

JAARVERSLAG 2024

De Ombudsman van de Verzekeringen publiceert naar goede gewoonte zijn jaarverslag. Het huidige verslag herneemt de algemene tendenzen van de ontvangen aanvragen van 2024. 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 Barsy
OMBUDSMAN

Net zoals de afgelopen jaren blijft de dialoog tussen de verzekeringssector en het grote publiek moeizaam verlopen. Of het nu gaat om het taalgebruik of de visuele voorstelling, de algemene voorwaarden van verzekeringspolissen zijn voor de meeste van onze medeburgers geen aangename lectuur.

Door de jaren heen zien we wel verbeteringen, sommige door de inspanningen van de sector zelf, andere opgelegd door de wetgever. Zo zijn er bijvoorbeeld het verplicht gebruik van de IPID-fiches die een betrouwbare samenvatting van de algemene voorwaarden van de verzekeringspolis aan de verzekerde moeten geven, de sectorengagementen rond "klare taal" en de initiatieven van de toezichthouder, de FSMA, op het gebied van consumentenvoorlichting.

Desondanks blijft er een spanningsveld bestaan tussen de verzekeringssector, die een specifieke en technische taal gebruikt, en de consument, die niet altijd genoeg kennis heeft om alle aspecten van zijn verzekeringsportefeuille te begrijpen.

Een uitgebreidere financiële educatie op onder meer de scholen, waarin ook de basisbegrippen van verzekeringen aan bod komen, blijft dan ook een belangrijk streefdoel.

Het overgrote deel van de aanvragen die de consument bij de Ombudsman van de Verzekeringen indient, vloeit voort uit een verstoorde of stopgezette dialoog tussen de partijen. Indien mogelijk en efficiënter, stuurt de Ombudsman voor een snelle oplossing het dossier door naar de dienst klachtenbeheer bij de verzekeraar zelf. Een groot aantal dossiers kon op deze manier in 2024 worden opgelost.

De dossiers die we zelf in onderzoek nemen, worden door onze dienst op onpartijdige wijze onderzocht. De verduidelijkingen die aan artikel 322 van de verzekeringswet zijn aangebracht aan het einde van de vorige legislatuur, vergemakkelijken al dit werk.

In 2024 werd onze dienst opnieuw meer dan 8.000 keer gecontacteerd door de consument. De belangrijkste redenen van de aanvragen blijven de regelingstermijnen en de bereikbaarheid. De wetgever heeft een kader met sancties uitgewerkt om de behandelingstermijnen in de verzekeringssector te versnellen. We volgen deze problematiek verder op en zijn alvast benieuwd of deze wet in de toekomst een positieve weerslag zal hebben op het dossierbeheer of dat dit effect eerder beperkt zal blijven, zoals helaas het geval is voor de reeds bestaande maar te weinig gebruikte sancties in bepaalde verzekeringstakken.

Een tweede grote hervorming, die eind 2024 werd ingevoerd, handelt over de versoepelde mogelijkheden om een verzekeringscontract op te zeggen. De opzeg van de verzekeringscontracten was in het verleden steeds een belangrijk motief van de klachten zodat we ook de uitwerking van deze nieuwe wetsbepalingen nauwgezet opvolgen. Opmerkelijk hierbij was dat de overgangsbepalingen al voor verwarring zorgden.

We hopen dat deze nieuwe wetgevingen en de inspanningen rond financiële educatie zullen leiden tot een betere communicatie tussen de partijen en bijgevolg ook tot een vermindering van het aantal vragen bij de Ombudsman.

Dit rapport geeft u een overzicht van onze activiteiten in 2024.

Veel leesplezier!

KERNCIJFERS



We noteren een status quo in het aantal aanvragen bij de Ombudsman. In 2023, was er evenwel een sterke stijging van de aanvragen door de onwettige domiciliëringen die de onderneming "SFAM" heeft doorgevoerd.

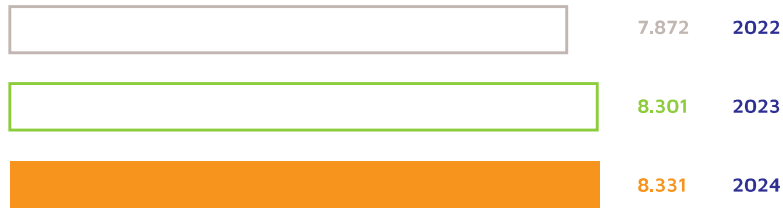
GLOBALE CIJFERS

8.331
vragen tot tussenkomst

een status quo

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

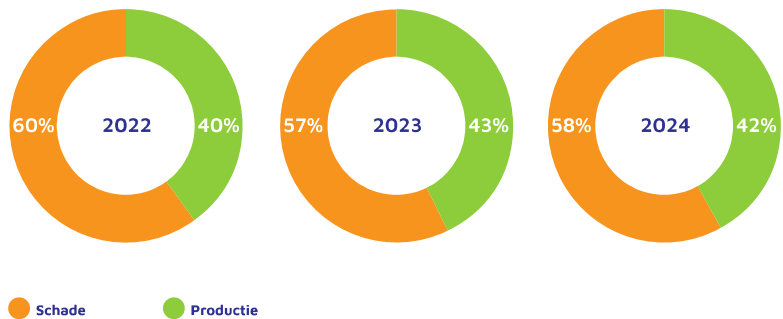
VRAGEN TOT TUSSENKOMST



ONDERZOCHE DE DOSSIERS



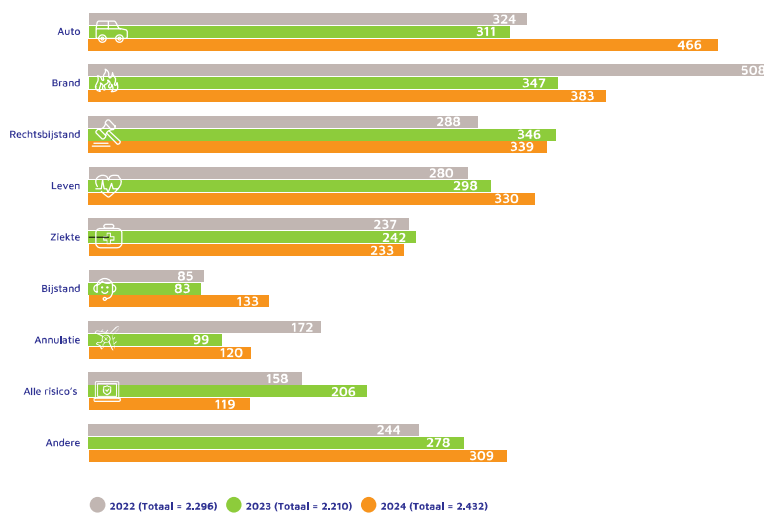
VERDELING PRODUCTIE/SCHADE



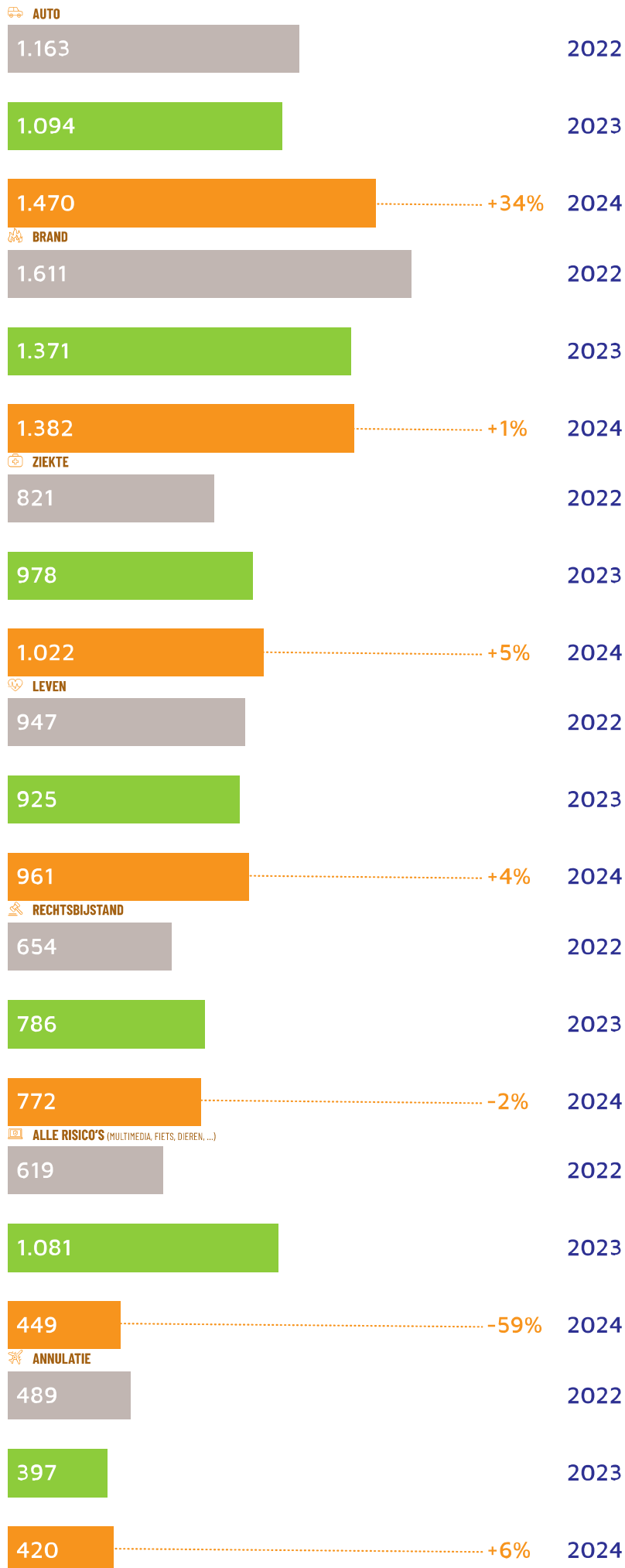
Opnieuw zijn er meer vragen over de afhandeling van de schadegevallen dan over het beheer van de verzekeringscontracten.

DE BEHEERSTERMIJNEN EN DE BEREIKBAARHEID

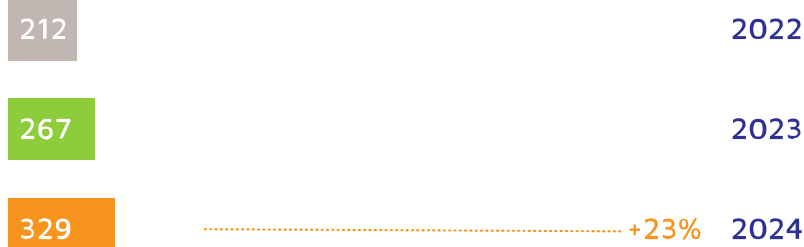
De Ombudsman stelt in 2024 opnieuw een toename van 10% van het aantal aanvragen over de beheers- en antwoordtermijnen en de bereikbaarheid van de verzekeraar vast. Hoewel dit motief in 2023 verbeterde, overtreft het aantal aanvragen in 2024 dat van 2022. Een nieuwe wet (Wet van 17 maart 2024 betreffende de termijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties, B.S. 2 april 2024.) betreffende de regelingstermijnen van schadegevallen in verzekeringen trad in 2024 in werking. De Ombudsman volgt deze problematiek en de toepassing van de nieuwe wet in 2025 verder op.



