de materiële (Zie ook art. 149 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) erkenning van de fout door de tussenpersoon wordt soms niet aanvaard.

Dit standpunt is betwistbaar, vooral wanneer het wanneer de tussenpersoon zijn fout erkent. Dit relatie tussen hem en zijn klant onnodig comple

DE ADMINISTRatieve VERPLICHTINGEN VAN DE TUSSENPERSOON: EEN NOODZAKELIJKE LAST

De Ombudsman stelt vast dat bepaalde tussenpersonen moeilijkheden ondervinden om hun administratieve verplichtingen concreet na te komen. De administratieve last neemt toe, de wetgeving is complex en het kan vervelend overkomen om alle formaliteiten in de dagelijkse praktijk van de bemiddeling op te volgen. Dit wordt nog verzaamd door de taken die verzekeringsondernemingen delegeren aan de tussenpersoon, zoals de invoer van de contracten in ICT-programma's, eigen aan elke verzekeraar.

In de dossiers die de Ombudsman ontvangt, stelt hij vast dat de behoefteanalyse en de motivatie van het gegeven advies niet schriftelijk zijn vastgelegd. In andere dossiers zijn de formaliteiten wel vervuld, maar onvolledig. Heel wat informatie tussen de klant en de verzekeringstussenpersoon wordt mondeling uitgewisseld en een schriftelijke bevestiging wordt niet altijd nodig geacht. Nochtans is de tussenpersoon verplicht om zijn analyse te documenteren door de verzamelde informatie te bewaren (Wet van 6 december 2018 tot omzetting van de richtlijn (EU) 2016/97 van het Europees Parlement en de Raad van 20 januari 2016 betreffende verzekeringsdistributie, B.S. 18 december 2018.).

Net als in het verleden (Jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, aanbeveling "Naar een andere invulling van de behoefte- en verlangensanalyse door de tussenpersoon") pleit de Ombudsman voor een pragmatischere aanpak van de formaliteiten. Dit zou toelaten ze administratief beter beheersbaar te houden en toch hun uiteindelijke nut niet uit het oog te verliezen. Schriftelijke documenten zijn cruciaal bij een geschil tussen de tussenpersoon en de consument. Een goed bijgehouden dossier vermijdt lange discussies en kan zelfs de gebreken in het gewenste verzekeringscontract aan het licht brengen vooraleer de gevolgen zich voordoen.

DE NEVENVERZEKERINGSTUSSENPERSOON: HET ADVIES IS MEER DAN DE VERKOOP VAN HET PRODUCT

In 2023 is het aantal vragen tot tussenkomst over verzekeringsproducten die door nevenverzekeringstussenpersonen zijn verkocht, fors toegenomen. Een groot deel van die dossiers gaat over de uitzonderlijke problematiek van domiciliëringen, zoals hierboven aangehaald. Hiernaast dienden tal van consumenten ook klacht in bij de Ombudsman over multimedia-, fiets- en reisverzekeringcontracten.

Net als de vorige jaren (Jaarverslag 2020 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, gsmverzekering en nevenverzekeringstussenpersoon: "u neemt daar toch een verzekering bij?"; Jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, "Nevenverzekeringstussenpersoon: en advies bij elke verkoop".) stellen we vast dat die producten worden **verkocht als aanvulling op een verbruiksgoed en dat het advies en de informatie die bij de verkoop worden verstrekt, onvolledig** of zelfs onbestaand zijn.

MEER WETEN

Het is pas bij een schadegeval dat de consument zich bewust wordt van de beperkingen van zijn verzekeringscontract en de uitsluitingen. De te ondernemen stappen **bij een schadegeval** zijn ook niet altijd transparant. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een beschadigde gsm die naar een externe firma wordt gestuurd voor een technische analyse. De conclusies van die bedrijven zijn meestal vrij beknopt en weinig gemotiveerd. Bovendien kan de procedure vrij lang zijn, wat uiterst vervelend is voor een product dat intensief wordt gebruikt.

Aangezien de nevenverzekeringstussenpersoon enkel een rol als verkoper heeft voor die verzekeringsproducten, krijgt de consument geen ondersteuning bij een schadegeval, zoals dat het geval zou zijn bij een klassieke tussenpersoon.

Een diepgaander advies, een bevestiging van de dekkingen en uitsluitingen via een informatiefiche en een vermelding van beschikbare contactpunten zijn cruciaal voor een efficiënte voortzetting van het systeem dat is opgezet voor nevenverzekeringstussenpersonen.

PER VERZEKERINGSTAK



BRANDVERZEKERING



1.371
vragen tot tussenkomst

een daling van 15 %

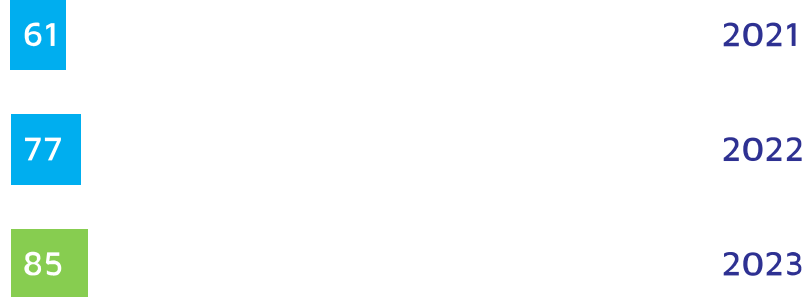
BRAND



WATERSCHADE



DIEFSTAL



NATUURRAMPEN



STORM



GLASBREUK

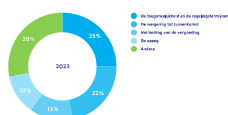


BA GEBOUW

15	2021
14	2022
18	2023
ELEKTRICITEITSRISICO	
18	2021
18	2022
14	2023

Totaal 2021 = 1.335 Totaal 2022 = 1.611 Totaal 2023 = 1.371

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 56% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

DE KOUDE DOUCHE VAN DE ONDERVERZEKERING

Onderverzekering kan een aanzienlijke impact hebben op het bedrag van de vergoeding. In de brandverzekering is dit echter dikwijls niet de bedoeling geweest van de consument of zijn tussenpersoon.

Bij de onderschrijving van het verzekeringscontract (Art. 3 § 2 K.B. van 24 december 1992 tot uitvoering van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, B.S. 31 december 1992,) wordt de consument in principe gevraagd om een **evaluatierooster** in te vullen. Hoewel er verschillen zijn tussen verzekeringsondernemingen, is het **stelsel voornamelijk gebaseerd op het aantal ruimtes**. De ruimtes met een bepaalde minimumoppervlakte worden hiervoor bij elkaar geteld. Samen met een vragenlijst die moet worden ingevuld, kan de verzekeringsonderneming het risico dan correct evalueren. Zo kan onderverzekering worden voorkomen. Het is echter maar efficiënt wanneer het rooster correct wordt ingevuld en eventueel wordt bijgewerkt bij verbouwingen of bij renovaties.

MEER WETEN

Uit de ontvangen vragen tot tussenkomst blijkt dat de materiële fouten in het rooster dikwijls het gevolg zijn van het verkeerd begrijpen van de vragen erin. Dit kan een fout zijn van de consument, maar ook van de verzekeringstussenpersoon. Bovendien is het niet evident om de opgegeven antwoorden achteraf na te kijken doordat ze veelal niet zijn bevestigd in de bijzondere voorwaarden.

Onderverzekering komt trouwens vaak pas aan het licht bij een schadegeval. De onderschrijving kan dus al verschillende jaren eerder zijn gebeurd vooraleer de fout wordt vastgesteld.

De antwoorden en inlichtingen die bij de onderschrijving worden verstrekt, stemmen na al die jaren niet altijd meer overeen met de werkelijke toestand van het gebouw bij het schadegeval. De verbouwing van kelders of zolders tot bewoonbare ruimtes, het optrekken van een bijgebouw, maar ook de plaatsing van parket kunnen gevolgen hebben voor de evaluatie van het risico. Helaas gebeurt het zelden dat de consument een update uitvoert van de gegeven informatie bij de onderschrijving van het risico.

Sommige vervalddagberichten vermelden het aantal opgegeven ruimtes, maar deze vermelding is meestal beknopt. Helaas is dit vaak dan ook onvoldoende om de aandacht van de consument te vestigen om dit aspect van het contract op geregelde tijdstippen na te kijken.

De Ombudsman benadrukt dan ook voor de consument om zijn contract regelmatig te actualiseren en eventueel elke wijziging van het risico mee te delen aan de verzekeraar. Zo kan vermeden worden dat de verzekerde het slachtoffer wordt van onderverzekering, wat zware financiële gevolgen met zich mee kan brengen.

GETUIGENIS

A.H., Retie

Sinds maart 2021 heb ik talrijke mails en telefoongesprekken gehad met mijn verzekeraar X aangaande een schadegeval (waterschade). Onlangs heb ik dan een aangetekend schrijven gestuurd naar mijn aangestelde tegenexpert die dan een afspraak geregeld heeft met de expert van de verzekeraar. Gisteren zijn beiden dan gekomen voor een tegensprekelijke expertise maar spijtig genoeg blijven we in een patstelling. Expert verzekeraar blijft bij zijn standpunt dat het condensatie betreft, mijn tegenexpert wijt de waterschade aan een kapotte bus. Onze hoogrendementsketel wordt jaarlijks onderhouden door de firma zelf. Vorige week is de techniek lang geweest voor het onderhoud. Volgens de techniek, die toch kennis ter zake heeft: "het water dat weglekt is uiteraard het gevolg van condensatie, is in essentie het werkingsprincipe van een condensatieketel, daarna lekte het water door een kapotte bus hetgeen uiteraard niet normaal is." Volgens hem gaat het duidelijk om lekschade en niet om schade als gevolg van condensatie. Daarom mijn pragmatische instelling om jouw dienst te raadplegen zodat we onze opgelopen schade, na meer dan één jaar, kunnen laten herstellen.

De weigering tot tussenkomst is nog steeds één van de belangrijkste motieven voor de vragen tot tussenkomst bij de Ombudsman. Deze weigering wordt voornamelijk vastgesteld in de klachten over de waarborg waterschade.

Hierbij is schade door condensatie doorgaans uitgesloten in de waarborgen van de brandverzekering. In de meeste verzekeringscontracten is die uitsluiting algemeen. Slechts enkele verzekeringsondernemingen gebruiken een specifiekere formulering.

De uitsluiting was in het verleden vrij duidelijk. Condensatie en de schade die eruit voortvloeit, werden vooral in verband gebracht met constructiefouten of een gebrek aan ventilatie. Die oorzaken vallen niet onder de waarborg waterschade.

Recentere wijzigingen in de bouw in samenloop met de energiecrisis en de klimaatopwarming, hebben geleid tot een toename van het risico op condensatie. Denk bijvoorbeeld aan **versterkte isolatie van gebouwen**, maar ook de opmars van **condensatieketels**.

De Ombudsman ontvangt dan ook meer vragen waarin de consument schade heeft geleden in het ventilatiesysteem of de afvoer van de condensatie van zijn ketel. Het gaat trouwens om plotselinge gebeurtenissen zoals scheuren of dichtingsvoegen die loskomen.

We stellen ons dan ook de vraag of de algemene uitsluiting van 'schade door condensatie' niet moet worden herzien, rekening houdend met de nieuwe technologieën die in de bouw worden gebruikt. Moet die uitsluiting niet meer genuanceerd worden in de algemene voorwaarden van de verzekeringscontracten?

AUTOVERZEKERING



1.094
vragen tot tussenkomst

een daling van 6 %

BA AUTO



OMNIUM

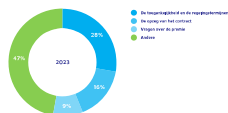


DIEFSTAL



Totaal 2021 = 1.031 Totaal 2022 = 1.163 Totaal 2023 = 1.094

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 56% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

DE OPZEG: EEN VERBETERING MAAR EEN BLIJVEND ONBEGRIIP VOOR HET FORMALISME

De Ombudsman heeft een duidelijke daling vastgesteld van het aantal vragen tot tussenkomst over de opzeg van autoverzekeringscontracten (- 26%). Deze daling kan verklaard worden door de stabilisering van de markt na een periode met covid en inflatie.

De Ombudsman krijgt echter nog vragen van consumenten die het moeilijk hebben met de opgelegde formaliteiten van de opzeg. Het feit dat verzekeraars ondanks de moderne communicatiemiddelen blijven aandringen op de wettelijk voorziene verplichting van een aangetekende brief (Art. 84 § 1 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.), oogst veel kritiek. Er zijn nog steeds dossiers waar een verzekeraar de opzeg weigert omdat de wettelijke formaliteiten niet zijn gerespecteerd en dit ondanks dat hij weet dat de verzekeringnemer zijn contract wil opzeggen en op de hoogte is gebracht van de opzegdatum, bijvoorbeeld via e-mail met ontvangstbevestiging.

De wetswijzigingen voor de opzeg Wet van 9 oktober 2023 tot vereenvoudiging van de opzegregels voor verzekeringsovereenkomsten, B.S. 18 oktober 2023, van verzekeringsovereenkomsten zullen ongetwijfeld een invloed hebben op deze klachten. Een vlottere opzeg na het eerste dekkingsjaar zal het gevoel van de consument doen verminderen dat ze in een gedwongen contractuele relatie zitten.

HOE LANG LOONT EEN OMNIUMVERZEKERING?

Een verzekering tot dekking van materiële schade aan het voertuig is aangewezen voor een nieuwe wagen. Heel wat consumenten veranderen van formule eenmaal het voertuig ouder wordt en stappen over naar een 'kleine omnium' of schrappen volledig de waarborg materiële schade.

Sommige omniumformules kunnen inderdaad op termijn **hun nut verliezen bij een economisch totaalverlies**. De Ombudsman kreeg melding van verschillende gevallen waarin, als gevolg van een schadegeval met totaalverlies, de contractuele vastgelegde vergoeding lager was dan de vrakwaarde van het voertuig. De verzekeringsonderneming moest dus niet meer tussenkomen, tot grote frustratie van de verzekerde.

MEER WETEN

Het is niet eenvoudig om het geleidelijke waardeverlies van een voertuig in te schatten. Afhankelijk van de tweedehandsmarkt, het aantal afgelegde kilometers en het type voertuig kan dit waardeverlies sterk evolueren. Het is dan ook belangrijk dat de verzekeraar de consument correct informeert over de gebruikte formule om de aangenomen of contractueel afgesproken waarde vast te leggen.

Verschillende verzekeraars losten dit op door in de algemene voorwaarden uitdrukkelijk een omschakeling toe te voegen naar een schadevergoeding in werkelijke waarde, indien de aangenomen waarde lager is dan de werkelijke waarde.

De omniumdekking blijft uiteraard nuttig voor schade die niet tot een totaalverlies leidt.

ZIEKTEVERZEKERING



978

vragen tot tussenkomst

een stijging van **19 %**

UITSPLITSING ZIEKTEVERZEKERING

NIET-BEROEPSGEBONDEN
ZIEKTEVERZEKERING



GEWAARBORGD INKOMEN



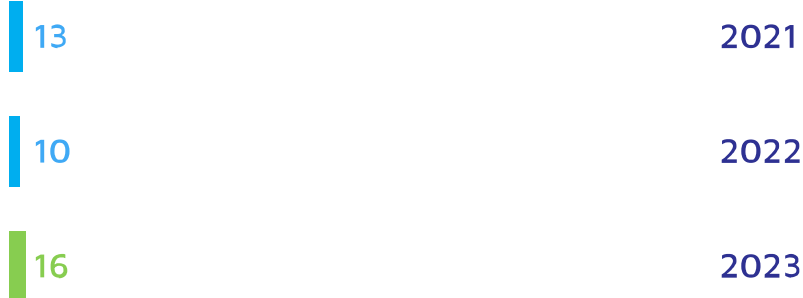
BEROEPSGEBONDEN
ZIEKTEVERZEKERING



TANDVERZEKERING

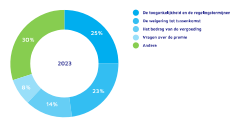


SPECIFIEKE DEKKING
(WACHTVERZEKERING, AMBULANTE KOSTEN,...)

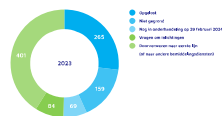


● Totaal 2021 = 962 ● Totaal 2022 = 821 ● Totaal 2023 = 978

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 63% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

IS UW KIND EEN DUIMZUIGER? MISSCHIEF HET IDEALE MOMENT OM EEN TANDVERZEKERING AF TE SLUITEN.

GETUIGENIS

S. D.C., Lendeled

Drie van ons gezin zijn al een aantal jaren bij X voor tandzorg. Nu is onze jongste dochter ook ouder aan het worden en hadden wij ook voor haar graag deze verzekering. Ik vulde netjes alle papieren in. Bij de vraag van orthodontie duidde ik ja aan. De vraag was: is er een orthodontiebehandeling lopende, voorzien of aangeraden? Omdat dit in de toekomst zal nodig zijn duidde ik ja aan. Echter is er nog geen procedure lopende. Hierdoor heeft men mij de verzekering gegeven zonder terugbetaling orthodontie terwijl dit wel de reden is dat ik deze verzekering wou. Is het ok dat een extra tandverzekering orthodontie uitsluit voor een 13 jarige? Ik wil nu graag weg bij deze verzekering voor mijn jongste dochter en wil mij elders verzekeren voor haar. Ik vind het nogal kras dat een extra verzekering bepaalde dingen gaat gaan uitsluiten voor zo een jong iemand.

In 2023 ontving de Ombudsman meer vragen over de weigering tot tussenkomst in ziekteverzekering (+28%). Een groot deel van die weigeringen heeft betrekking op de tandzorgverzekering. **Bij een aanvraag tot tussenkomst voor orthodontie** voor de kinderen van de verzekeringnemer **werd vastgesteld dat de verzekeraar dit regelmatig weigert wegens een voorafbestaande toestand.**

Orthodontiebehandelingen zijn niet meer weg te denken de laatste jaren. Het moment van het aangaan van de verzekering blijft echter van cruciaal belang. Sommige consumenten onderschrijven een verzekering nadat de tandarts heeft aangegeven dat hun kind later orthodontie nodig zal hebben. Ze verliezen daarbij uit het oog dat het feit dat ze weet hebben van de toekomstige behandeling. Dit kan leiden tot een weigering door de verzekeraar.

In een verzekeringscontract verbindt de verzekeraar er zich ten opzichte van de verzekeringnemer toe om een prestatie te leveren wanneer zich een onzekere gebeurtenis (Art. 5, 14^e wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) zou voordoen. Een verzekering is dus in principe niet meer mogelijk voor de gevallen waar er geen risico meer is.

Dit principe wordt uitdrukkelijk in herinnering gebracht bij de medische aanvaarding. Verzekeringsondernemingen sluiten behandelingen uit die bij de onderschrijving al konden voorzien worden. Die uitsluiting lijkt echter niet altijd duidelijk begrepen of opgemerkt te zijn door de consument. Dat is vooral het geval bij een onderschrijving op afstand (zoals online) waarbij de consument in het bijzonder aandacht moet besteden aan de clausules van het contract.

In die dossiers gaat de Ombudsman na hoe de vragen in de medische vragenlijsten en de gegeven antwoorden zijn geformuleerd. Hij onderzoekt bovendien of de consument kennis heeft kunnen nemen van de contractuele voorwaarden en ze heeft aanvaard.

De verwarring bij de consument kan ook het gevolg zijn van het feit dat dergelijke voorafbestaande aanpak doorgaans wel gedekt zijn in het kader van beroepsgebonden (collectieve) verzekeringen.