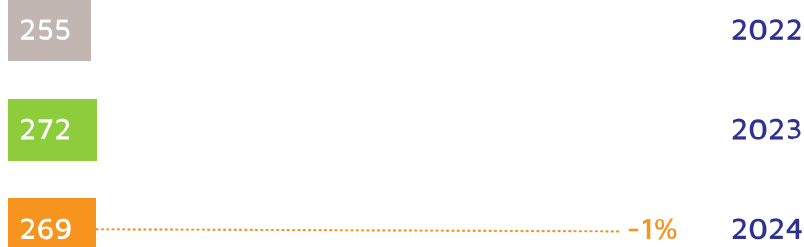
UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK



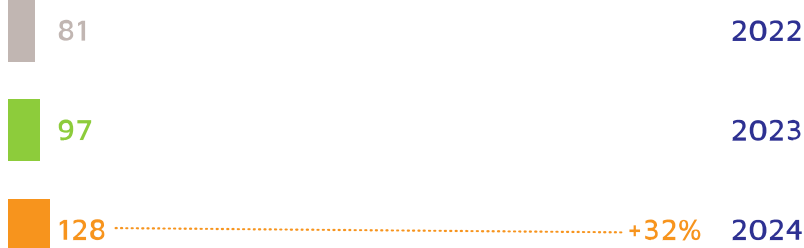
🔍 BIJSTAND



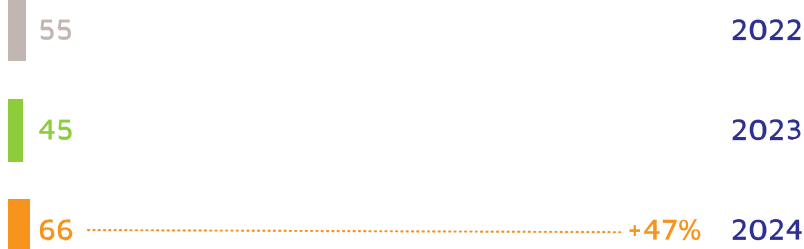
🔍 BA DIVERSEN



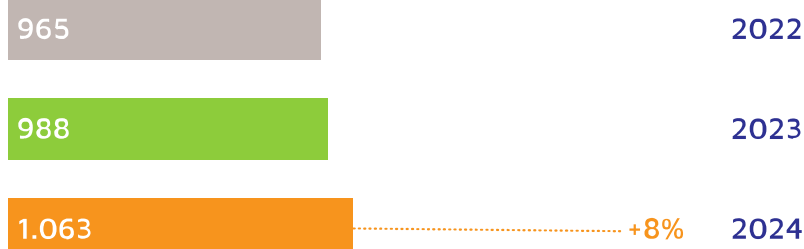
🔍 ARBEIDSONGEVALLEN



🔍 ONGEVALLEN

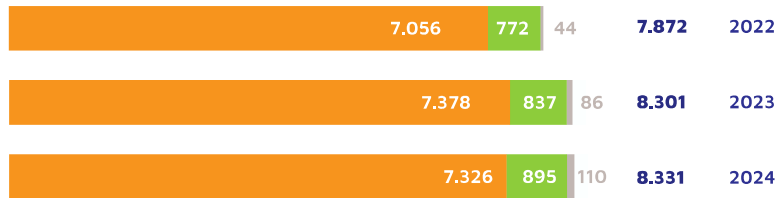


🔍 DIVERS (TAK NIET OMSCHREVEN)



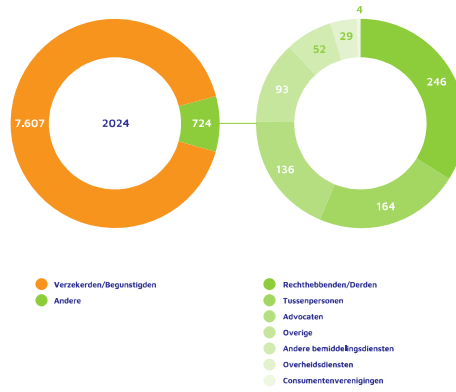
● Totaal 2022 = 7.872 ● Totaal 2023 = 8.301 ● Totaal 2024 = 8.331

SPREIDING



● Verzekeringsondernemingen
 ● Verzekeringstussenpersonen
 ● Datassur
 ● Totaal

OORSPRONG



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

RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Van de 8.331 vragen tot tussenkomst, die in 2024 werden geregistreerd, heeft de Ombudsman er 3.736 onderzocht. Op 15 maart 2025 waren hiervan 3.451 dossiers afgesloten. **In 57% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.**

In 43% van de onderzochte dossiers is de vraag niet gegrond. In dat geval kreeg de consument een duidelijke en precieze toelichting hieromtrent. 285 dossiers van 2024 (3%) waren op 15 maart 2025 nog in onderhandeling. In 2.987 gevallen (36%) heeft de Ombudsman de consument doorverwezen naar de klachtendiensten van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen en in 588 gevallen naar een andere bemiddelingsdienst.

De consument heeft zich in 724 dossiers (9%) tot de Ombudsman gericht voor inlichtingen en informatie. Dankzij het neutrale en objectieve advies van de Ombudsman kon een klacht worden vermeden. 588 vragen (7%) vielen buiten de bevoegdheid van de Ombudsman. Ten slotte werden slechts 16 dossiers (< 1%) afgesloten tegen het advies van de Ombudsman.


VERZEKERINGSONDERNEMINGEN

7.326
vragen tot tussenkomst

een status quo

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

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

	7.056	2022
	7.378	2023
	7.326	2024

UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

 AUTO

1.018

2022

910

2023

1.275

2024

 BRAND

1.478

2022

1.226

2023

1.215

2024

 ZIEKTE

762

2022

911

2023

928

2024

 LEVEN

774

2022

785

2023

840

2024

 RECHTSBIJSTAND

608

2022

748

2023

724

2024

 ANNULATIE

432

2022

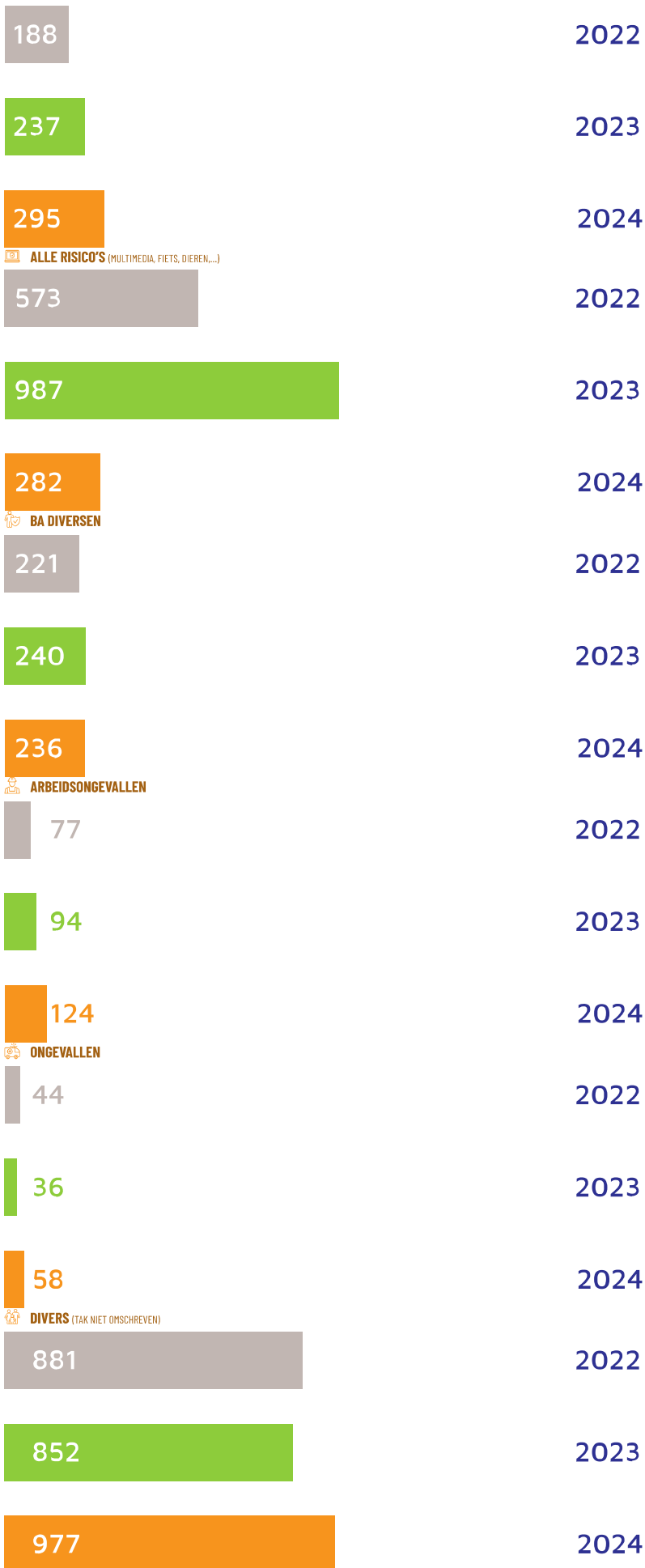
352

2023

372

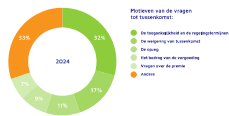
2024

 BIJSTAND



● Totaal 2022 = 7.056
 ● Totaal 2023 = 7.378
 ● Totaal 2024 = 7.326

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Op 15 maart 2025 had de Ombudsman 2.924 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In **56% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing**. In 2.665 gevallen (36%) heeft de Ombudsman hem doorverwezen naar de interne klachtendiensten van de verzekeraars.

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN

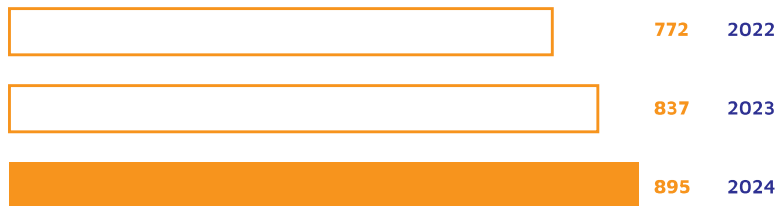
895

vragen tot tussenkomst

een stijging van 7%

11% van de vragen tot tussenkomst handelt over de verzekeringstussenpersonen.

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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



AUTO



BRAND



LEVEN



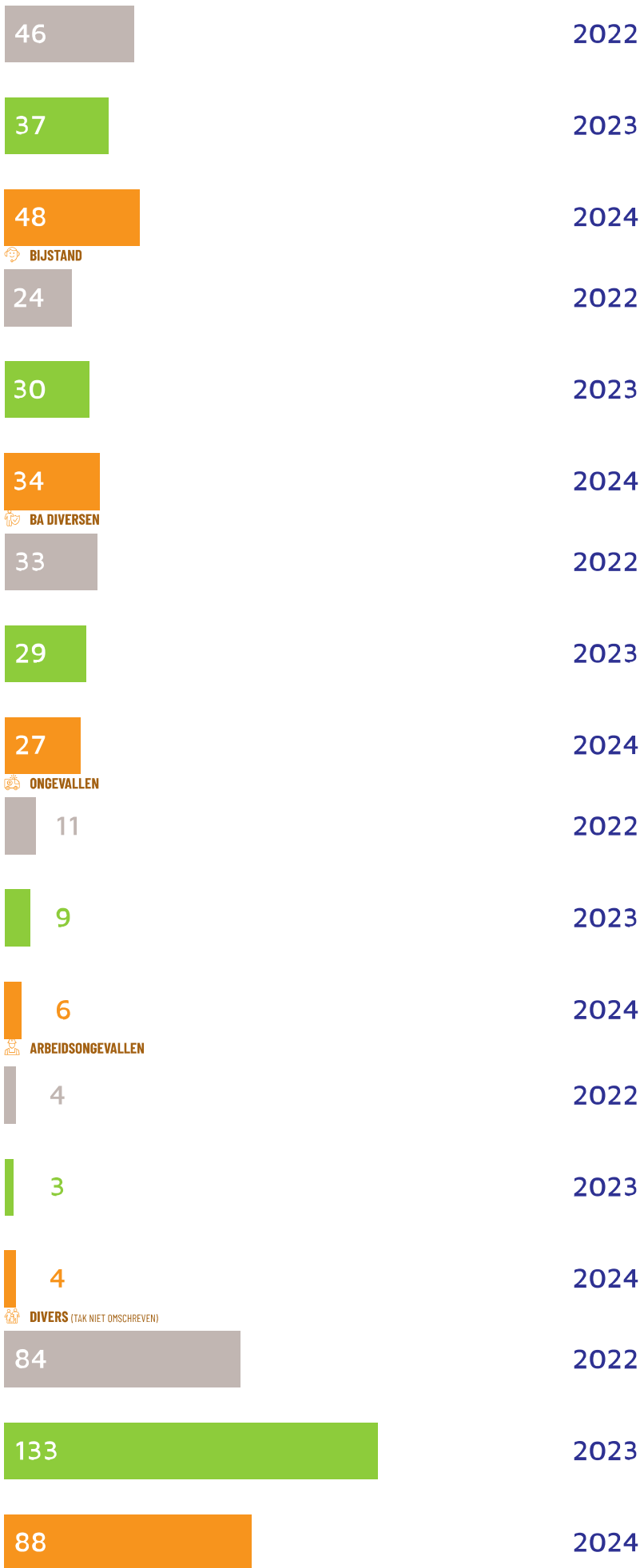
ZIEKTE



ANNULATIE

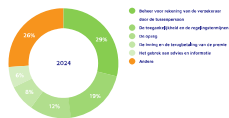


RECHTSBIJSTAND



● Totaal 2022 = 772 ● Totaal 2023 = 837 ● Totaal 2024 = 895

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



Op 15 maart 2025 had de Ombudsman 424 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 60% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.** De Ombudsman heeft de consument in 29% van de gevallen doorverwezen naar de tussenpersoon zelf.