Deze onduidelijkheid wordt in sommige verzekeringscontracten trouwens opgevangen door een wachttijd, soms tot drie jaar, te voorzien. Daarna volgt dan een dekking zonder uitsluiting voor orthodontie.

WANNEER BIJWERKINGEN HET BEOOGDE DOEL WORDEN: MOET 'OFF-LABEL GEBRUIK' VAN MEDICIJNEN WORDEN GEDEKT?

Het fenomeen heeft zich de voorbije jaren verschillende keren voorgedaan: een medicijn dat oorspronkelijk voor een specifieke aandoening is ontwikkeld, wordt gebruikt voor een bijwerking die als heilzaam wordt beschouwd. In de vragen die de Ombudsman ontvangt, gaat het bijvoorbeeld om **medicijnen als Ozempic, die bedoeld zijn voor diabetespatiënten, maar ook helpen bij gewichtsverlies.**

Tot halfweg 2023 schreven sommige artsen dit medicijn voor bij patiënten met obesitas. De tussenkomst voor deze behandeling werd vervolgens geweigerd door de ziekenfondsen, wat meestal ook leidde tot een weigering door de ziekteverzekeraar.

MEER WETEN

Wanneer het verzekeringscontract bepaalt dat een weigering van het ziekenfonds eveneens leidt tot een uitsluiting voor de verzekeraar, is er geen tegemoetkoming.

Wanneer deze uitsluiting echter niet is opgenomen in het contract kan er discussie ontstaan. Verschillende verzekeringsondernemingen beweren dat de werking van het medicijn nog niet wetenschappelijk is vastgesteld. Hoewel dat standpunt betwistbaar is bij het lezen van recente wetenschappelijke publicaties, kan er ook niet worden ontkend dat de behandeling in kwestie van lange duur is en hoge kosten met zich meebrengt.

De vraag is momenteel iets minder actueel, aangezien het medicijn in kwestie in principe enkel nog kan worden voorgeschreven voor zijn eerste doel, de behandeling van diabetes. Er zal echter moeten worden nagedacht over de toekomstige dekking van soms levenslange behandelingen van obesitas en medicijnen die zullen worden ontwikkeld op basis van het bestaande product.

EEN GEÏNDEXEERDE PREMIE, MAAR FORFAITAIRE UITKERINGEN

De Ombudsman kreeg van verschillende consumenten vragen over de niet-indexering van de forfaitaire bedragen of jaarlijkse plafonds die in hun ziekteverzekeringscontract zijn opgenomen, terwijl de verzekeringspremie wel werd geïndexeerd (Art. 204 § 2 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.). Het betreft contracten die jaren geleden zijn afgesloten en waarvan de premie regelmatig werd geïndexeerd, in overeenstemming met de wet op de verzekeringen. De indexering als dusdanig kan niet in vraag worden gesteld. Door de hoge inflatie sprong dit echter in 2023 meer in het oog.

MEER WETEN

Meer en meer consumenten stellen zich de vraag, nu de premies worden aangepast aan de prijzevolutie, of de bedragen in die oude

contracten ongewijzigd mogen blijven en zo dus steeds minder de werkelijke uitgaven dekken. Hoewel het juridisch correct is, lijkt de billijkheid ervan toch in het gedrang te komen.

Vaak worden die contracten niet meer op de markt gebracht en werden ze vervangen door nieuwe contracten. In sommige dossiers stelde de Ombudsman vast dat de verzekeringsonderneming aan de consument een nieuwe dekkingformule had voorgesteld en dat zo de mogelijkheid werd gegeven om zijn contract te laten aanpassen. Een latere aanpassing is echter ook niet zonder risico, vooral wanneer die omschakeling een nieuwe medische acceptatie inhoudt.

LEVENSVZERKERING



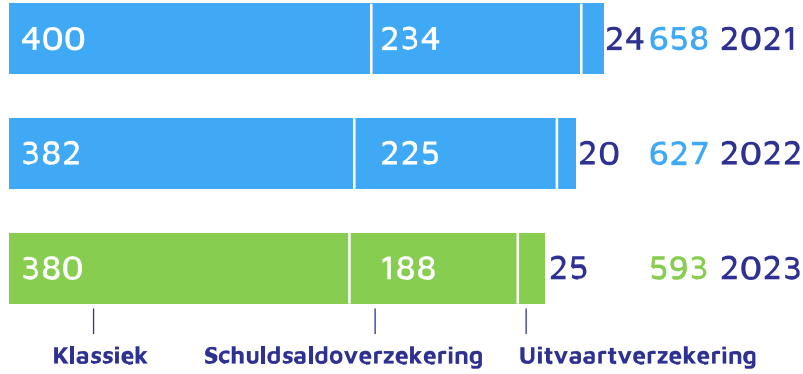
925

vragen tot tussenkomst

een lichte daling van **2 %**

UITSPLITSING LEVENSVZERKERING

TAK 21



GROEPSVERZEKERING



TAK 26



TAK 23



AANVULLENDE WAARBORGEN AVRI/AVRA



HYPOTHECAIRE LENING

3

2021

3

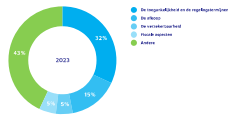
2022

1

2023

● Totaal 2021 = 920 ● Totaal 2022 = 947 ● Totaal 2023 = 925

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 57% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

FISCALE ASPECTEN NOG STEEDS VAAG VOOR DE CONSUMENT

In 2023 kreeg de Ombudsman regelmatig vragen over de fiscale aspecten rond pensioensparen (Zie ondermeer <https://www.wikifin.be/nl/pensioen-en-pensioenvoorbereiding/pensioensparen/hoe-wordt-je-pensioensparen-belast> en <https://financien.belgium.be/nl/node/3072>) of langetermijnsparen (Zie ondermeer <https://www.wikifin.be/nl/sparen-en-beleggen/beleggingsproducten/producten-op-lange-termijn/wat-langetermijnsparen>; <https://www.wikifin.be/nl/belasting-werk-en-inkomen/belastingaangifte/belastingverminderingen/vermindering-voor-en> en <https://financien.belgium.be/nl/ondernemingen/overige-belastingen/voor-financiele-instellingen-en-verzekeringsondernemingen/taks-op-het-langetermijnsparen>). Welk bedrag is fiscaal aftrekbaar of op welk ogenblik moet de taks worden betaald? Dit zijn vragen die regelmatig terugkomen bij de consument.

De overdracht van de reserves van een pensioenspaarverzekering van een, soms buitenlandse, verzekeraar naar een andere roept ook vragen op, vooral met betrekking tot de vrijstelling van de bedrijfsvoorheffing.

Bovendien blijft de problematiek van de terugvordering van de anticipatieve taks wanneer de verzekeringnemer nooit een fiscaal voordeel heeft genoten, actueel in de dossiers die de Ombudsman behandelt. De consument heeft slecht twee jaar de tijd om deze taks terug te vorderen (Art. 202/8 Wetboek diverse rechten en taksen.). De taks, die de verzekeraar op de 60e verjaardag van zijn klant aftrekt, kan dus in principe niet meer worden teruggevorderd bij de uitbetaling van het pensioensparen op zijn 65 jaar.

MEER WETEN

De regering heeft bovendien beslist om een deel van deze taks vervroegd te innen tussen 2015 en 2019. Voor contracten gesloten vóór de 55e verjaardag van de verzekeringnemer, heeft de overheid van 2015 tot 2019 een jaarlijkse inhouding gedaan van 1% op het kapitaal zoals opgebouwd op 31 december 2014, zijnde 5% in totaal. Die anticipatieve taks worden vervolgens afgetrokken van de uiteindelijke taks van 8% op 60 jaar.

Is het na de termijn van twee jaar nog mogelijk om een terugbetaling van die vervroegde inningen te vragen? De belastingadministratie heeft bevestigd dat de termijn van twee jaar pas van start gaat wanneer de taks definitief verschuldigd is, dit wil zeggen op de 60e verjaardag van de consument en niet bij de jaarlijkse vervroegde heffingen van 1%.

Dit is een oplossing voor de dossiers waar vervroegde inningen hebben plaatsgevonden van 2015 tot 2019, maar voor vragen tot regularisatie die meer dan twee jaar na de belasting op 60 jaar zijn ingediend, moet een ruimere oplossing worden gezocht. De Ombudsman formuleert hiervoor een aanbeveling.

DE TWEDE PIJLER HEEFT EEN ONDERHOUDSBEURT NODIG

De Ombudsman stelde in 2023 een stijging van het aantal vragen over groepsverzekeringen of aanvullende pensioenen vast. Hierbij kwam tot uiting dat de informatiestroom tussen de gegevensbank SIGEDIS en de verzekeringsondernemingen niet altijd van een leien dakje loopt. Wanneer de verzekeraar met enkele jaren vertraging op de hoogte wordt gebracht van de pensionering heeft de consument het er moeilijk mee dat hij voor die periode geen interesten ontvangt.

Andere vragen hebben betrekking op het feit dat de betaling van het aanvullend pensioen gelijk moet gebeuren met de aanvang van het wettelijk pensioen (Art. 27 wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid, B.S. 15 mei 2003.). Dit kan problematisch zijn voor slapende verzekeringen, die voorzien in een afloop op de 60e verjaardag van de consument en geen overlijdensdekking hebben. Aangezien de wettelijke pensioenleeftijd momenteel vastligt op 65 jaar ontstaat een bijkomende risicoperiode van vijf jaar die niet zonder gevolgen is. Iemand die overlijdt tussen 60 en 65 jaar kan tijdens zijn loopbaan dan 'voor niets' bijgedragen hebben.

Sommige verzekeraars kennen geen interesten meer toe vanaf de afloop van het contract op 60 jaar tot aan het effectieve pensioen. Aangezien zowel de sector als de overheid de onderschrijving van verzekeringscontracten van de tweede pijler aanmoedigen en vaak interessante rentevoeten worden voorgesteld voor vergelijkbare individuele levensverzekeringen (tak 21) kan dit toch vragen oproepen.