DATASSUR

110
vragen tot tussenkomst

een stijging van 28%

Datassur is een coöperatieve vennootschap die onder meer gegevensbanken beheert. Datassur registreert de gegevens die de verzekeringsondernemingen bezorgen op basis van objectieve criteria zoals de opzeg van een contract wegens de niet-betaling van de premie, de schadelast of de bewezen fraude.

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

 **AUTO**



 **BRAND**



 **BA DIVERSEN**



 **RECHTSBIJSTAND**



 **DIVERS (TAK NIET OMSCHREVEN)**



● Totaal 2022 = 44 ● Totaal 2023 = 86 ● Totaal 2024 = 110

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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 eerst terug doorverwezen naar Datassur zelf.

Op 15 maart 2025 had de Ombudsman 38 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In 23 (61%) van deze dossiers ontving de consument een oplossing.

NAAR EEN UNIFORME AANPAK VAN DE REGISTRATIE BIJ DATASSUR

De aanvragen over het RSR-bestand, dat door Datassur wordt beheerd, zijn met 28% toegenomen. Verzekeringsmaatschappijen lijken hun verzekeringsportefeuilles nauwgezet op te volgen, wat onder meer leidt tot een groter aantal opzeggingen na een schadegeval. Daarnaast worden de rechten bij een registratie en de mogelijkheid om te betwisten de laatste jaren ook duidelijker toegelicht, waarvan de consument gebruik maakt.

Los hiervan stelt de Ombudsman ook een **verschil in de behandeling** vast tussen de verzekeraars bij de inschrijvingen in het RSR-bestand en bij de schrapping van de registratie. Sommige verzekeringsondernemingen registreren niet automatisch, maar alleen bij bijzondere of zwaardere omstandigheden, terwijl andere verzekeraars meer systematisch registreren. Het risico om in het RSR-bestand te worden opgenomen, kan dus afhangen van de verzekeraar die het contract opzegt.

De Ombudsman constateert ook een verschil in de behandeling door verzekeringsondernemingen bij het schrappen van de registratie. Bij sommige verzekeraars wordt de registratie onmiddellijk geschrapt zodra de fout, zoals de niet-betaling van de premie, is rechtgezet. Andere ondernemingen handhaven de registratie zelfs na betaling, omdat zij van mening zijn dat er geen volledige goede trouw aanwezig is bij een laattijdige betaling. Daarnaast beschouwen bepaalde verzekeringsmaatschappijen de registratie bij Datassur als een sanctie voor de verzekerde.

Ten slotte heeft de Ombudsman in bepaalde dossiers vastgesteld dat er een registratie gebeurde bij de opzeg van het contract op de vervaldatum. Dit is echter niet toegelaten volgens de richtlijnen van Datassur.

MEER WETEN

Deze verschillen in behandeling verzwakken het doel van de registratie in het RSR-register van Datassur, namelijk het informeren van de sector over bepaalde verhoogde risico's. De kwaliteit van deze gegevens kan worden aangetast bij een automatische registratie van elke opzeg waardoor de zwaardere risico's minder zichtbaar wordt. Bovendien kan een verzekeraar die weinig registraties uitvoert, een striktere interpretatie hebben van de geregistreerde risico's.

De Ombudsman heeft dit probleem besproken met Datassur en bevestigde dat een goede werking alleen mogelijk is als de richtlijnen van Datassur op uniforme wijze door de sector worden toegepast. Bijgevolg bracht Datassur de inschrijvingsprincipes via een circulaire in herinnering aan haar leden en blijft de correcte toepassing ervan nagaan door middel van periodieke audits.

FINANCIËLE EDUCATIE EN INFORMATIE



FINANCIËLE EDUCATIE EN INFORMATIE, EEN UITDAGING VOOR DE SECTOR

Verzekeringstaal met een complex jargon en begrippen is niet altijd gemakkelijk te begrijpen voor de consument, die vaak een leek is. De verzekerde beschikt niet altijd over de noodzakelijke vaardigheden om verzekeringscontracten te begrijpen en is hierdoor dikwijls ontgoocheld wanneer hij botst op een weigering tot vergoeding van een verzekeraar.

Meer **financiële educatie tijdens de schoolcarrière** zou een grote rol kunnen spelen. Hierbij kunnen de initiatieven van de FSMA in het kader van Wikifin worden toegejuicht.

Daarnaast zette de sector in op **vereenvoudiging** van de verzekeringsteksten. Deze stappen moeten uiteraard worden voortgezet. Het initiatief **Klare taal** (A. Pauwels, "Beleidsnota Klare Taal: relaas van een boeiende taalreisi!", Assurinfo, 31 maart 2022; zie ook "Opvolging van de aanbevelingen", jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen, www.ombudsman-insurance-annualreport.be.) van Assuralia legt de aandacht op twee aspecten: de visuele voorstelling van de verzekeringscontracten en het vermijden van interpreteerbare begrippen. Een (verzekeringst)tekst waarin de kernpunten gemakkelijk te vinden zijn en die voor iedereen begrijpelijk is, vormt een waardevol hulpmiddel.

Daarnaast kan een geschikt hulpmiddel gevonden worden bij de IPID- en KID-documenten (Art. 284 en 295 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.). Deze moeten verplicht worden overhandigd aan de consument bij het onderschrijven van een contract en zijn bedoeld om de consument te informeren over het verzekeringsproduct en/of een vergelijking tussen de verschillende producten te vergemakkelijken. Helaas is de kwaliteit van deze documenten niet steeds uniform, waardoor bijvoorbeeld de IPID-fiche haar informatiedoel niet bereikt en de verzekeringnemer soms misleidt over de reikwijdte van het contract. Dit is bijvoorbeeld het geval als de IPID-fiche enkel de belangrijkste **uitsluitingen** van het contract herneemt en zo een verkeerde indruk kan geven over de werkelijke omvang van het contract.

De Belgische verzekeringsmarkt beschikt trouwens ook over een groot aantal **professionals** bij de tussenpersonen of bij de verzekeringsondernemingen om de consument zo volledig mogelijk te adviseren en bij te staan met een verzekeringsvraag.

Het gebrek aan financiële kennis en begrip van verzekeringscontracten komt voor in alle verzekeringstakken.

MEER WETEN

In de **brandverzekering** stelt de Ombudsman regelmatig vast dat dubbelzinnige of identieke begrippen verschillend worden geïnterpreteerd door verzekeraars. Bijvoorbeeld, de begrippen "leiding", "dak", "normale termijn van heropbouw", "nieuwwaarde" worden niet bij elke verzekeraar op dezelfde manier ingevuld.

In de **autoverzekering** rijzen er regelmatig vragen over het feit dat de consument bij een online-onderschrijving geen rechtsbijstandsverzekering afsluit. Alleen de autoverzekering is wettelijk verplicht en de rechtsbijstandsverzekering wordt vaak om financiële redenen achterwege gelaten. De consument realiseert zich hierbij niet dat de autoverzekering alleen zijn eigen aansprakelijkheid dekt. Bij een aansprakelijkheidsdiscussie is de rechtsbijstandsverzekering echter essentieel om zijn eigen schade te kunnen verhalen op de tegenpartij. Zonder deze verzekering staat de verzekerde er vaak alleen voor en kan hij zo een vergoeding mislopen.

In de **levensverzekering** ziet de Ombudsman nog regelmatig dat de consument deze verzekering gebruikt als een spaarboekje zonder rekening te houden met de gedekte risico's zoals het overlijdensrisico, bijvoorbeeld in het kader van een uitvaartverzekering. De premies, die worden betaald om dit risico te dekken, worden niet gespaard en genereren geen interesten. Bovendien kunnen de gevolgen van een voortijdige beëindiging van de verzekering, met de bijbehorende fiscale lasten en kosten, leiden tot een negatief rendement.

Een goede financiële educatie en passend advies zijn dan ook essentieel voor de consument om de juiste financiële beslissingen te nemen.

SNELLER OPZEGGEN, WANNEER IS DAT MOGELIJK?



GETUIGENIS (VERTAALD UIT HET FRANS)

N.H., Brussel

Op 20/04/2006 (bijna 19 jaar geleden) heb ik een autoverzekering afgesloten bij X. Omdat ik van verzekeraar wilde veranderen, heb ik op 18/01/2025 een aangetekende opzegbrief gestuurd, met een opzegtermijn van 2 maanden. X bevestigt in een brief van 27/01/2025 dat zij de opzeg aanvaardt op de vervaldag van het contract, namelijk 20/04/2025, wat neerkomt op een opzegtermijn van 3 maanden. Bij het lezen van de nieuwe wijziging van de verzekeringswet op de website van de FOD Economie, merk ik dat er twee scenario's zijn:

- Ofwel een opzeg vóór de eerste jaarlijkse vervaldatum (= nieuw contract).
- Ofwel een opzeg na de stilziggende verlenging.

In mijn geval bevinden we ons in de tweede situatie (aangezien het contract 19 jaar geleden is afgesloten) en kan ik mijn contract op elk moment en zonder kosten opzeggen, mits een opzegtermijn van twee maanden.

Vervolgens lees ik dat "een stilziggend verlengbaar contract van de tak niet-leven, dat door de consument vóór 1 oktober 2024 is afgesloten en stilziggend verlengd vanaf 1 oktober 2024, op elk moment en zonder kosten kan worden opgezegd".

X beweert dat er een overgangjaar is om de wet toe te passen en dat men moet wachten tot de vervaldatum van het contract (namelijk 20/04/2025) voordat de nieuwe wetgeving van kracht wordt. Dit is echter niet mijn interpretatie van de wet.

Bijna één op de tien aanvragen handelt over de opzeg van het verzekeringscontract en dit motief blijft dus een belangrijke bron van de ingediende dossiers bij de Ombudsman. Dit motief komt voor in alle takken, maar voornamelijk in de autoverzekering, in de brandverzekeringen en in minder mate in de ziekteverzekeringen.

Op 1 oktober 2024 is de nieuwe wet over de opzeg van een verzekeringscontract (Art. 85 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014, gewijzigd door de wet van 9 oktober 2023 tot vereenvoudiging van de opzeggingsregels voor verzekeringsovereenkomsten, B.S. 18 oktober 2023.) in werking getreden. Voortaan kan de verzekeringsnemer zijn verzekeringscontract vanaf het tweede jaar van het contract op elk moment opzeggen met een **opzegtermijn van 2 maanden**.

De inwerkingtreding van deze wet werd met veel ongeduld afgewacht en biedt mogelijk een oplossing voor de klachten die de Ombudsman al jarenlang registreert. Vlak na de inwerkingtreding van de wet ontving de Ombudsman echter al vragen van de consument over de **overgangsbepalingen** van deze wet.

De wet treedt in werking op de eerste dag van de twaalfde maand na haar publicatie in het Belgisch Staatsblad en is van toepassing op contracten die vanaf die datum zijn afgesloten of stilziggend verlengd. De vraag die zich vervolgens stelt was vanaf wanneer precies de consument de verkorte opzegtermijn kan vragen: moet hij wachten op een nieuwe verlening van het verzekeringscontract na 1 oktober 2024 of is het voldoende dat het contract al vóór 1 oktober is verlengd (met dus een onmiddellijke toepassing van de wet vanaf 1 oktober 2024)? Indien de consument moet wachten op een nieuwe verlenging, wordt de inwerkingtreding van de wet, die al een jaar was, nog verder uitgesteld.

Andere vragen handelen over het exacte toepassingsgebied van de wet en meer in het bijzonder of deze nieuwe wet ook van toepassing is op de **ziekteverzekering**. De wet lijkt de ziekteverzekeringen uit te sluiten van dit systeem van vereenvoudigde opzeg omdat het geen stilziggend verlengbare contracten betreffen in de zin van artikel 85 § 1 van de verzekeringswet. De niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringen lopen immers in principe levenslang (Art. 203 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.).

De voorafgaande besprekingen in de Commissie voor Verzekeringen (Advies van 10 maart 2022 van de Commissie voor Verzekeringen over de regeling van de opzegging van verzekeringsovereenkomsten, het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen teneinde het voor de consumenten mogelijk te maken een verzekeringsovereenkomst na een looptijd van één jaar zonder kosten en zonder boete op te zeggen en het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen teneinde bij de overdracht van autoverzekeringen de nieuwe verzekeraar de overstep te laten regelen, www.fsma.be.) en de voorbereidende werken van de wet vermelden deze uitzondering voor ziektekostenverzekeringen niet. Het leek eerder vanzelfsprekend dat deze contracten ook onder de nieuwe bepalingen van de wet vielen.

De Ombudsman heeft de mogelijke interpretaties van deze twee onderwerpen voorgelegd aan de verzekeringssector. Deze volgt de suggesties niet en geeft de voorkeur aan een strikte toepassing van de wet. De Ombudsman betreurt deze minimalistische lezing en gebrek aan flexibiliteit. Wat is het nut van het behouden van een verzekeringscontract van een verzekerde die het contract wil beëindigen omdat de vertrouwensrelatie is verbroken of gewoon omdat hij de premie niet meer kan betalen?