MEER WETEN

De Ombudsman kreeg van consumenten ook vragen over de bedrijfsvoorheffing en de toepasselijke rentevoeten, in het bijzonder wanneer ze geen volledige loopbaan hadden afgelegd.

Wanneer een werkgever de groepsverzekering van een verzekeringsonderneming overdraagt naar een andere, zouden er duidelijke maatregelen moeten worden getroffen. De schrapping van de hoofddekking bij de oude verzekeraar leidt tot stopzetting van de zijdelingse dekkingen (Art. 42 K.B. van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit, B.S. 14 november 2003.), onder andere waarborgen voor het risico op arbeidsongeschiktheid of ongeval. Er is dus in principe geen dekking meer voor de lopende schadegevallen arbeidsongeschiktheid. Het is dan ook wenselijk om de kwestie van de lopende schadegevallen te bekijken met de nieuwe verzekeraar, die in

sommige gevallen aanvaardt om het beheer verder te zetten.

Tot slot, wanneer een groepsverzekering is aangepast aan de nieuwe pensioenleeftijd, 65 jaar of meer, is de verlenging niet automatisch van toepassing op de lopende schadegevallen arbeidsongeschiktheid. Het is dus perfect mogelijk dat de betaling van de schadevergoedingen afloopt op de vorige eindleeftijd.

De Ombudsman had deze problemen al eerder aangehaald (Jaarverslag 2018 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, levensverzekering : « Een toename van bijna 40% in de groepsverzekering » en Jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, levensverzekering : " De ongewenste gevolgen van de vereffeningplicht van het aanvullend pensioen".) maar ze blijven actueel. Over het algemeen betreurt hij dat er geen enkele algemene oplossing is gevonden voor het afstemmen van de duur van de groepsverzekeringscontracten met een afloop op 60 (of 65 jaar) op die van loopbanen, die doorlopen na die leeftijd.

RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING



786

vragen tot tussenkomst

een stijging van 20 %

UITSPLITSING RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING

RECHTSBIJSTAND NIET-AUTO

222

2021

253

2022

328

2023

RECHTSBIJSTAND AUTO

266

2021

257

2022

293

2023

RECHTSBIJSTAND UITGEBREIDE DEKKING

127

2021

144

2022

165

2023

● Totaal 2021 = 615 ● Totaal 2022 = 654 ● Totaal 2023 = 786

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 53% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

MINNELIJK BEHEER GRAAG! ZOLANG HET EFFICIËNT BLIJFT...

De Ombudsman wordt regelmatig gecontacteerd door de consument over het beheer door de rechtsbijstandsverzekeraar tijdens de minnelijke fase van het geschil. Alvorens een dossier toe te vertrouwen aan een advocaat, proberen verzekeraars het conflict met de tegenpartij minnelijk op te lossen. Dit minnelijk beheer kan voordelig zijn, niet alleen op economisch vlak maar ook om de gerechtelijke achterstand te verminderen. Soms moet echter erkend worden dat het minnelijk beheer op zijn grenzen botst.

MEER WETEN

Belangrijk is de **communicatie** over de opvolging van het dossier en de stappen die zijn of worden ondernomen. Een rechtsbijstandsverzekeraar die bijvoorbeeld moet wachten op een strafdossier is afhankelijk van de termijnen bij het gerecht. Deze soms zeer lange termijnen geven de consument het gevoel dat hij in de steek gelaten wordt. De zaak doorgeven aan een advocaat leidt echter niet altijd tot een snellere oplossing van het dossier. De rechtsbijstandsverzekeraar moet dan ook in deze dossiers transparant en regelmatig blijven communiceren met de verzekerde zodat zijn verwachtingen hieromtrent realistisch blijven.

Nadat de verzekeraar verschillende stappen heeft ondernomen, kan de vraag rijzen of het opportuun blijft om het dossier in minnelijk beheer te houden. Dat kan het geval zijn wanneer de verzekeraar louter ingebrekestellingen en herinneringen stuurt naar de tegenpartij, die niet reageert. Dit is ook het geval wanneer de verzekeraar het minnelijk beheer toch wenst verder te zetten, terwijl de tegenpartij uitdrukkelijk elke aansprakelijkheid heeft afgewezen. In die gevallen wordt de minnelijke fase onnodig verlengd en wil de consument, terecht, dat het dossier wordt overgedragen aan een advocaat om een **gerechtelijke procedure op te starten**.

Andere dossiers blijven in handen van de verzekeraar, terwijl de **tegenpartij strafrechtelijk** wordt **vervolgd**. Nochtans bepaalde de adviezen van de gemengde commissie rechtsbijstand dat een dossier moet worden doorverwezen naar een advocaat, zodra er een strafrechtelijke vervolging is, ongeacht de fase waarin het dossier zich bevindt (D. de Callatay, « Synthèse des avis de la commission mixte de protection juridique assurialia-avocats.be (2006-2011) », R.G.A.R., Larcier, 2013, p. 14950.).

GETUIGENIS

M.T., Ronse

Van het dekkingsplafond van 6.750 EUR, blijft er op dit moment "maar" 4.174 EUR excl. BTW over. Toen ik advies wou inwinnen bij mijn rechtsbijstandsverzekeraar X hebben zij mij direct doorverwezen naar een advocaat van mijn keuze omwille van belangenconflict (mijn ex-werkgever is verzekeringsmakelaar). Ik begrijp dat X zich onpartijdig wil houden, maar ik ben van mening dat dit financieel geen nadeel mag hebben voor mij. Indien X het nodige had gedaan, waren dit interne kosten en bleef het dekkingsplafond van 6.750 EUR onaangeroerd.

Het gebeurt soms ook dat de verzekerde het minnelijk beheer wordt ontzegd door de rechtsbijstandsverzekeraar door een **mogelijk belangenconflict**. In dat geval is het normaal dat de verzekeraar voorstelt om het dossier rechtstreeks aan een advocaat door te geven. Het minnelijk beheer dat dan wordt uitgevoerd door een advocaat brengt echter ook extra kosten met zich mee, die worden doorgerekend in het voorziene bedrag van de tussenkomst van de rechtsbijstandsverzekeraar. Dit bedrag is echter contractueel geplafonneerd. In die gevallen zou de verzekeraar de verzekerde volledig op de hoogte moeten brengen van de gevolgen van de directe aanstelling van een advocaat, zodat hij een weldoordachte keuze kan maken.

Kortom, het minnelijk beheer van het geschil door de verzekeringsonderneming biedt zeker voordelen en leidt vaak tot een goede afloop, maar regelmatig en correct communiceren met de verzekerde blijft hierbij ook van essentieel belang.

DE RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING IN EEN VERANDERDE SAMENLEVING

De weigering tot tussenkomst is een motief dat sterk is toegenomen in de vragen die in 2023 over de rechtsbijstandsverzekeraar aan de Ombudsman werden voorgelegd (+32%). Net als in het verleden stellen we vast dat bepaalde maatschappelijke evoluties niet voldoende duidelijk zijn omschreven in de algemene voorwaarden. Hierbij moeten niet noodzakelijk nieuwe mogelijke geschillen worden verzekerd, maar moet de omvang van de dekking nauwkeuriger worden gedefinieerd. Zo kwamen in 2023 verschillende consumenten aankloppen bij de Ombudsman over de weigering tot tussenkomst bij de **betwisting van een gemeentelijke administratieve sanctie**.

Administratieve sancties worden meer en meer gebruikt voor het vervangen van verkeersboetes, vooral bij parkeerovertradingen. Hoewel de betwisting van verkeersboetes doorgaans gedekt is, geldt dat niet voor administratieve sancties.

MEER WETEN

Verschuiven van de dekking van de administratieve sancties uitdrukkelijk uit, andere maken er geen duidelijke melding van.

De consument heeft vaak moeite om een onderscheid te maken tussen dergelijke sancties en boetes die vroeger onder de wegcode vielen. Hij roept hierbij in dat deze omschakeling als gevolg heeft dat verzekeraars niet langer tegemoetkomen voor gevallen die vroeger gedekt waren, en daardoor de dekking vermindert. Dit is nog moeilijker te begrijpen nu een beroep tegen deze sancties voor de politierechtbank komt. De Ombudsman pleit dan ook voor meer duidelijkheid in de polisvoorwaarden hierover.

Een andere situatie die vragen doet rijzen, is de **tussenkomst voor het fonds voor de medische ongevallen**. Sommige verzekeraars nemen de advocaatkosten voor de verdediging pas ten laste nadat het fonds de vergoeding heeft geweigerd of beperkt. De consument kan dus voorafgaandelijk alleen voor het fonds staan zonder bijstand van een advocaat of zelfs van een expert.

Bijstand tijdens deze procedure is nochtans aangewezen, aangezien vragen rond juridische begrippen, zoals schuld en aansprakelijkheid, reeds in deze fase verder worden onderzocht.

DE VERDEELSLEUTEL EN DE KERN VAN HET PROBLEEM

In bepaalde dossiers die aan de Ombudsman worden voorgelegd, heeft de consument een **gerechtelijke procedure opgestart waarvan slechts een deel onder de dekking valt**. Dit is veelal het geval bij een geschil met een (niet-gedekt) contractueel en een (gedekt) extracontractueel aspect.

De verzekeringsonderneming moet in dat geval niet alle gerechtskosten op zich nemen. De consument stelt zich echter vragen bij de verdeelsleutel die de verzekeraar gebruikt om het bedrag te bepalen dat hij concreet ten laste neemt. Die verdeelsleutel is niet vermeld in de algemene voorwaarden en de gebruikte criteria zijn niet altijd duidelijk.