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**.

895
vragen tot tussenkomst

een stijging van 7 %

772

2022

837

2023

895

+7 % 2024

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

EEN GOED GEDOCUMENTEERD KLANTENDOSSIER VOORKOMT KLACHTEN

De wetgeving voorziet dat een verzekeringstussenpersoon een klantendossier (Art. 290 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) moet opstellen, maar in de praktijk is dit dossier vaak onvolledig. Dit dossier moet alle communicatie bevatten die de tussenpersoon met zijn klant heeft uitgewisseld, de verzamelde informatie over zijn klant en de contractuele documenten. Dergelijk dossier is voor de tussenpersoon essentieel om te kunnen bewijzen dat hij zijn verplichtingen als adviesverstrekker heeft nageleefd alsook om bepaalde wijzigingen in de verzekeringsportefeuille van zijn klant te kunnen motiveren of over te dragen naar een nieuwe tussenpersoon.

Hierbij is het belangrijk dat het document "analyse van de verlangens en behoeftes (Art. 284 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.)" melding maakt van **zowel de gevraagde als de geweigerde dekkingen**, vooral wanneer het advies van de tussenpersoon niet wordt gevolgd. Bijvoorbeeld, het toelichten dat de verzekerde geen diefstalverzekering wenst in een brandverzekering of geen omniïumdekking voor een nieuw voertuig, en met de reden hiertoe, kan de niet-onderschrijving van deze producten rechtvaardigen.

Het is daarnaast ook onvoldoende om de verkoop van een verzekering te verantwoorden door alleen te vermelden dat de verzekerde het product wenst, vooral voor deze waarvan de omvang sterk kan variëren, zoals rechtsbijstandsverzekeringen.

Goed samengestelde klantendossiers kunnen dus geschillen met de verzekeringstussenpersoon vermijden. Een professional die geen volledig dossier kan voorleggen, kan aansprakelijk worden gesteld. De bewaartermijn van deze documenten is trouwens soms ook een discussiepunt: volgens sommigen is deze 5 jaar vanaf de datum van het opstellen van het document; volgens anderen gedurende de gehele looptijd van het contract plus 5 jaar. Aangezien verzekeringscontracten vaak voor periodes langer dan 5 jaar worden afgesloten, is het aangewezen om de informatie na 5 jaar te behouden terwijl het contract nog loopt.

DE ROL VAN DE TUSSENPERSON BIJ EEN SCHADEGEVAL

Verzekerden zijn vaak beperkt geïnformeerd over de rol van hun tussenpersoon bij een schadegeval en hierover bestaan er geen duidelijke richtlijnen. Sommige kantoren zorgen voor een actieve opvolging, terwijl anderen alleen als postbus fungeren en de ontvangen brieven doorsturen. Er ontstaan ook informatieproblemen wanneer de communicatie door de verzekeringsonderneming beperkt is en de tussenpersoon deze niet aanvult voor zijn klant.

Een **verduidelijking van de geleverde service door de tussenpersonen** bij een schadegeval zou beter aan de verwachtingen van de consumenten voldoen. Zo is het bijvoorbeeld aangewezen om schriftelijk de rol van de tussenpersoon te duiden bij een schadegeval waarbij de taakverdeling tussen de tussenpersoon en de verzekeraar wordt gespecificeerd.

Bovendien, wanneer een tussenpersoon het **beheer van een schadegeval voor de verzekeraar** uitoefent, moet hij ook de risico's van ontevredenheid van zijn klant dragen. De toename van de aanvragen over schadegevallen die door tussenpersonen worden afgehandeld (+ 60%) is vooral opmerkelijk in de tak **alle risico's multimedia**. Deze dossiers worden vaak beheerd door ondernemingen die als tussenpersonen zijn geregistreerd maar geen rechtstreeks contact hebben met de klanten bij de verkoop en zich uitsluitend bezighouden met de afhandeling van schadegevallen. De belangrijkste waargenomen problemen zijn de lange verwerkingstijden, het leveren van gereviseerde GSM's zonder garantie, niet gekende uitsluitingen van dekking en weigeringen van dekking zonder objectieve elementen.

PER VERZEKERINGSTAK



AUTOVERZEKERING



1.470

vragen tot tussenkomst

een stijging van 34 %

BA AUTO



OMNIUM

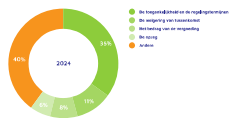


DIEFSTAL

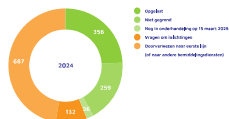


● Totaal 2022 = 1.163 ● Totaal 2023 = 1.094 ● Totaal 2024 = 1.470

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 58% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

KLEINE TEKORTKOMINGEN, GROTE FRUSTRATIES

Het aantal dossiers over de administratieve opvolging in de autoverzekering is in 2024 verdubbeld. In dit kader registreerde de Ombudsman talrijke vragen over de schadeattesten en de inschrijving van het voertuig.

Dikwijls is dit gelinkt aan de **moeilijke bereikbaarheid van de verzekeringsonderneming of de tussenpersoon**. Wanneer de verzekerde geen antwoord krijgt op deze eenvoudige maar dringende verzoeken, wendt hij zich vaak tot de Ombudsman.

MEER WETEN

De communicatiemiddelen veranderden de laatste jaren, waarbij er steeds meer gebruik wordt gemaakt van online toepassingen. Tegelijkertijd kan dit leiden tot onvolledige of gebrekkige informatie. In die zin stelde de Ombudsman bijvoorbeeld vast dat het belang van het onderschrijven van een rechtsbijstandsverzekering bij de onderschrijving van een autoverzekering niet steeds goed wordt toegelicht. Een gelijkaardige problematiek is ook te vinden bij het beheer van de premiebetaling. Dit komt bijvoorbeeld regelmatig voor bij betaling via maandelijkse domiciliëring of bij kilometerverzekeringen. Ook in het schadebeheer ziet de Ombudsman gelijkaardige frustraties omdat de verzekerde niet altijd is geïnformeerd over de stappen die zijn verzekeraar onderneemt.

Het gaat vaak om vragen die snel kunnen worden opgelost en geen complexe juridische analyse vereisen. In deze gevallen wijst de Ombudsman de consument veelal door naar de diensten klachtenonthaal binnen de betrokken onderneming.

DE OMNIUMWAARBORG IN HET LEASINGCONTRACT: « CECI N'EST PAS UNE ASSURANCE »

Leasingscontracten voorzien in het algemeen, voor de dekking van materiële schade, een financiële bijdrage ten laste van de huurder in plaats van een echte verzekering. Zie ook R. VANBERGEN, "Leasingovereenkomst en autoverzekering", Verzekeringsnieuws, maart 2025, nummer 3.). Ook al worden in deze contracten de begrippen premie, vrijstelling of verzekering gebruikt, vallen ze hierdoor toch niet onder de verzekeringswetgeving.

MEER WETEN

De contractvoorwaarden, die leasingsmaatschappijen hanteren, zijn immers niet altijd vergelijkbaar met de voorwaarden van een verzekeringscontract. Sommige leasingscontracten dekken de materiële schade bij totaal verlies voor een bepaalde periode zonder afschrijving of vrijstelling. De consument is echter niet altijd correct geïnformeerd dat hieraan een voorwaarde is gekoppeld: de vrijstelling valt weg wanneer hij overgaat tot een aankoop van een voertuig van hetzelfde merk. Zo niet, zal er alsnog een vrij hoge vrijstelling worden aangerekend.

Daarnaast stelt de Ombudsman vast dat voor andere waarborgen, zoals voor de burgerlijke aansprakelijkheid en voor de rechtsbijstand, de leasings- en rentingmaatschappijen onder het statuut van de tussenpersonen vallen met de bijbehorende verplichtingen en sancties. Deze hybride situatie is verwarrend voor de consument.

De Ombudsman van de Verzekeringen is trouwens niet bevoegd voor aspecten die buiten de verzekeringswetgeving vallen en moet in die gevallen de klager doorverwijzen naar de Consumentenombudsdienst.

BRANDVERZEKERING



1.382

vragen tot tussenkomst

een status quo

BRAND



WATERSCHADE



STORM



DIEFSTAL



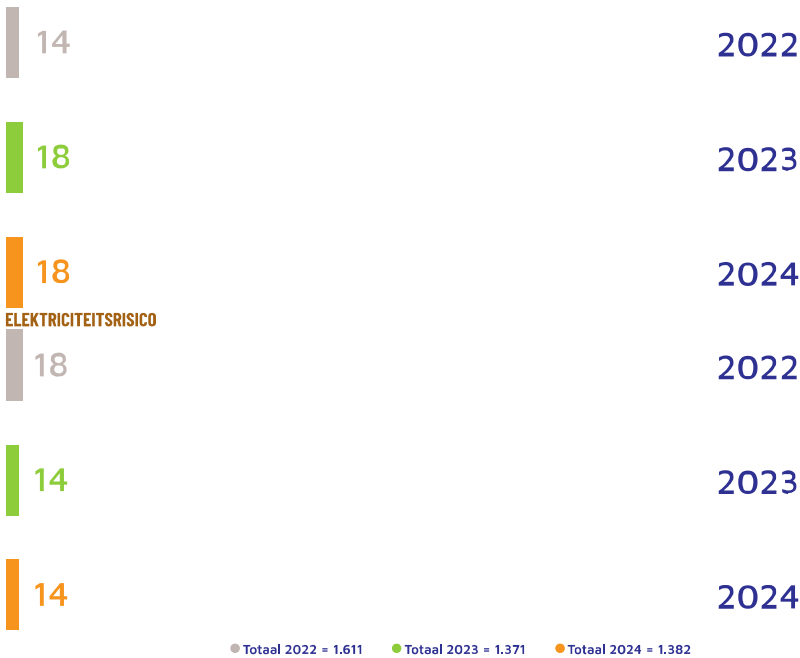
NATUURRAMPEN



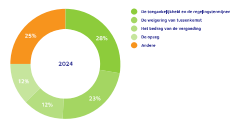
GLASBREUK



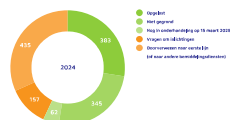
BA GEBOUW



MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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

WANNEER DE WAARBORG WATERSCHADE STILAAAN OVERLOOPT...

In 2024 steeg het aantal aanvragen bij de Ombudsman over waterschade aanzienlijk. Deze handelen voornamelijk over drie motieven: het bedrag van de vergoeding, de omvang van de schade en de communicatie.

In het kader van het bedrag van de vergoeding, stelt de verzekerde zich regelmatig vragen over het feit dat hij geen hersteller kan vinden tegen **het tarief dat de expert van de verzekeringsmaatschappij bepaalde**. De verzekeringsexpert roept hierbij in dat hij zich baseert op de marktprijzen zonder een ondernemingen voor te stellen die tegen deze tarieven werkt. Andere experts weigeren de schade te becijferen zonder een bestek of betwisten het bestek zonder een alternatief voor te stellen.

Ook het optreden van meerdere schades kan leiden tot vragen wanneer er telkens ook een **vrijstelling** wordt aangerekend. Sommige polisvoorwaarden voorzien hiervoor exacte bepalingen, andere contracten leggen dan weer de nadruk op de oorzaak van de schade. Schades, die soms enkele meters van elkaar verwijderd zijn, kunnen één enkele oorzaak hebben, zoals een lekkend dak. Het is aangewezen om de polisvoorwaarden na te lezen vooraleer men akkoord gaat met de toepassing van meerdere vrijstellingen.

Wat betreft de omvang van de schade, blijkt het niet altijd eenvoudig te zijn wat moet worden verstaan onder vergoedbare schade en onder **esthetische schade**. Bij schade aan een muur, moeten alle muren van de kamer worden aangepakt, enkel de beschadigde muur of slechts het beschadigde deel van de muur? Om tot een akkoord te komen moet er worden gestreefd naar een oplossing die visueel past in het geheel. Sommige specifieke contracten voorzien wel in een geplafonneerde dekking van de esthetische schade, maar er blijft discussie over de invulling van de begrippen esthetische schade en sleet.

In geval van betwisting over het schadebedrag, moet de verzekeraar het onbetwistbaar deel al betalen (Art. 121 § 2 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) en een tegenexpert voor de verzekerde voorstellen. De verzekeraar moet bovendien de kosten van de expert voorschieten. Wanneer deze handelingen vertraging oplopen, bestaat het risico dat de bestekken, die aan een geldigheidsduur zijn onderworpen, vervallen.

Ten slotte kan de communicatie tussen de verschillende partijen moeizaam verlopen, vooral wanneer meerdere verzekeraars betrokken zijn, wat soms leidt tot tegenstrijdige **expertiseverslagen**.

Bovendien wordt het wantrouwen van de verzekerde aangewakkerd wanneer de verzekeraar weigert om het volledig expertiseverslag aan hem te bezorgen. Op dat moment krijgt hij de indruk dat de verzekeraar informatie achterhoudt om niet te moeten tussenkomen in het schadegeval. Een nieuwe gedragscode ("Gedragscode voor experts", www.assurallia.be, treedt in werking op 1 juli 2025.), die voorziet dat de expert de nodige uitleg geeft om de verzekerde te laten begrijpen hoe het schadebedrag wordt bepaald, zou dit wantrouwen kunnen wegnemen.

Ten slotte stelt de Ombudsman een gebrekkige communicatie vast bij de waarborg "**herstel in natura**". Sommige verzekeraars beslissen eenzijdig deze waarborg toe te kennen zonder de objectieve criteria hierover mee te geven. Dit kan opnieuw leiden tot een verschil in behandeling voor de vergoeding van de verzekerden, met bijkomende frustratie en onbegrip van de consument.

DUBBELE VERZEKERING: TE VEEL VAN HET GOEDE?

De Ombudsman werd in 2024 ook opnieuw gecontacteerd door de consument die vaststelt dat hij dubbel verzekerd is voor hetzelfde risico en soms jarenlang twee premies heeft betaald. Hij wil dan één van de verzekeringscontracten annuleren en de (dubbel) betaalde premies hiervoor recupereren.

Men stelt deze situatie doorgaans vast na een verhuis, een scheiding, een overlijden of bij een wijziging van een verzekeraar waarbij de opzeggingsformaliteiten werden vergeten of verkeerd werden uitgevoerd. De Ombudsman onderzoekt in deze dossiers ook de eventuele aansprakelijkheid van de tussenpersoon, die mogelijk het dossier niet goed heeft opgevolgd.

In de praktijk ontstaat er bij deze dubbele dekking dikwijls discussie over de terugbetaling van de premie. De verzekeraar beperkt deze terugbetaling soms tot drie jaar. Hij roept ook in dat de twee polissen toch niet volledig gelijk zijn, maar dat de kleine verschillen in de algemene voorwaarden van de twee contracten de dubbele verzekering rechtvaardigen.

Doordat dergelijke dubbele verzekering vrijwel geen bijkomend risico bezorgt aan de verzekeraars, zoekt de Ombudsman dan ook naar een billijke oplossing die verder kan gaan dan een terugbetaling van drie jaarpremies, gebaseerd op de verjaringstermijn. De vraag tot terugbetaling van de betaalde premies kan worden beschouwd als een terugvordering van een onverschuldigde betaling, waarvoor de verjaringstermijn 10 jaar bedraagt en niet als een rechtsvordering die uit een verzekeringspolis ontstaat waarvoor de verjaringstermijn 3 jaar bedraagt, art. 2262bis, oud B.W.).

Aangezien de minimumvoorwaarden (K.B. van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft, B.S. 31 december 1992.) voor alle verzekeringsondernemingen gelden, moeten kleine verschillen in de algemene voorwaarden immers dienen om zich te onderscheiden van de concurrentie, maar niet om het behoud van een dubbele verzekering te rechtvaardigen.

ZIEKTEVERZEKERING



1.022
vragen tot tussenkomst

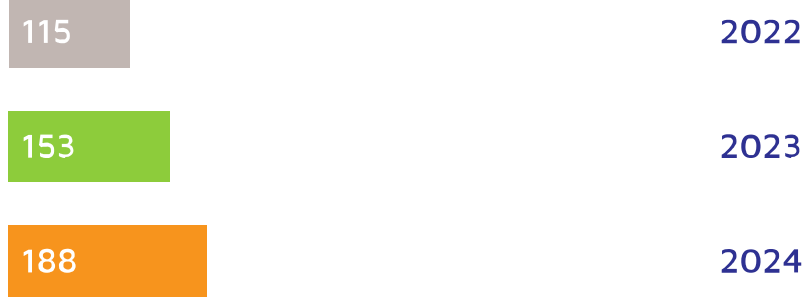
een stijging van 4 %

NIET-BEROEPSGEBONDEN

ZIEKTEVERZEKERING



GEWAARBORGD INKOMEN



BEROEPSGEBONDEN

ZIEKTEVERZEKERING



TANDVERZEKERING



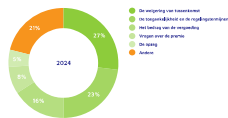
SPECIFIEKE DEKKING

(WACHTVERZEKERING, AMBULANTE KOSTEN...)



● Totaal 2022 = 821 ● Totaal 2023 = 978 ● Totaal 2024 = 1.022

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 58% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

HET OPTREKKEN VAN DE WETTELIJKE PENSIOENLEEFTIJD: GEVOLGEN VOOR DE VERZEKERING GEWAARBORGD INKOMEN

GETUIGENIS

L.F., Brasschaat

Mijn cliënt is bij X verzekerd middels een polis gewaarborgd inkomen. Deze polis loopt reeds van 01/09/2001 en loopt tot mijn cliënt 65 jaar is. Op het moment dat de polis werd afgesloten was dit namelijk de wettelijke pensioenleeftijd.

Echter, de wet van 10 augustus 2015 verhoogt de wettelijke pensioenleeftijd geleidelijk aan tot 67 jaar in 2030. Ook op mijn cliënt heeft dit een invloed, verzekerde moet namelijk werken tot 66 jaar, een jaar langer dan de looptijd van zijn polis gewaarborgd inkomen. Mijn cliënt valt bijgevolg een geheel jaar zonder dekking van zijn polis gewaarborgd inkomen.

Bovendien is mijn cliënt 4% arbeidsongeschikt, dit door een (...) in 2008. Hij verkrijgt bijgevolg een uitkering van zijn verzekering gewaarborgd inkomen ten belope van (...) EUR per maand. Voorgaande problematiek zorgt er bijgevolg voor dat mijn cliënt eveneens een jaar lang zonder deze uitkering zal vallen.

Mijn cliënt is niet de enige die in zulk geval terechtkomt. ASSURALIA, de Beroepsvereniging van de Verzekeringsondernemingen, heeft getracht tegemoet te komen aan deze leemte door een gedragscode op te stellen. Binnen de grenzen bepaald in de gedragscode verbinden verzekeraars zich er middels deze gedragscode toe om, binnen een periode van 3 jaar te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van deze gedragscode, de verzekeringsnemers voor te stellen om een verzekering gewaarborgd inkomen met een verlengde eindtermijn te sluiten (artikel 3, §1 Gedragscode).

Mijn cliënt deed hiervoor navraag bij X, zij antwoordden als volgt: "Aangezien de gedragscode niet van toepassing is op verzekerde personen met een lopende arbeidsongeschiktheid, zoals voor u momenteel het geval is, kan u momenteel geen verlenging van de eindleeftijd naar uw wettelijke pensioenleeftijd aanvragen in het kader van deze gedragscode. Is deze lopende arbeidsongeschiktheid echter afgelopen voor het einde van de gedragscode, zijnde 31/12/2026, dan zal X u alsnog aanschrijven en kunt u een verlenging aanvragen."

Het staat echter vast dat de arbeidsongeschiktheid van mijn cliënt geen einde zal nemen. Mijn cliënt zit bijgevolg in een situatie die tussen wal en schip valt. Hij verliest namelijk zijn uitkering voor zijn laatste jaar dat hij verplicht is te werken, doch hij krijgt geen kans om zich verlengd te verzekeren. Nochtans had mijn cliënt zich uiteraard ook verzekerd tot zijn 67, mocht hij bij het afsluiten van de polis geweten hebben dat de pensioenleeftijd tot dan zou worden verlengd.

De ingediende dossiers over de verzekering gewaarborgd inkomen zijn in 2024 met 23% gestegen. Een deel van deze toename is het gevolg van de toepassing van de nieuwe gedragscode van Assuralia "Verzekeringen gewaarborgd inkomen: verlenging van de looptijd omwille van de verlenging van de wettelijke pensioenleeftijd".

Assuralia voerde in het verleden reeds verschillende malen een **gedragscode** in om een oplossing aan te reiken voor de gevolgen van de geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd. In november 2023 werd een nieuwe code aangenomen om de contracten aan te passen aan de pensioenleeftijd van 67 jaar. Deze code verplicht verzekeringsondernemingen om de verzekerde te contacteren en een verlenging van de verzekering gewaarborgd inkomen aan te bieden.

De Ombudsman ontving in 2024 verschillende klachten over deze voorstellen tot verlenging. Hierbij werden verschillende punten aangehaald:

- De onmogelijkheid om de verzekering gewaarborgd inkomen te verlengen in geval van arbeidsongeschiktheid.
- De onmogelijkheid om de verzekering gewaarborgd inkomen te verlengen als de verlenging van deze verzekering reeds via andere maatregelen was aangeboden.
- De code verbiedt een nieuwe medische acceptatie, maar de verzekeraar kan rekening houden met de individuele schadehistoriek van de verzekerde.

MEER WETEN

De Ombudsman besprak dit verder met de sector, die echter geen oplossing kon voorstellen omwille van technische en juridische beperkingen (Art. 5, 14^e wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) in de wetgeving. De Ombudsman heeft bijgevolg de vraag voorgelegd aan de bevoegde autoriteiten. De beslissing om de wettelijke pensioenleeftijd te verhogen naar 67 jaar is immers genomen door de overheid en niet door de verzekeringssector.

Bovendien bestaat er momenteel een recht op het onderschrijven (Art. 206 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) van een niet-beroepsgebonden ziekteverzekering tot 65 jaar. Deze leeftijdsgrens sluit echter niet langer meer aan bij de wettelijke pensioenleeftijd. Bij de evaluatie van de verhoging van de pensioenleeftijd zal dus ook deze vraag moeten worden meegenomen.

Met andere woorden, er lijkt geen onmiddellijke oplossing te zijn voor deze problematiek, omdat het moeilijk is om een evenwicht te vinden tussen de nieuwe wettelijke pensioenleeftijd en de technische beperkingen van het verzekeringsrecht voor reeds bestaande aandoeningen. In dit kader is het wenselijk dat de wetgever ingrijpt om een haalbare oplossing voor te stellen, zoals dit reeds gebeurde met de invoering van een verlenging van de beroepsgebonden ziekteverzekering.

LANGE WACHTTIJDEN MEDISCHE SECTOR ZETTEN ZIEKTEVERZEKERINGEN ONDER DRUK

De schadegevallen in het kader van de verzekering gewaarborgd inkomen vergen in het algemeen een vrij snelle behandeling door het gebrek aan inkomen bij de verzekerde. In de realiteit stelt de Ombudsman echter vast dat ze vaak blijven aanslepen wegens de **lange wachttijden voor de controle-onderzoeken** bij de raadsdokter, veroorzaakt door een tekort aan dergelijke gespecialiseerde artsen.

LEVENSVERZEKERING



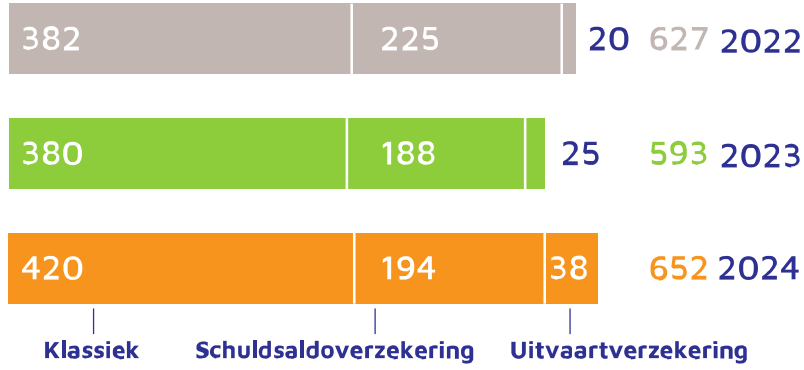
961

vragen tot tussenkomst

een stijging van 4 %

UITSPLITSING LEVENSVZERKERING

TAK 21



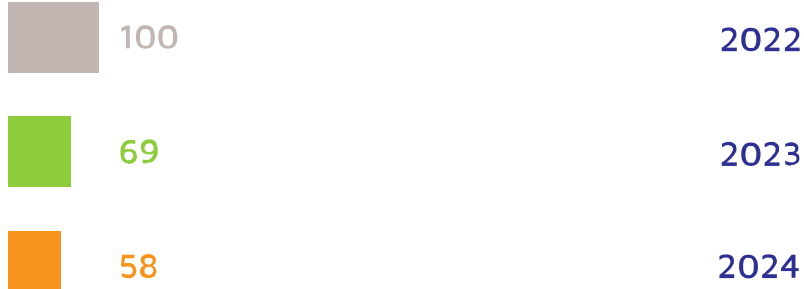
GROEPSVERZEKERING (AANVULLEND PENSIOEN)



TAK 23



TAK 26



AANVULLENDE WAARBORGEN AVRI/AVRA



HYPOTHECAIRE LENING

3

2022

1

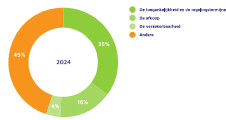
2023

2

2024

● Totaal 2022 = 947 ● Totaal 2023 = 925 ● Totaal 2024 = 961

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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

HET OPTREKKEN VAN DE PENSIOENLEEFTIJD: GEVOLGEN VOOR DE GROEPSVERZEKERING

GETUIGENIS

(VERTAALD UIT HET FRANS)

N.S., X

Na het overlijden van mijn echtgenoot M.Y., geboren in 1963, weigert verzekering X het overlijdenskapitaal van mijn echtgenoot uit te betalen. Onder het voorwendsel dat bedrijf Y de betalingen stopzette toen mijn echtgenoot 60 jaar werd, heeft de destijds gegeven uitleg ons misleid. Wij dachten dat het reeds gestorte geld op een geblokkeerde rekening bleef staan en dat wij er recht op hadden bij het overlijden van mijn echtgenoot.