MEER WETEN

Het werk van een advocaat kan op verschillende manieren worden opgesplitst: volgens de tijd die aan elk aspect wordt toebedeeld, het aantal pagina's conclusies, het aantal partijen, de financiële inzet ... In sommige dossiers heeft de Ombudsman een oplossing kunnen vinden op basis van gedetailleerde ereconnota's.

Het zou eenvoudig zijn, wanneer het geschil slechts gedeeltelijk gedekt is, om in de algemene voorwaarden aan te geven welke criteria er dan worden gebruikt om de tussenkomst van de verzekeraar te berekenen. Ook de sector zou algemene regels en relevante verdeelsleutels kunnen vastleggen om dit soort discussies te vermijden.

ANNULATIEVERZEKERING



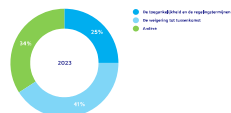
397
vragen tot tussenkomst

een daling van **19 %**

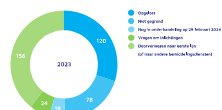
UITSPLITSING ANNULATIEVERZEKERING



MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 60% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

"VERTEL ONS WAT DE REDEN IS VOOR DE ANNULATIE VAN UW REIS EN WIJ ZEGGEN U OF U VERZEKERD BENT ..."

Er bestaan verschillende redenen om een reis te annuleren. Vaak is de consument niet op de hoogte dat enkel bepaalde redenen van annulatie zijn gewaarborgd in zijn reisannulatieverzekering. Bovendien bevatten de meeste contracten ook een aantal uitdrukkelijke uitsluitingen.

De tussenkomst van de verzekeraar kan op drie niveaus beperkt zijn.

MEER WETEN

Ten eerste zijn **bepaalde redenen voor annulatie door de consument niet verzekerd door het verzekeringscontract**. Het is dan ook van belang om zich goed te informeren over de verschillende producten. Voor een reis naar een land waar een visum of specifieke formulieren nodig zijn, is het

belangrijk om na te gaan of het risico op weigering van het visum wel gedekt is. Ook moeten er worden nagegaan of het land van bestemming niet uitdrukkelijk is uitgesloten. Er zijn bovendien verschillende situaties die zelden gedekt zijn, zoals de annulatie van een vlucht bij afwezigheid van de ploot.

Een andere beperking kan zich situeren in de **medische redenen** die de consument opgeeft voor annulatie. Ziektes die verband houden met alcoholverslaving, risico's in verband met een zwangerschap of psychologische aandoeningen worden dikwijls uitgesloten van dekking.

Tot slot **kan de tegemoetkoming zelf beperkt zijn**. Bepaalde formules dekken enkel de kosten ter plaatse en betalen geen (tussen)vluchten terug. Andere dekken de gevraagde terugkeer, maar niet de gedwongen verlenging van de reis.

De consument moet zich dus goed informeren om de formule te vinden die het beste bij zijn verwachtingen aansluit.

DEKT DE VERZEKERING GEKOPPELD AAN DE KREDIETKAART NIET ELKE REISANNULATIE?

GETUIGENIS (VERTAALD UIT HET FRANS)

P.C., Quartes

Ik boek een chalet in de Haute Savoie voor twee personen. Ik betaal het voorschot met MIJN creditcard. Mijn partner is slachtoffer van een ongeval (ambulance, MUG, ...); ik annuleer mijn boeking voor de reis op tijd om het saldo niet te moeten betalen. Het voorschot wordt echter niet terugbetaald ondanks alle stappen die we hebben ondernomen. Ik dien een schadeclaim in omdat ik 'gedekt' ben door de annulatieverzekering via mijn kredietkaart; het gevraagde bedrag is natuurlijk beperkt tot het betaald voorschot. Ik stuur alle officiële documenten op, gedateerd op 17 juli 2023. Antwoord van verzekeringsmaatschappij X: "Bij het lezen hiervan lijkt het erop dat u en uw partner niet op hetzelfde adres wonen. Als dit het geval is, is er helaas geen dekking. Kunt u ons de samenstelling van uw gezin op de schadedatum bezorgen?" Mijn antwoord aan X: "Ik deel uw standpunt niet: ik heb een vakantie geboekt in het buitenland voor 2 personen: mijn partner en ikzelf; ik heb deze reis betaald met MIJN kredietkaart omdat je geen hotelkamer kunt boeken voor 2 personen, die al dan niet op hetzelfde adres wonen, door met 2 aparte kaarten te betalen. Ik, en zij, waren niet in staat om deze reis te doen wegens het ongeval. Bedankt voor het heroverwegen van uw standpunt."

Sommige kredietkaarten omvatten een annulatieverzekering als bijkomend voordeel bij de kredietkaart. Dat is een verkoopargument om zich zo ook te onderscheiden van andere kredietkaarten. De formule houdt echter beperkingen in.

Uit de dossiers die aan de Ombudsman worden voorgelegd, blijkt dat de consument in het bankagentschap niet altijd op de hoogte is gebracht van de nuances van dit bijkomend voordeel. De aandacht gaat doorgaans alleen naar het bankaspect en niet specifiek naar de gekoppelde verzekering.

Dat kan leiden tot verkeerde verwachtingen bij de consument of zelfs een vals gevoel van veiligheid geven. Het is pas bij een schadegeval dat de consument de details van de verzekering ontdekt.

Een van de redenen voor de weigering tot tussenkomst is dat de reis niet werd betaald met de kredietkaart. Een andere vaak voorkomende betwisting is het aantal personen die gedekt zijn bij annulatie. Dat zijn voornamelijk de houder van de kredietkaart en mensen die onder hetzelfde dak wonen. De annulatie van een reis voor een groep vrienden kan dus leiden tot een tegemoetkoming die niet alle reizigers dekt.

Bovendien zijn die tegemoetkomingen vaak geplafonneerd en is het mogelijk dat ze niet de hele reissom dekken.

Het is bijgevolg aangewezen om zich te informeren over dit product, dat ongetwijfeld ook voordelig kan zijn in bepaalde omstandigheden. Het biedt echter dikwijls niet dezelfde reikwijdte als een specifieke annulatieverzekering waar uiteraard ook een bijhorende premie aan is gekoppeld.

BIJSTANDSVERZEKERING



267
vragen tot tussenkomst

een stijging van 26 %

UITSPLITSING BIJSTANDSVERZEKERING

155

2021

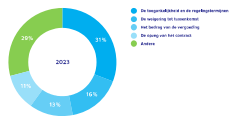
212

2022

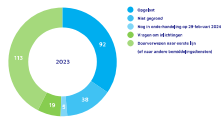
267

2023

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 71% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

EÉN REIS VERZEKEREN OF KIEZEN VOOR EEN JAARVERZEKERING: WEET WAT JE ONDERSCHRIJFT

Nu er in 2023 weer meer werd gereisd, kreeg de Ombudsman meer vragen tot tussenkomst in bijstandsverzekering. Eén bepaald motief van ontevredenheid maakt zijn grote comeback: de opzeg van het contract door de consument.

Verzekeringsondernemingen stellen verschillende formules voor naargelang de wens van de consument: een jaarlijkse bijstandsverzekering of een verzekering voor slechts één reis. Op websites van verzekeringsondernemingen wordt dit onderscheid ook vaak toegelicht bij een online onderschrijving.

De consument verliest daarbij soms uit het oog dat **een jaarcontract ook een stilzwijgende verlenging inhoudt**. Wanneer het contract niet correct en tijdig wordt opgezegd, wordt het automatisch met een jaar verlengd (Art. 85 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.).

MEER WETEN

In sommige gevallen is het interessanter om een jaarformule te onderschrijven in plaats van één reis te verzekeren. Consumenten kiezen dus voor de jaarlijkse formule maar vergeten om het contract tijdig op te zeggen. Wanneer de consument correct is geïnformeerd over de gevolgen van de gekozen formule kan de verzekeraar niets ten laste worden gelegd. De situatie is anders wanneer de onderschrijving plaatsvond zonder de aandacht te vestigen op de stilzwijgende verlenging, zoals vaak werd gezien in een reisagentschap.

Door de nieuwe regels over de opzeg zal dit type van klachten vermoedelijk verminderen. Een onachtzame of verkeerd geïnformeerde consument kan vanaf het tweede jaar het contract op ieder ogenblik opzeggen (Wet van 9 oktober 2023 tot vereenvoudiging van de opzeggingsregels voor verzekeringsovereenkomsten, B.S. 18 oktober 2023.).

DE ENE BIJSTANDSDEKKING IS DE ANDERE NIET

GETUIGENIS

F.S., Kuurne

Op 24 juli rond 23 u zijn we het slachtoffer van een hagelstorm aan het Gardameer. Rond middernacht krijgen we een heel vriendelijke medewerker van X aan de lijn. We melden dat er een paar ramen van de wagen zijn getroffen door een hagelbui alsook de spiegel aan de bestuurderszijde wat maakt dat het bijzonder onveilig is terug te keren naar België onder deze omstandigheden. De man kijkt alles na en meldt dat onze verzekering het repatriëren wel degelijk dekt en de wagen zal afgeslept worden en een vervangwagen aangeboden. Een collega zal terugbellen met het uur van aankomst van de depanneur morgen. De dag nadien meldt een collega dat X alsnog niet zal tussenkomen. Zijn collega zou een fout hebben gemaakt. De polisvoorwaarden bepalen immers dat een incident ten gevolge van natuurrampen waardoor het verzekerde voertuig niet meer in veilige omstandigheden kan rijden, is uitgesloten.

In 2023 kreeg de Ombudsman verschillende vragen over een weigering tot tussenkomst in bijstand. Elke bijstandsformule kan specifieke nuances en uitsluitingen hebben. Op die manier kan ze zich onderscheiden door bepaalde risico's wel of niet te dekken.

De Ombudsman kreeg bijvoorbeeld vragen als gevolg van de hevige hagel in het noorden van Italië in de zomer van 2023! ("Hagelstenen als citroenen in Noord-Italië, inferno in het Zuiden", De Standaard, 26 juli 2023.). Sommige verzekeraars sluiten schade door **natuurrampen** uit. Eigenaars van voertuigen, die zwaar beschadigd werden door de hagel, hebben dan ook geen beroep kunnen doen op hun bijstandsdekking.