Mijn echtgenoot is overleden in het jaar dat hij 60 werd.

Ik hoop dat u mij kunt helpen, want ik bevind mij nu in een moeilijke situatie aangezien ik zonder geld zit en veel kosten moet betalen.

De verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd leidt ook tot verschillende vragen in de levensverzekering, en dit voornamelijk in de groepsverzekering (aanvullende pensioenen). Een van de belangrijkste knelpunten is dat de uitkering van de groepsverzekering automatisch wordt gekoppeld **aan het ingaan van het pensioen**. Daarnaast stelt de verzekerde ook vragen over de aanvullende waarborgen zoals het gewaarborgd inkomen en de overlijdensdekking.

Een ander onrechtstreeks gevolg van de verhoging van de pensioenleeftijd wordt vastgesteld bij het uitstel van de uitkering van een groepsverzekering, die zou worden gebruikt om een **lening af te lossen op 65-jarige leeftijd**. De consument die rekende op de uitkering van het kapitaal leven van de groepsverzekering op 65 jaar om de hypotheeklening af te lossen, zal een alternatieve oplossing moeten vinden.

MEER WETEN

Voor contracten die aflopen op 60 of 65 jaar, bevinden verzekerden zich vaak in een onzekere situatie, omdat de voorwaarden voor verlenging van de dekkingen niet duidelijk zijn vastgelegd door de wet. Dit roept vragen op over de impact op de rentevoet van het kapitaal bij leven, evenals over de verlenging van de verzekering overlijden en gewaarborgd inkomen. Hoewel verzekeraars doorgaans informeren over de voorwaarden voor het beheer van het kapitaal tot de pensioendatum, wordt aanbevolen om ook aandacht te besteden aan alternatieve opties, zoals de overdracht naar een onthaalstructuur of naar een andere verzekeraar. Hiervoor kan verwezen worden naar de website van de FSMA waar de verschillende mogelijkheden worden toegelicht.

Deze vraag rijst ook voor andere verzekeringen, zoals voor de verzekeringen ziekte en gewaarborgd inkomen. Meer informatie hierover vindt u in de onderstaande aanbeveling.

DE ADMINISTRatieve FORMALITEITEN VERTRAGEN DE BETALING

Verschiedende vragen bij de Ombudsman handelen over de doorgedreven administratieve formaliteiten die voortvloeien uit de **antiwitwas-wetgeving**. Bij het naderende einde van een levensverzekeringcontract kan de verzekeringsmaatschappij echter al anticiperen door kort voor de einddatum de benodigde antiwitwas-formaliteiten op te vragen. Zo kan de uiteindelijke uitbetaling van het kapitaal zonder verdere vertraging plaatsvinden.

Niet als voorgaande jaren ontving de Ombudsman ook nog heel wat vragen over de documenten die moeten worden voorgelegd bij de uitbetaling alsook rond de veiligheid van het doorsturen van deze documenten. Bijvoorbeeld, moet men een kopie van zijn bankkaart opsturen? Mag de verzekeraar een document van de bank eisen om de identiteit van de rekeninghouder te bevestigen voordat hij het kapitaal van de levensverzekering uitbetaalt? Bovendien is het niet altijd duidelijk wie de extra kosten van deze administratieve stappen draagt.

In het geval van **tak 26**-verzekeringproducten (kapitalisatieverzekeringen), zoals voor een huurwaarborg, kunnen ook nog andere bijkomende formaliteiten tot vertraging van de uitbetaling leiden.

Hoewel dit een beperkt aantal dossiers betreft, blijven er ten slotte ook nog vragen rond de **digitalisering** van administratieve formaliteiten. De verzekeraar stuurt de documenten online door, waarna de verzekerde deze zelf moet afdrukken, invullen en terugsturen. Niet iedere burger heeft echter gemakkelijk toegang tot deze administratieve hulpmiddelen. Hoewel deze vragen meestal pragmatisch kunnen worden opgelost, wordt het afhandelingproces hierdoor toch bemoeilijkt. In andere gevallen weigeren sommige verzekeraars het kapitaal uit te keren als de documenten alleen digitaal zijn ondertekend, wat ook de nodige vragen doet ontstaan.

Zoals wettelijk voorzien (Art. 218 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.), heeft de Commissie voor Verzekeringen de wet betreffende de toegang tot de schuldsaldoverzekering, de zogenaamde wet Partyka, geëvalueerd.

Sinds 2023 is het aantal vragen over de toegang tot de schuldsaldoverzekering afgenomen, een trend die wordt beïnvloed door de stagnering van de vastgoedmarkt.

De vragen die hierover bij de Ombudsman worden ingediend, handelen grotendeels over een **bijpremie van net geen 75%**, waardoor ze niet onder de **bevoegdheidsdrempel** (Art. 13 K.B. van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, B.S. 10 juni 2014.) van het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering van een schuldsaldoverzekering vallen. De voorstellen van een schuldsaldoverzekering met een bijpremie lager of gelijk aan 75% zijn echter dikwijls minder goed gemotiveerd en de toegepaste *hazard ratio* (De risicoverhouding, m.a.w. de waarschijnlijkheid op vroegtijdig overlijden.) van de medische studies stemt niet altijd overeen met de gevraagde bijpremie.

Hierdoor blijft de vraag of het toch niet pertinent is om de drempel van 75% te verlagen (Aanbeveling 2017 Ombudsman Verzekeringen "Uitbreiding van de bevoegdheid van het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering", www.ombudsman-insurance-annualreport.be.), zodat meer dossiers kunnen worden onderzocht door de specialisten van het Opgvolgingsbureau. Het is overigens aangewezen dat de consument, waarvan zijn aanvraag niet onder de bevoegdheid van het Opgvolgingsbureau valt, er door de verzekeraar wordt aan herinnerd dat hij zich op dat moment nog kan richten tot de Ombudsman.

Ten slotte moet er ook bijzondere aandacht worden besteed aan de termijnen. Vaak wordt de consument pas aan het einde van het kredietaanvraagproces geïnformeerd over de bijpremie. Hierdoor is er soms te weinig tijd om de aanvraag correct te onderzoeken, waardoor de consument onder tijdsdruk komt te staan.

RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING



772
vragen tot tussenkomst

een daling van 2 %

UITSPLITSING RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING

RECHTSBIJSTAND NIET-AUTO

253

2022

328

2023

321

2024

RECHTSBIJSTAND AUTO

257

2022

293

2023

297

2024

RECHTSBIJSTAND UITGEBREIDE DEKKING

144

2022

165

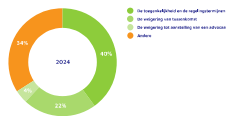
2023

154

2024

● Totaal 2022 = 654 ● Totaal 2023 = 786 ● Totaal 2024 = 772

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 58% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

HET BEHEER IN RECHTSBIJSTAND, EEN VERTROUWENSRELATIE

Net als voorgaande jaren ontving de Ombudsman heel wat vragen van de consument over het zogezegde passief beheer van zijn rechtsbijstandsverzekeraar (40%). Toch leidt een actief minnelijk beheer door de rechtsbijstandsverzekeraar dikwijls tot een oplossing buiten de rechtbank.

Om het vertrouwen van de verzekerde in de ondernomen stappen van hun verzekeraar te versterken, stelt de Ombudsman voor om bepaalde guidelines te respecteren.

MEER WETEN

Een **dynamisch beheer** is essentieel om een vertrouwensrelatie met de verzekerde op te bouwen. Een snelle dossieropening, een ontvangstmelding passend bij het geschil en praktische adviezen zorgen ervoor dat de verzekerde zich ondersteund voelt.

Een duidelijke en nauwkeurige communicatie vormt een toegevoegde waarde. Bijvoorbeeld, de verzekerde met **lichamelijke schade** sneller informeren dat hij zijn arts kan vragen om de onderzoeken te volgen en kennis te nemen van de besluiten van de andere partij.

Daarnaast is het ook belangrijk om duidelijk het advies te geven over de **slaagkans** van een gerechtelijke procedure, waarbij zowel de gunstige als de tegenargumenten worden meegegeven. Bij een meningsverschil mag er niet worden vergeten om de objectiviteitsclausule voor te stellen. Hierbij kan ook de **aanstelling van een advocaat** van belang zijn van zodra een zittingsdatum bekend is, vooral in gevoelige dossiers of bij ernstige lichamelijke letsels.

Het **naleven van wettelijke termijnen** en de bijbehorende sancties is waarschijnlijk het belangrijkste punt om te laten opvolgen door de rechtsbijstandsverzekeraar. Dit omvat de toepassing van de nieuwe wet op de regelingstermijnen (Wet van 17 maart 2024 betreffende de termijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties, B.S. 2 april 2024.), maar ook de termijnen die zijn voorzien in andere specifieke wetgeving van bepaalde verzekeringstakken. De Ombudsman pleit dan ook voor een systematisch gebruik van de wettelijke termijnen en sancties door bijvoorbeeld na twee en een halve maand een herinnering naar de tegenpartij te sturen om een antwoord te krijgen binnen de verplichte reactietermijn van drie maanden. Ten slotte mag de rechtsbijstandsverzekeraar niet vergeten om aan de tegenpartij de betaling van het niet betwistbaar deel te vragen zolang nog niet alle schade is vastgesteld.

NAAR EEN MEER COHERENTE TOEPASSING VAN DE WAARBORG INSOLVABILITEIT

De waarborg insolventie van derden voorziet, in het algemeen, dat de rechtsbijstandsverzekeraar zijn verzekerde (tot een plafond) vergoedt als de geïdentificeerde en erkende aansprakelijke insolvent is.

De verslagen rond de insolventie beschrijven de solvabiliteit van een persoon in termen als "uitstekend" tot "zeer slecht". De Ombudsman stelt echter vast dat er vervolgens geen uniforme toepassing is door rechtsbijstandsverzekeraars. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld van mening zijn dat met een resultaat "tamelijk slecht" de tegenpartij insolvent is, terwijl een andere verzekeraar meent dat met een resultaat tussen "tamelijk slecht" en "zeer slecht" er nog voldoende solvabiliteit is. In dat laatste geval zal er dan geen tussenkomst zijn in de waarborg insolventie.

In andere gevallen vindt de verzekerde dat de toepassing van de insolventiewaarborg voorbarig is of ten nadele van de wens om een veroordeling van de aansprakelijke te verkrijgen.

Hierdoor is het aangewezen om precies te bepalen vanaf welk niveau de waarborg insolventie uitwerking kan hebben en op basis van welke criteria een verminderde solvabiliteit kan worden gelijkgesteld aan insolventie. Om coherentie te houden zou dit met objectieve criteria moeten worden uitgewerkt op sectorniveau. De duur van een afbetalingsplan door de tegenpartij kan bijvoorbeeld een bepalend criterium zijn.

ANNULATIEVERZEKERING



420

vragen tot tussenkomst

een stijging van 6 %

489

2022

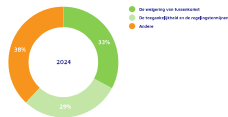
397

2023

420

2024

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 61% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

DE ALMACHTIGE RAADSDOKTER

In 2024 ontving de Ombudsman een groot aantal vragen over de annulatie van een reis wegens gezondheidsredenen. Hierbij moet de Ombudsman regelmatig herhalen dat annulatieverzekeringen geen "all-risk" verzekeringen zijn. Alleen de situaties die in de algemene polisvoorwaarden worden opgesomd, verplichten de verzekeraar om de annulatiekosten van de reis te dekken.