Een dekking 'natuurrampen' in het kader van een bijstandsverzekering was in het verleden niet fundamenteel nodig. Door de toename van extreme klimaatfenomenen dreigt een dergelijke dekking in de toekomst wel relevanter te worden.

NIEUWE RISICO'S



1.081
vragen tot tussenkomst

een stijging van 75 %

ALLE RISICO'S MULTIMEDIA

534

2022

959

2023

ALLE RISICO'S (FIETS, JUWELEN, INTERNET, ...)

85

2022

60

2023

FIETSVERZEKERING*

0

2022

56

2023

INTERNETVERZEKERING*

0

2022

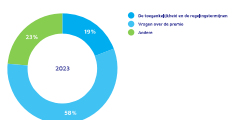
6

2023

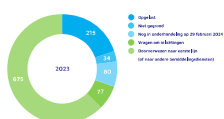
Totaal 2022 = 619 Totaal 2023 = 1.081

* Nieuwe categorie vanaf 2023

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 86% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

GSMVERZEKERINGEN: LIMieten, BEPERKINGEN EN FRUSTRATIES

De Ombudsman kende in 2023 een nieuwe opmars van vragen over gsm- en multimedieverzekeringen (+75%). Hoewel die stijging grotendeels verband houdt met een specifiek probleem van een welbepaalde speler moeten we toch ook vaststellen dat die producten voor heel wat frustratie zorgen bij de consument. Dit is in het bijzonder het geval bij het beheer van schadegevallen.

De premies van deze producten zijn vrij hoog zijn ten opzichte van het risico en de waarde van het verzekerde goed. De verwachtingen van de consument zijn bijgevolg ook hoog.

Vaak zijn de betrokken verzekeringsondernemingen buiten België gevestigd. Het beheer gebeurt via specifieke verkoopkanalen, vooral nevenverzekeringstussenpersonen in elektrozaak. De onderschrijving gebeurt bij de aankoop van de telefoon en de consument is doorgaans niet op de hoogte van de algemene voorwaarden, of kent zelfs de identiteit van de verzekeraar niet. Deze klachten kwamen reeds aan bod in de vorige jaarverslagen (Jaarverslag 2020 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be ; Jaarverslag 2022 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be) van de Ombudsman.

MEER WETEN

Eerst en vooral bepalen sommige verzekeringen dat de dekking verbonden is aan **de simkaart** en niet aan het toestel. Hierdoor is elke gsm die met die simkaart wordt gebruikt, gedekt. Het toestel is daarentegen niet gedekt zonder de simkaart. Sommige verzekeraars hebben hun tussenkomst geweigerd omdat de consument zich in het buitenland bevond en een lokale simkaart had gebruikt. In een welbepaald geval was het toestel net op de grond gevallen bij het wisselen van de simkaart.

De waarborg in geval van **diefstal** is ook voer voor discussie. De verzekeringsondernemingen dekken over het algemeen enkel diefstal met geweld. Geweld is niet altijd gemakkelijk te bewijzen en de beschrijving van de feiten in het proces-verbaal van de politie is hierbij doorslaggevend. Een gewone aangifte van verlies of diefstal is doorgaans niet voldoende om de omstandigheden te bewijzen. Daartegenover staat dat deze dekking ook gevoelig is voor pogingen tot fraude en dus voorzichtig moet benaderd worden.

Tot slot zijn er bepaalde formules die voorzien in een **vervanging van de beschadigde gsm** door een refurbished toestel. Dat leidt tot klachten over de kwaliteit van het vervangend toestel en over de duur van de procedure om deze vervanging te bekomen. Wanneer de vervanging niet heeft plaatsgevonden en een financiële vergoeding wordt gestort, stelt de Ombudsman tal van discussies vast over het bedrag ervan.

De Ombudsman wijst er dan ook opnieuw op dat om de algemene voorwaarden door te nemen,

FIETSVERZEKERINGEN: EEN PRODUCT DAT NOG NIET HELEMAAL OP WIELTJES LOOPT

Fietsen, en meer en meer de elektrische, nemen in ons dagelijks leven een steeds belangrijkere plaats in. Niet alleen worden ze meer en meer gebruikt, maar ook de waarde van deze fietsen is toegenomen. Dit leidt jammer genoeg ook tot een groter aantal diefstallen. De verzekeringssector surft mee op die evolutie en biedt nieuwe verzekeringsproducten aan om dit risico te dekken. Aangezien die producten nog heel recent zijn, staan ze nog in hun kinderschoenen.

De vragen bij de Ombudsman brengen tal van discussies teweeg over de interpretatie van de algemene voorwaarden. Die worden ook aangepast naarmate de praktijkervaring toeneemt.

Bij gebrek aan een wettelijk kader kunnen de voorwaarden sterk verschillen tussen verzekeringsondernemingen onderling. Zo kan er een onderscheid zijn in de dekking door de woonplaats van de verzekerde of zelfs het tijdstip waarop de dekking wordt toegekend.

De hoofdreden voor klachten is de weigering van tussenkomst bij **diefstal**. Het feit of de fiets werd beveiligd zoals voorzien in de polisvoorwaarden, lijkt hierbij doorslaggevend om te beslissen over de dekking. Als het bijvoorbeeld vereist is dat de fiets is vastgemaakt aan een vast voorwerp, kan de discussie betrekking hebben op het begrip "vast voorwerp".

MEER WETEN

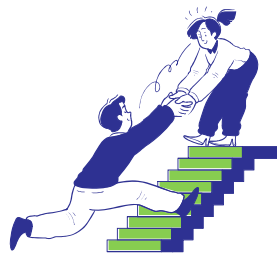
In verschillende dossiers was trouwens de oorzaak van de uitsluiting, die door de verzekeraar werd aangevoerd, niet in oorzakelijk verband (Art. 65 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) met de diefstal. Bij een fiets die is vastgemaakt met een slot dat aan de regels voldoet, maar niet aan een vast voorwerp, zou er sowieso sprake zijn van diefstal als wordt vastgesteld dat het slot is doorgezaagd.

Fietsen gestolen uit binnenruimten kunnen ook voer voor discussie zijn. De verzekeringsonderneming gaat na of er sporen van inbraak zijn of in welke mate de ruimte publiek toegankelijk is. Hoe zit het met ruimten die specifiek bedoeld zijn voor de stalling van fietsen en toegankelijk zijn voor een zeer beperkt aantal personen, zoals in een mede-eigendom?

Er moet worden opgemerkt dat dergelijke verzekeringsproducten doorgaans worden **verkoch**t in **fietswinkels** door nevenverzekeringstussenpersonen. Het gegeven advies is dikwijls vaag en de verkopers zijn niet altijd op de hoogte van de beperkingen of de vereisten van de verzekeringsondernemingen op het vlak van beveiliging. In die zin heeft de Ombudsman in een dossier vastgesteld dat de verzekering zelfs werd verkocht met een niet-conform slot.

Die producten zullen nog verder evolueren op basis van ingediende schadegevallen. Het is bijvoorbeeld nog te verwachten dat er discussies zullen rijzen over de diefstal van de onderdelen, zoals de batterij, wat al een invloed heeft op de ingediende klachten.

AANBEVELINGEN



Uit de analyse van alle ingediende dossiers kan de Ombudsman lessen trekken, die een inspiratiebron zijn om aanbevelingen te formuleren naar de sector of de overheid toe. Deze aanbevelingen vallen onder de preventierol van de Ombudsman.

De ervaring leert dat de aanbevelingen van de Ombudsman wisselend worden opgevolgd, afhankelijk van hun aard en draagwijdte. Soms onderneemt de sector zelf actie onder de vorm van een gedragscode. Andere aanbevelingen daarentegen vereisen een tussenkomst van de wetgever.

AANBEVELING VAN DE OMBUDSMAN

UITBREIDING MOGELIJKHEID RECUPERATIE ANTICIPATIEVE TAKS IN PENSIOSPAAARVERZEKERING

De consument, maar ook de sector, ondervindt moeilijkheden om een rechtzetting te laten uitvoeren van de taks die anticipatief wordt gelnd voor pensioenspaarverzekeringcontracten (doorgaans op de 60e verjaardag van de verzekeringnemer) zoals hierboven ook uitgelegd. De verzekeringnemer beseft dikwijls pas bij de vereffening (op zijn 65ste verjaardag) dat jaren voordien deze taks werd ingehouden. De termijn van twee jaar (Art. 202/8 Wetboek diverse rechten en taksen) om die taks terug te vorderen, wanneer de consument bijvoorbeeld geen belastingvermindering heeft genoten, wordt dan vaak overschreden.

Het probleem is gekend en de Ombudsman maakte er al melding van in het jaarverslag van 2005 (Jaarverslag 2005 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance.be, p. 101.). Nochtans zijn er bepaalde stappen die er toe kunnen leiden dat de consument nog tijd kan reageren.

VOLLEDIGE INFORMATIE OVER DE KORTE VERJARINGSTERMIJN

De Ombudsman stelt vaak vast dat de mededeling van de inhouding van de anticipatieve taks niet volledig of onvoldoende expliciet is. De complexe fiscaliteit in België zit daar zeker voor iets tussen. De Ombudsman pleit ervoor dat de consument duidelijke en nauwkeurige informatie krijgt, met vermelding van:

- het feit dat een anticipatieve taks wordt ingehouden
- het bedrag van de ingehouden taks
- de mogelijkheden en termijnen om de taks terug te vorderen.

Die informatie zou ook duidelijk zichtbaar moeten zijn op de jaarstaten die de verzekeringsonderneming aan de consument bezorgt.