Om hierover een standpunt te kunnen innemen wordt in die **dossiers** het schadegeval meestal **voorgelegd aan de raadsdokter** van de verzekeraar. Het is echter niet altijd eenvoudig om een standpunt in te nemen zonder een medisch onderzoek van de betrokken persoon of zonder kennis te nemen van alle ingediende stukken en medische verslagen.

MEER WETEN

In de dossiers die aan de Ombudsman worden voorgelegd, is het gegeven advies van de raadsdokter veelal niet volledig of beperkt gemotiveerd. Toch verschuilt de verzekeringsonderneming zich achter een dergelijk advies om haar tussenkomst te weigeren. Deze dossiers zouden efficiënter kunnen worden opgelost door een betere samenwerking tussen de verzekerde, de raadsdokter en de verzekeraar.

Een andere mogelijkheid is het organiseren van een minnelijke medische expertise. Dit is echter een te zware procedure voor de beperktere schadegevallen in de annulatieverzekering. Een open discussie tussen de raadsdokter en de behandelend arts is bijgevolg wenselijk. Helaas staan de raadsdokters hier nogal weigerachtig tegenover.

WANNEER WOORDEN WONDEN WORDEN...

In 2024 ontving de Ombudsman een groot aantal aanvragen over de interpretatie van de gebruikte begrippen door de annulatieverzekeraar. Deze worden vaak gedefinieerd in de algemene voorwaarden van het contract maar dit kan afwijken van de gangbare betekenis zodat ze niet altijd de realiteit weerspiegelen.

Bijvoorbeeld, het begrip "**ziekte**": Verhindert spierpijn het reizen? Wordt zwangerschap als een ziekte beschouwd? De vraag of de ziekte voorafbestaand is aan het onderschrijven van de verzekering, komt ook vaak voor. Is een medische diagnose nodig of zijn symptomen voldoende? De definitie van een stabiele ziekte op het moment van het onderschrijven van de verzekering staat ook onder vuur. De bewijslast ligt voor deze betwistingen voornamelijk bij de verzekerde, maar een samenwerking met de raadsdokter zou heel wat dossiers kunnen verduidelijken.

Daarnaast ontvangt de Ombudsman herhaaldelijk de vraag welke personen precies verzekerd zijn in het contract. De definitie van **familie** is gevoelloos met gescheiden koppels, nieuwe samengestelde gezinnen en wettelijke en feitelijke samenwoning. Verzekeraars houden onvoldoende rekening met deze nieuwe realiteit. Moeten ze deze definities herzien? Of moeten consumenten aanvaarden dat hun gezinssituatie niet gedekt is?

Ten slotte rijzen er ook meer en meer vragen over de dekking voor een **herexamen**. Bij een herexamen moet de verzekerde de schade melden zodra hij weet dat zijn resultaten onvoldoende zijn. Vanaf wanneer is er echter sprake van onvoldoende resultaten, is dit al bij de sessie in januari of moet de sessie van juni afgewacht worden? Definities hierover zijn vaak te vaag en bijgevolg vatbaar voor discussie.

BIJSTANDSVERZEKERING



329
vragen tot tussenkomst

een stijging van 23 %

EVOLUTIE BIJSTANDSVERZEKERING

212

2022

267

2023

329

2024

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 69% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

WANNEER DE BIJSTAND U NIET ONDERSTEUNT...

Door haar aard zou de bijstandsverzekering geen dossiers bij de Ombudsman mogen genereren. Toch neemt de consument meer en meer contact op met de Ombudsman om zijn frustratie te uiten over de moeilijkheden die hij heeft ondervonden met zijn verzekeraar.

De klachten gaan voornamelijk over een slechte bereikbaarheid, taalproblemen, het gebrek aan duidelijkheid in de genomen stappen en aan concrete opvolging om een oplossing te vinden. Bovendien beloven de verzekeraars dikwijls om terug te bellen zonder een specifieke termijn aan te geven en wordt deze belofte niet altijd nagekomen.

Deze problemen pieken tijdens vakantieperiodes en in het bijzonder tijdens de zomerdrukke. Gedurende deze periode kan het gebeuren dat de verzekeringsonderneming niet in staat is een oplossing te vinden voor de verzekerde, omdat alle hotels volgeboekt zijn, garages gesloten zijn en de vraag over het algemeen hoger is.

Om dergelijke vragen te kunnen opvangen, zal een **extra inspanning nodig zijn op communicatievlak** om effectieve bijstand te bieden, en dit zelfs tijdens wederkerende periodes van drukte. Ook alternatieve oplossingen, die niet in de algemene voorwaarden worden vermeld, zoals het aanvragen van noodoplossingen die de verzekerde zelf heeft gevonden, verdienen hierbij aandacht.

DE TERMIJN VOOR HET REPATRIËREN VAN HET VOERTUIG

De voorwaarden rond het repatriëren van voertuigen zijn soms onduidelijk, vooral wat betreft de termijnen en de communicatie. De verzekerde krijgt vaak geen informatie over de voortgang of opvolging van de repatriëring.

Verzekeringscontracten voorzien meestal **geen specifieke termijnen voor het repatriëren van voertuigen** en bieden geen alternatieve oplossingen, zoals de mogelijkheid om tijdens het wachten een huurvoertuig te gebruiken. Als een huurvoertuig wordt toegekend, is de duur vaak korter dan die van het repatriëren.

MEER WETEN

De modaliteiten van het repatriëren worden vaak verkeerd begrepen, vooral wanneer het gaat om massale repatriëringen met één of meerdere vrachtwagens vol met defecte voertuigen, wat meerdere weken kan duren.

Verzekeringsondernemingen moeten de duidelijkheid van hun voorwaarden en communicatie verbeteren om te voldoen aan de legitieme verwachtingen van verzekerden en effectieve hulp te bieden, zelfs tijdens drukke periodes. Dit zou de frustraties bij de consument verminderen en zorgen voor een hogere klantentevredenheid.

NIEUWE RISICO'S



449

vragen tot tussenkomst

een daling van **58 %**

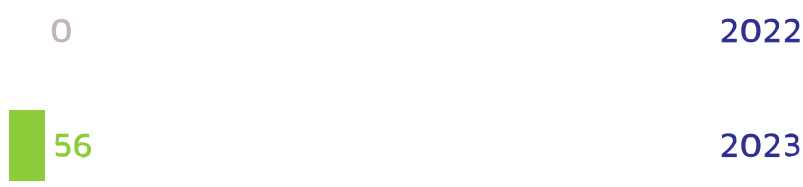
ALLE RISICO'S MULTIMEDIA



ALLE RISICO'S (JUWELEN,...)



FIETSVERZEKERING*



INTERNETVERZEKERING *



DIERENVERZEKERING **



● Totaal 2022 = 619 ● Totaal 2023 = 1.081 ● Totaal 2024 = 449

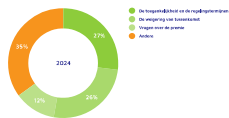
* Nieuwe categorie vanaf 2023

** Nieuwe categorie vanaf 2024

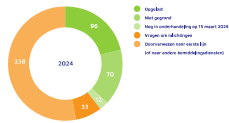
In 2024 noteerde de Ombudsman een **belangrijke daling van 69%** van de aanvragen over de multimedieverzekering. Deze daling is hoofdzakelijk het gevolg van de vereffening van de onderneming SFAM, die in het algemeen aan bod kwam bij de klachten over de premiestijgingen, cashbacks en betalingen in het algemeen.

Deze daling van de aanvragen gelinkt aan de GSM-verzekeringen, moet echter niet als een verbetering worden beschouwd. Deze verzekering brengt nog steeds diverse klachten met zich mee, waarbij ook een afweging moet gemaakt worden van de verhouding tussen de prijs van de verzekering en de waarde van het verzekerde toestel.

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 58% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

(HUIS)DIERENVERZEKERING: HEEFT SAMSON PIJN, ZAL DE VERZEKERAAR ER ZIJN?

GETUIGENIS (VERTAALD UIT HET FRANS)

L.D., Waterloo

In januari 2022 heb ik een verzekering voor mijn hond afgesloten bij X met een plafondbedrag van € 1.500,00 en een vrijstelling van 20% per schadegeval.

In november 2022 kreeg onze hond (Ralph) een aandoening (ziekte) aan zijn linker oog. Het rechteroog was niet aangetast door de ziekte en we kregen een vergoeding.

In november 2023 werd het rechteroog aangetast door dezelfde ziekte, maar X beschouwt dit als hetzelfde schadegeval (hoewel het niet hetzelfde orgaan is) en beroept zich op artikel 1 van het contract: "Onze algemene voorwaarden vermelden dat symptomen die behoren tot dezelfde diagnose als de oorspronkelijke ziekte, ongeacht hun frequentie of het getroffen lichaamsdeel, worden beschouwd als hetzelfde schadegeval."

We kunnen dus niet meer tussenkomen voor de aandoening aan het oog van Ralph."

Maar, het contract van X vermeldt dat: "Terugkerende en/of chronische aandoeningen worden beschouwd als één schadegeval op voorwaarde dat de symptomen behoren tot dezelfde diagnose als de oorspronkelijke ziekte of het oorspronkelijke ongeval (ongeacht de frequentie of het getroffen lichaamsdeel) en het gevolg zijn van een bestaande aanleg of gevoeligheid van uw hond."

De metingen van de ogen die in november 2022 door de dierenarts zijn uitgevoerd, tonen echter aan dat het rechteroog gezond was en dat er dus geen bestaande aanleg was.

In 2024 ontving de Ombudsman verschillende aanvragen over huisdierenverzekeringen. De verzekerde is vaak teleurgesteld over de beperkte dekking, die hij soms als een "lege doos" ervaart. De contracten bevatten heel wat uitsluitingen die onrechtvaardig kunnen overkomen.

Zo worden **uitsluitingen** over de voorafbestaande aandoeningen **vaag en breed** gedefinieerd en omvatten zelfs problemen die zich voordoen in een ander lichaamsdeel. Bijvoorbeeld, een spierblessure aan een poot kan worden uitgesloten als deze eerder aan een andere poot is opgetreden, zelfs als de twee blessures geen verband met elkaar hebben.

Bovendien beroepen sommige verzekeraars zich bij schadegevallen op "een aanleg voor ziekten bij een specifiek ras" om een afwijzing te rechtvaardigen. Het zou beter zijn om de specifieke aandoeningen die voor elk ras zijn uitgesloten, te vermelden.

Deze discussies doen denken aan afwijzingen bij annulatieverzekeringen: in deze dossiers is de beslissing van de arts of dierenarts van de verzekeringsmaatschappij doorslaggevend. Er is geen duidelijk proces voorzien in geval van betwisting. Een tegensprekelijke expertise is meestal moeilijk te overwegen gezien de relatief beperkte financiële inzet van de betwistingen.

Hoewel deze producten lijken op een ziekteverzekering, zijn ze trouwens niet onderworpen aan de strikte regels die gelden voor ziekteverzekeringen (Art. 203 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014). Het is daarom mogelijk voor een verzekeraar om het **verzekeringcontract** van een dier dat een te hoog risico vormt, zoals een ouder dier, **op te zeggen**.

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 zijn preventierol.

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

DE IMPACT VAN DE VERHOOGDE PENSIOENLEEFTIJD OP DE VERZEKERINGSDEKKING: EEN HERZIENING VEREIST

Het optrekken van de pensioenleeftijd naar 67 jaar heeft een invloed op de verzekeringen die de gezondheid dekken, zoals de verzekering gewaarborgd inkomen en de groepsverzekeringen, die een overlijdensdekking voorzien.

Traditioneel liepen heel wat van deze dekkingen tot de leeftijd van 60 of 65 jaar, in aansluiting met de vroegere pensioenleeftijd. Vanuit de sector werden oplossingen aangereikt, zoals het verlengen van de verzekering gewaarborgd inkomen (Onder meer gedragscode van Assuralia "Verzekeringen gewaarborgd inkomen: verlenging van de looptijd omwille van de verlenging van de wettelijke pensioenleeftijd", www.assuralia.be). Hierbij wordt rekening gehouden met de algemene verzekeringsbeginselen. Voor reeds gekende aandoeningen is er geen verlenging mogelijk. In deze situatie ontstaat een lacune in de bescherming van de consument.

Zo ziet een werknemer die bijvoorbeeld op 63-jarige leeftijd definitief arbeidsongeschikt wordt en een verzekering gewaarborgd inkomen heeft met een einddatum op 65 jaar de uitkeringen wegvallen vooraleer hij werkelijk met pensioen kan. Ook de overlijdensdekking in een groepsverzekering kan wegvallen voor iemand die ziek wordt voor zijn 60ste en overlijdt tussen zijn 60ste en 67ste.