VERLENGING VAN DE TERUGVORDERINGSTERMIJN

De huidige termijn van twee jaar is onvoldoende, vooral voor de consument die de jaarlijkse stand van zijn contract niet controleert. Door die termijn te verlengen, kunnen de gevolgen van het uitblijven van een snelle reactie beperkt worden. Een alternatief zou zijn om de verjaringstermijn te laten beginnen bij de vereffening van het verzekeringcontract.

AANPASSING VAN DE FISCALITEIT

Tot slot zou in een vrij complexe fiscale omgeving een eenvoudigere aanpak zowel de consument als de verzekeringsondernemingen ten goede komen. Door de informatie over de taks te centraliseren op een website en informatiebrouches te verstrekken, wordt het leven van de consument gemakkelijker.

De sector en de overheid worden aangemoedigd om aan deze punten te werken.

OPVOLGING VAN DE AANBEVELINGEN

In de vorige jaarverslagen wees de Ombudsman op een aantal knelpunten in de sector. Met tevredenheid stelt hij vast dat er een aantal oplossingen werden uitgewerkt.

GEWIJZIGDE OPZEGREGELS

De opzeg van het verzekeringcontract door de verzekeringnemer blijft vandaag een van de belangrijkste redenen voor vragen tot tussenkomst bij de Ombudsman. Gebrek aan flexibiliteit kwam reeds aan bod in het jaarverslag van 2018.

Met de wet van 9 oktober 2023 (Wet van 9 oktober 2023 tot vereenvoudiging van de opzeggingsregels voor verzekeringsovereenkomsten, B.S. 18 oktober 2023.) heeft de wetgever de opzeggingsregels in de contracten met stilzwijgende verlenging gewijzigd. De nieuwe regels treden in werking op 1 oktober 2024.

De wet bepaalt voortaan dat de consument in het eerste jaar het contract kan opzeggen tegen de jaarlijkse vervaldag door het minstens twee, in plaats van drie maanden, op voorhand aan de verzekeraar te melden. De verzekeringsonderneming blijft gehouden aan een termijn van drie maanden. Na dat eerste jaar kan de consument zijn contract op ieder ogenblik opzeggen met een termijn van twee maanden en moet hij niet meer wachten tot de vervaldag.

De wet biedt voortaan overigens de mogelijkheid om een opzeg te doen via andere middelen dan verzending van een aangetekende brief. Verzekeringsovereenkomsten kunnen hiervoor voor hun klanten een beveiligde digitale ruimte ter beschikking stellen of nieuwe communicatiemogelijkheden bieden.

SANCTIES BIJ ABNORMAAL LANGE TERMIJNEN

In zijn jaarverslag van 2022 (Jaarverslag 2022 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be) vestigde de Ombudsman de aandacht op de problematiek van de termijnen en de bereikbaarheid van de verzekeringsondernemingen, reden nummer één voor vragen tot tussenkomst. In zijn verslag van 2018 pleitte hij al voor een algemeen kader voor de regelingstermijnen.

In de wet van 17 maart 2024 (Wet van 17 maart 2024 betreffende de termijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties, B.S. 2 april 2024.) wordt dat kader geïntroduceerd. Naargelang het type verzekering kunnen de termijnen lopen vanaf de vraag tot schadevergoeding of vanaf het ogenblik waarop de verzekeraar in staat is om een regelingsvoorstel te doen.

De sancties kunnen bestaan uit wettelijke interesten, maar ook uit, na ingebrekestelling, een forfaitaire vergoeding van 300 euro per dag.

Deze wet zal ongetwijfeld een impact hebben op de regelingstermijnen vanaf de inwerkingtreding ervan op 1 oktober 2024. Op die manier zullen bepaalde dossiers kunnen worden gedeblokkeerd.

EEN WET EN EEN GEDRAGSCODE VOOR DE EXPERTISES

In zijn vorige verslagen (Jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, "Reglementeer het beroep van expert in de brandverzekering".) had de Ombudsman het regelmatig over problemen die konden ontstaan bij expertises in de tak brand, evenals het gebrek aan transparantie in de besluiten van de experts. Hij heeft precieze aanbevelingen geformuleerd.

Zowel de sector, vertegenwoordigd door Assuralia, als de wetgever hebben zich over de kwestie gebogen, met als resultaat zeer concrete maatregelen.

De wet van 3 mei 2024 houdende diverse bepalingen inzake economie (I), gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 31 mei 2024 voegde hiervoor artikel 121/1 toe in de wet betreffende de verzekeringen. Die wijziging leidt tot een aantal principes en verplichtingen voor experts en tegenexperts op het vlak van verzekeringen.

De verzekeringsondernemingen moeten aan de consument vooraf bepaalde informatie verstrekken, zoals de identificatie van de expert, de gedragscode die hij heeft ondertekend en het bestaan van een bedenktijd.

De wet kadert ook de verplichtingen van de tegenexperts met betrekking tot hun opdracht en de vergoeding die ze kunnen krijgen.

De inhoud van de expertiseverslagen kan in de toekomst bij koninklijk besluit worden vastgelegd.

Tegelijk wordt door de sector de laatste hand gelegd aan een gedragscode voor de brandexperts voortbouwend op de conclusies van de Ombudsman. Deze code bevat ook een informatieplicht van de expert naar de verzekerde, maar bepaalt ook de verhouding tussen de expert en de verzekeraar, om onbegrip in de toekomst te voorkomen.

De Ombudsman is verheugd over deze initiatieven, die een stap in de goede richting zijn.

VERDUIDELIJKING VAN HET WETTELIJK KADER OVER DE OMBUDSMAN

Hoewel de grote meerderheid van de sector zich loyaal houdt aan de procedure tot regeling van de klachten die aan de Ombudsman worden toevertrouwd, hield artikel 322 van de wet op de verzekeringen geen echte verplichting tot samenwerking in.

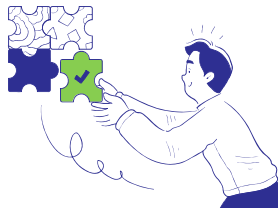
Bovendien vloeide de schorsing van de invordering en van de verjaringstermijn bij de opening van een dossier bij de Ombudsman voort uit boek XVI van het wetboek van economisch recht betreffende de gekwalificeerde entiteiten voor buitengerechtelijke schaderegeling, maar was die schorsing niet uitdrukkelijk opgenomen in de wet betreffende de verzekeringen.

In het verleden had dit maar weinig impact, maar door het statuut te creëren van nevenverzekeringstussenpersoon en door de commercialisering van verzekeringen door bedrijven buiten België, werd het opportuun om die principes toe te lichten in de wet betreffende de verzekeringen,

De wijziging van artikel 322 door de wet van 3 mei 2024 houdende diverse bepalingen inzake economie (I) leidt nu tot een homogene tekst. De verplichting om samen te werken aan de procedure geldt nu voor alle spelers in de sector. Transparantie in het verstrekken van documenten wordt ook uitdrukkelijk vermeld, waardoor de Ombudsman de mogelijkheid krijgt om elk document op te vragen dat verband houdt met de onderzochte vraag, en indien nodig er ter plaatse kennis van kan nemen.

Met deze preciseringen zal het in de toekomst zeker gemakkelijker worden om de vragen tot tussenkomst te onderzoeken.

ALGEMENE INFORMATIE



BUDGET VAN DE OMBUDSDIENST VERZEKERINGEN

De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een vereniging zonder winstoogmerk, waarvan de statuten werden gepubliceerd op 9 oktober 2006.

Zoals voorzien in artikel 11 van de statuten van de VZW (www.ombudsman-insurance.be), wordt het budget voor de werkingskosten van de Ombudsdienst jaarlijks goedgekeurd door de Algemene Vergadering. De Raad van Bestuur bepaalt het bedrag en de verdeling van de bijdragen tussen de leden.

Het algemeen budget voor 2023 bedraagt 2.361.112,55 euro, dat is onderverdeeld in twee categorieën:

Personeelskost: 1.980.395,56 euro

Werkingskost: 380.716,99 euro

De jaarrekeningen worden jaarlijks goedgekeurd door de bedrijfsrevisor en worden, zoals voorzien door de wetgeving, bij de Nationale Bank van België neergelegd onder het ondernemingsnummer 0884.072.054 (<http://cri.nbb.be/bc9/web/catalog?execution=e1s1>).

BEHANDELINGSTERMIJNEN

De wetgeving omtrent de buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen (Wet van 4 april 2014 houdende de invoering van Boek XVI, "Buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen" in het Wetboek van economisch recht, B.S. 12 mei 2014.) legt strikte behandelingstermijnen voor een klacht op. Op deze basis moet het advies worden geformuleerd binnen de 90 dagen. Bij een complex dossier kan deze termijn eenmalig worden verlengd met een zelfde duurtijd. De totale behandelingstermijn mag dus maximum 180 dagen bedragen.

Op 29 februari 2024, had de Ombudsman 7.972 dossiers afgesloten van de 8.301 ontvangen dossiers. In 2023, was de gemiddelde doorlooptijd voor de behandeling van een dossier, dat verder werd onderzocht, 62 dagen. Deze termijn bedroeg 61 dagen voor dossiers tegenover verzekeringsondernemingen, 63 dagen voor dossiers tegenover verzekeringstussenpersonen en 81 dagen voor dossiers tegenover Datassur.

NETWERKEN

De Ombudsdienst van de Verzekeringen maakt deel uit van nationale en internationale netwerken van alternatieve geschillenregeling.

IN BELGIË

- POOL
www.ombudsman.be
- www.consumerconnect.be
<https://consumerconnect.be/>
- BELMED (online platform van FOD Economie voor de buitengerechtelijke regeling van geschillen)
www.belmed.fgov.be
- De consumentenombudsdienst
North Gate II
Koning Albert II-laan 16
1000 Brussel
www.consumentenombudsdienst.be

IN EUROPA

- Onlinegeschillenbeslechting van de Europese Commissie
www.ec.europa.eu/odr
 - FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)
www.ec.europa.eu/fin-net
- In 2023 ontving de Ombudsman 6 vragen tot tussenkomst via het FIN-NET netwerk en stuurde zelf 6 aanvragen door.



STERK OMBUDSWERK!

Consumenten en ondernemingen die een geschil op een snelle, goedkope en laagdrempelige manier willen oplossen, kunnen daarvoor terecht bij 14 gekwalificeerde entiteiten, waaronder 10 ombudsdiensten. Elke dienst treedt op als onafhankelijke en onpartijdige tussenpersoon in zijn sector.

De overgrote meerderheid van de consumenten en ondernemingen vindt zijn weg rechtstreeks naar de bevoegde ombudsdienst. Consumenten en ondernemingen die niet weten waar ze hun geschil aanhangig kunnen maken, kunnen terecht bij de Consumentenombudsdienst, die het sluitstuk vormt van de buitengerechtelijke geschillenregeling in België.

Aan het hoofd van de Consumentenombudsdienst staat geen ombudsman, wel een directiecomité dat bestaat uit tien ombudsmannen uit de zes geregeerde sectoren. De Consumentenombudsdienst overlegt ook regelmatig met de Europese collega's als lid van TRAVEL_NET, het netwerk van ADR-entiteiten uit de reissector en met de residuaire ADR-entiteiten uit Duitsland, Oostenrijk en het Groothertogdom Luxemburg. In België is de COD lid van Ombudsman.be, het Belgische netwerk van de ombudsmannen. Deze relaties dragen bij tot een betere werking van de COD.

Om het ombudswerk een nog breder draagvlak te geven, en beter bekend te maken bij het publiek schreven de sectorale ombudsdiensten een nieuw memorandum met vier aandachtspunten:

IEDERE BELANGRIJKE ECONOMISCHE SECTOR HEEFT ZIJN EIGEN GEKVALIFICEERDE ENTITEIT.

De Consumentenombudsdienst moet zijn residuaire karakter behouden, maar kan nieuwe gekwalificeerde entiteiten begeleiden bij de opstart met kennis en expertise.

DE BURGER HEEFT RECHT OP EEN STERKE CONSUMENTENOMBUDSDIENST.

Dit houdt in dat deze beschikt over:

- a. een gezicht: de Consumentenombudsman,
- b. een onafhankelijke, autonome en efficiënte structuur,
- c. een financiering aangepast aan zijn behoeften en
- d. een betere bekendheid bij de economische spelers.

EEN MEDEWERKINGSPLICHT VOOR ONDERNEMINGEN AAN BUITENGERECHTELIJKE GESCHILLENREGELING IS DE BESTE GARANTIE OP OPLOSSINGEN.

De adviezen van ombudsmannen zijn niet bindend voor de ondernemingen, maar hun medewerking moet afdwingbaar zijn.

OMBUDSMANNEN EN GEKVALIFICEERDE ENTITEITEN WORDEN BETROKKEN BIJ REGELGEVENDE INITIATIEVEN DIE HUN DIENSTEN AANBELANGEN.

Als voorbeeld: de omzetting van de aangepaste ADR-richtlijn of van de richtlijn representatieve vorderingen moet in samenspraak gebeuren.

IN EEN NOTENDOP



HET JAARVERSLAG 2023 IN 10 PUNTEN!



1

EVOLUTIE EN RESULTAAT VAN DE AANVRAGEN

In 2023 ontving de Ombudsman 8.301 vragen tot tussenkomst. Dit is een stijging van 5% ten opzichte van 2022. De Ombudsman kon in 59% van de onderzochte geschillen een oplossing bekomen. Deze toename wordt voornamelijk vastgesteld in de gsmverzekering, met een sterke stijging van de klachten over SFAM, dat inmiddels failliet is.

**2**

BIJZONDERE AANDACHT VOOR DE ONDERTEKENING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

De Ombudsman wordt meer en meer gecontacteerd door consumenten die zich niet herinneren dat ze een bepaald verzekeringcontract hebben onderschreven. Bij nader onderzoek blijkt dat ze dit dikwijls toch hebben ondertekend maar via digitale weg en niet helemaal hebben stilgestaan bij de impact ervan. Er bestaan ondertussen meerdere vormen van ondertekening, die allemaal een andere vorm van beveiliging met zich meebrengen.

**3**

LICHTE VERBETERING IN DE TOEGANKELIJKHEID EN DE TERMIJNEN

In 2023 stelt de Ombudsman in het algemeen een lichte daling met 4% vast van de klachten over de opvolging van de vragen van de consument door de verzekeraar. Toch maken ze nog 27% van alle vragen tot tussenkomst uit. Er is een verbetering in de brandverzekering en in de autoverzekering. Andere verzekeringstakken doen het minder goed. Bij verder onderzoek blijkt dat er hier voornamelijk een gebrek is in de communicatie met de consument. De nieuwe wetgeving over de regelingstermijnen in verzekeringen, die in werking treedt in oktober 2024, zal hier een verbetering inbrengen.

**4**

BRANDVERZEKERING: DE KOUDE DOUCHE VAN DE ONDERVERZEKERING

Onderverzekering kan een aanzienlijke impact hebben op het bedrag van de vergoeding. Deze kan vermeden worden door het invullen van een evaluatierooster bij het aangaan van de brandverzekering. Dit systeem is voornamelijk gebaseerd op het aantal ruimtes, die de verzekerde heeft meegedeeld. Fouten hierin of het niet aanpassen van dit aantal ruimtes na een renovatie of verbouwing, kunnen leiden tot onderverzekering.

**5**

ZIEKTEVERZEKERING: SLUIT TIJDIG DE TANDVERZEKERING AF!

In 2023 ontving de Ombudsman meer vragen over de weigering tot tussenkomst in ziekteverzekering (+28%). Een groot deel van die weigeringen heeft betrekking op de tandzorgverzekering. Orthodontiebehandelingen zijn niet meer weg te denken de laatste jaren. Het moment van onderschrijving van de verzekering blijft echter van cruciaal belang. Sommige consumenten onderschrijven een verzekering nadat de tandarts heeft aangegeven dat hun kind later orthodontie nodig zal hebben. Dit kan leiden tot een weigering door de verzekeraar wegens voorafbestaande aandoening.

**6**

RECHTSBIJSTAND: MINNELIJK BEHEER GRAAG! ZOLANG HET EFFICIËNT BLIJFT...

De Ombudsman wordt regelmatig gecontacteerd door de consument over het beheer door de rechtsbijstandsverzekeraar tijdens de minnelijke fase van het geschil. Alvorens een dossier toe te vertrouwen aan een advocaat, proberen verzekeraars het conflict met de tegenpartij minnelijk op te lossen. Dit minnelijk beheer kan voordelig zijn, niet alleen op economisch vlak maar ook om de gerechtelijke achterstand te verminderen. Soms is het echter niet meer haalbaar als bijvoorbeeld de tegenpartij niet meer reageert of strafrechtelijk wordt vervolgd.

**7**

ANNULATIEVERZEKERING: DEKT DE VERZEKERING GEKOPPELD AAN DE KREDIETKAART NIET ELKE REISANNULATIE?

Sommige kredietkaarten omvatten een annulatieverzekering als bijkomend voordeel. De consument is in de veronderstelling dat deze verzekering tussenkomst verleent voor elke reden tot annulatie van de reis. Meestal zijn er echter beperkingen, waardoor er toch geen of een gedeeltelijke tussenkomst is, zoals de wijze waarop de reis werd betaald, de gedekte personen en de maximale vergoedingsgrens.

**8**

DE NIEUWE RISICO'S: FIETSVERZEKERING, EEN PRODUCT DAT NOG NIET HELEMAAL OP WIELTJES LOOPT

Fietsen, en meer en meer de elektrische, nemen in ons dagelijks leven een steeds belangrijker plaats in. Niet alleen worden ze meer en meer gebruikt, maar ook de waarde van deze fietsen is toegenomen. Dit leidt jammer genoeg ook tot een groter aantal diefstallen. De verzekeringssector surft mee op die evolutie en biedt nieuwe verzekeringsproducten aan om dit risico te dekken. Aangezien deze producten nog heel recent zijn, staan ze nog in hun kinderschoenen. De belangrijkste reden van de ingediende dossiers is de weigering van tussenkomst bij diefstal. De verzekeraar verleent in het algemeen maar tussenkomst als de fiets is vastgemaakt aan een vast voorwerp.

**9**

OPVOLGING VAN VORIGE AANBEVELINGEN

De reeds geformuleerde tips van de Ombudsman hebben de wetgever het afgelopen jaar geïnspireerd. Enkele belangrijke stappen vooruit :

- De opzegregels werden gewijzigd
- De regelingstermijnen werden gekaderd
- De expertise in brandverzekering werd gereguleerd en een gedragscode verschijnt binnenkort

**10**

AANBEVELING VAN DE OMBUDSMAN: UITBREIDING MOGELIJKHEID RECUPERATIE ANTICIPATIEVE TAKS IN PENSIOENSPAARVERZEKERING

Pensioenspaarverzekeringen worden in de meeste gevallen op de 60-jarige leeftijd onderworpen aan de anticipatieve taks. Wanneer de consument echter geen fiscaal voordeel heeft genoten tijdens het pensioensparen, is deze taks niet verschuldigd. De consument kan dan om een rechtzetting vragen. De termijn hiervoor is beperkt tot twee jaar vanaf de inning van de taks op 60 jaar. De taks kan bijgevolg niet meer worden teruggevorderd bij de vereffening van het kapitaal op 65 jaar. De Ombudsman stelt enkele denkpistes voor om deze onaangename verrassing voor de consument te vermijden: :

- een duidelijke en transparante informatie over de inning van deze taks en de korte terugvorderingstermijn
- verlenging van de terugvorderingstermijn
- een centralisatie van de informatie over deze taks.



de Meeûssquare 35
1000 Brussels

Fax : 02/547.59.75

Design