Hiernaast is er ook een ganse groep van zogenaamde slapers, dit zijn ex-werknemers die het kapitaal van de groepsverzekering bij de verzekeraar (leten staan nadat ze het bedrijf hebben verlaten. Vaak opteerden ze voor het behoud van de reserve zonder overlijdensdekking tot 60 jaar. Door de verplichte koppeling van de uitkering aan de datum van het wettelijke pensioen worden ze nu geconfronteerd met een verplichte verlenging tot 67 jaar, met het risico het opgebouwde kapitaal integraal te verliezen.

Ten slotte toont het fenomeen zich ook bij de hospitalisatieverzekering, waar het recht op een hospitalisatieverzekering slechts is voorzien tot de leeftijd van 65 jaar. Indien men de aansluiting bij de beroepsgebonden verzekering verliest na 65 jaar door de latere pensioenleeftijd en men deze niet individueel kan of wil verderzetten (Art. 208 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.) bij dezelfde verzekeraar, is er momenteel geen wettelijk alternatief voorzien.

AANBEVELING

Om de belangen van de consument te waarborgen en tegelijkertijd de fundamentele principes van het verzekeringsrecht te respecteren, is het aangewezen dat zowel de wetgever, de werkgevers als de verzekeringssector gezamenlijk pistes onderzoeken om de problematiek van contracten, die aflopen voor het wettelijke pensioen, aan te pakken. Er kan gedacht worden aan:

- Het verduidelijken van de informatieplicht van verzekeraars bij het naderen van de einddatum van de dekking. Hierbij zou dan moeten worden gewezen op de mogelijke implicaties van de verhoogde pensioenleeftijd en de beschikbare alternatieven binnen de afspraken met de werkgever. Indien er geen actieve werkgever meer is, kunnen er eventueel alternatieven worden uitgewerkt binnen de onthaalstructuren of een externe overdracht ("Informatie voor werknemers", www.fsma.be).
- Het uitwerken van oplossingen die de verlenging van dekking mogelijk maken tot aan de nieuwe pensioenleeftijd, zonder de gangbare verzekeringsprincipes onnodig te belasten. Hierbij kan inspiratie worden gezocht in eerdere, tijdelijke maatregelen die tijdens de coronacrisis (www.fsma.be/nl/welke-speciale-maatregelen-werden-uitgewerkt-voor-het-aanvullend-pensioen-van-deze-werknemers-ten) werden genomen. Indien het pensioenreglement geen oplossing voorzorg voor de dekking wegens werkloosheid door de coronacrisis, werd er een fictie gecreëerd om toch deze dekking te laten bestaan door middel van een financiële steun van de werkgevers.
- Er kan tevens inspiratie worden gevonden in de verzekeringswet zelf waarbij er reeds een individuele verderzettingsrecht onder specifieke voorwaarden is voorzien voor beroepsgebonden hospitalisatieverzekering.
- Het ontwikkelen van alternatieven door de wetgever zoals de oprichting van een garantiefonds of een depositokas voor risico's die technisch niet meer verzekerd kunnen worden.

Het spreekt voor zich dat de financiering van deze tijdelijke oplossingen niet uitsluitend door werkgevers en de verzekeringssector moet worden gedragen. De beslissing om de pensioenleeftijd te verhogen impliceert dat de overheid een deel van de gevolgen hiervan draagt. Zoniet zou de noodzakelijke verhoging van de premies, om deze verlenging te financieren, de verzekering onbetaalbaar maken voor de doelgroep.

TERUGBLIK OP BESTAANDE AANBEVELINGEN

In de nasleep van de verkiezingen van 2024, kwam er nog geen nieuwe wetgeving tot stand die een gevolg geeft aan de aanbevelingen die de Ombudsman formuleerde in het verleden. De Ombudsman maakt van de gelegenheid gebruik om zijn laatste twee aanbevelingen te herhalen in de hoop op constructieve opvolging:

AANBEVELING VAN 2023:

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 denkpunten 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.

AANBEVELING VAN 2022:

NA GENEZING, EEN ZIEKTEVERZEKERING ZONDER UITSLUITING?

De Ombudsman wordt regelmatig gecontacteerd door consumenten die volledig hersteld zijn van een ziekte, maar een verzekeringscontract krijgen dat bepaalt dat de ziekte waaraan ze leden, is uitgesloten.

Eénmaal dat een uitsluiting in het verzekeringscontract wordt opgenomen voor een ziekte of een handicap, gaat deze niet gepaard met een geldigheidstermijn en blijft ze dus doorgaans levenslang van toepassing. Er volgt na verloop van tijd geen nieuwe evaluatie van de uitsluiting, ook al is de betrokkene meerdere jaren klachtenvrij.

Het is aangewezen om hiervoor een oplossing uit te werken, zodat de betrokken persoon opnieuw een verzekering met volledige dekking kan genieten na afloop van een bepaalde termijn.

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(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 2025 bedraagt 2.490.196,17 euro, dat is onderverdeeld in twee categorieën:

- Personeelskost: 2.079.284,14 euro
- Werkingskost: 410.912,03 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 invoeging 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. Conform deze wetgeving 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 15 maart 2025, had de Ombudsman 8,046 dossiers afgesloten van de 8.331 ontvangen dossiers. In 2024, was de gemiddelde doorlooptijd voor de behandeling van een dossier, dat verder werd onderzocht, 70 dagen. Deze termijn bedroeg 69 dagen voor dossiers tegenover verzekeringsondernemingen, 71 dagen voor dossiers tegenover verzekeringstussenpersonen en 73 dagen voor dossiers tegenover Datasur.

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 2024 ontving de Ombudsman 9 vragen tot tussenkomst via het FIN-NET netwerk.

IN EEN NOTENDOP



HET JAARVERSLAG 2024 IN 10 PUNTEN!



1

EVOLUTIE EN RESULTAAT VAN DE AANVRAGEN

In 2024 ontving de Ombudsman van de Verzekeringen 8.331 aanvragen van de consument. Op het eerste gezicht sluit dit cijfer aan bij de ontvangen aanvragen van 2023. In dat jaar was er echter een aanzienlijke stijging van 400 aanvragen met betrekking tot onwettige domiciliëringen uitgevoerd door de onderneming «SFAM». Deze schijnbare stabiliteit moet dus worden genuanceerd. Een toename van het aantal aanvragen in 2024 werd vastgesteld in auto- en de bijstandsverzekering.

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

**2**

BEREIKBAARHEID VAN DE VERZEKERAAR EN TERMIJNEN

De behandelingstermijnen en de bereikbaarheid blijven de belangrijkste redenen waarom de consument zich tot de Ombudsman richt, goed voor 29% van het totale aantal. Vooral in de autoverzekering handelt een groot deel van de vragen over deze onderwerpen (35%). Kleine administratieve tekortkomingen, zoals het verstrekken van een inschrijvingsbewijs, schadeattest, de bereikbaarheid na een schadegeval,... leiden hierbij tot frustraties.

**3**

FINANCIËLE EDUCATIE EN INFORMATIE, EEN UITDAGING VOOR DE SECTOR

Verzekeringstaal hanteert een complex jargon, dat moeilijk te begrijpen kan zijn voor de consument, wat leidt tot ontgoocheling en onbegrip bij een weigering van dekking. De Ombudsman pleit dan ook voor het verhogen van een financiële educatie van de consument, die al kan starten tijdens de schoolopleiding. Daarnaast moet er blijvende aandacht zijn voor klare taal in de verzekeringsteksten met een eenvoudige bladspiegel en het vermijden van interpreterbare begrippen.

**4**

DATASSUR: DE INSCHRIJVING IN HET RSR-BESTAND

De aanvragen over het RSR-bestand, dat door Datassur wordt beheerd, zijn met 28% toegenomen. Een verzekerde kan opgenomen worden in dit bestand bij een opzeg van een verzekeringscontract wegens niet-betaling van premie, na schade of bij fraude. Bij een verder onderzoek bleek dat de registratieregels niet steeds op uniforme wijze werden toegepast door de sector waardoor er een verschil in behandeling kan zijn. Datassur heeft, na deze feedback, via een circulaire de basisprincipes opnieuw bevestigd.

**5**

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN: HET BELANG VAN EEN GEDOCUMENTEERD KLANTENDOSSIER

De tussenpersoon in verzekeringen is een belangrijke schakel in de relatie tussen de verzekerde en de verzekeraar. Hij heeft hierbij een adviesverplichting bij het onderschrijven van het verzekeringscontract. Het is belangrijk dat de tussenpersoon niet alleen de onderschreven waarborgen toelicht, maar ook duidelijk maakt welke waarborgen niet werden onderschreven en de reden ervan. Daarnaast heeft hij ook een cruciale rol in de communicatie bij een schadegeval. Opdat deze relatie optimaal verloopt, is het aangewezen dat de tussenpersoon een gedocumenteerd klantendossier bijhoudt alsook duidelijkheid schept over zijn rol bij een schadegeval.

**6**

BRANDVERZEKERING: WANNEER DE WAARBORG WATERSCHADE STILAAAN OVERLOOPT...

In 2024 steeg het aantal aanvragen bij de Ombudsman over waterschade aanzienlijk. Deze handelen voornamelijk over :
- Het bedrag van de vergoeding: De verzekerde vindt geen hersteller tegen het tarief dat de expert van de verzekeraar bepaalde of betreft de toepassing van meerdere vrijstellingen.
- De omvang van de schade: Waar ligt de grens tussen vergoedbare schade en esthetische schade?
- De communicatie tussen de verschillende partijen vooral wanneer meerdere verzekeraars en experts betrokken zijn of wanneer bij een weigering van tussenkomst de verzekeraar het expertiseverslag niet bezorgt aan de verzekerde.

**7**

ZIEKTEVERZEKERING : LANGE WACHTTIJDEN MEDISCHE SECTOR ZETTEN ZIEKTEVERZEKERINGEN ONDER DRUK

De vertragingen in het beheer van een schadegeval in ziekteverzekering manifesteren zich op twee vlakken. Enerzijds, zijn er de lange wachttijden voor de controle-onderzoeken bij de raadsartsen van de verzekeraars gewaarborgd inkomen. Anderzijds, door de lange wachttijden voor behandelingen en consultaties in de ziekenhuizen, blijkt de gebruikelijke pre-post-periode van terugbetaling van de medische kosten vaak te kort.

**8**

LEVENSVERZEKERING : DE WET PARTYKA, 10 JAAR LATER

Zoals wettelijk voorzien, heeft de Commissie van de Verzekeringen, de wet betreffende de toegang tot schuldaldoverzekeringen, de zogenaamde wet Partyka, geëvalueerd. De vragen die hierover bij de Ombudsman worden ingediend, handelen grotendeels over een bijpremie van net geen 75%, waardoor ze niet onder de bevoegdheidsdrempel van het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering van een schuldaldoverzekering vallen. Hierdoor blijft de vraag of het toch niet pertinent is om de drempel van 75% te verlagen, zodat meer dossiers kunnen worden onderzocht door de specialisten van het Opgvolgingsbureau?



**9**

DIERENVERZEKERING : HEEFT SAMSON PLJN, ZAL DE VERZEKERFAAR ER ZIJN?

Sinds 2024 volgt de Ombudsman de huiskiervzekeringen afzonderlijk op. In de ontvangen vragen tot tussenkomst zijn er discussies over de uitsluitingen, die als onrechtvaardig worden beschouwd. De consumenten ervaren de contracten vaak als te beperkt, waarbij uitsluitingen voor voorafbestaande aandoeningen vaag en breed gedefinieerd zijn en zelfs problemen omvatten die zich in een ander lichaamsdeel voordoen. Daarnaast stelt de consument zich tevens vragen over bepaalde uitsluitingen wegens een aanleg voor ziekten bij een specifiek ras of over de mogelijkheden voor de verzekeraar om dergelijk contract op te zeggen. In deze gevallen is trouwens de beslissing van de dierenarts van de verzekeringsmaatschappij doorslaggevend. Er is echter geen duidelijk proces voorzien in geval van betwisting.

**10**

AANBEVELING VAN DE OMBUDSMAN: DE IMPACT VAN DE VERHOOGDE PENSIOENLEEFTIJD OP DE VERZEKERINGSDEKKING: EEN HERZIENING VEREIST

Het optrekken van de pensioenleeftijd naar 67 jaar heeft een invloed op de verzekeringen die de gezondheid dekken, zoals de verzekering gewaarborgd inkomen en de groepsverzekeringen, die een overlijdensdekking voorzien, meestal tot 60 of 65 jaar. De verzekeringsdekking kan hierbij problematisch worden als de betrokken werknemer werkonbekwaam wordt of overlijdt vóór de nieuwe pensioenleeftijd. Vanuit de sector werden al oplossingen aangereikt, zoals het verlengen van de verzekering. Deze verlenging is echter niet mogelijk voor reeds gekende aandoeningen.

Om de belangen van de consument te waarborgen en tegelijkertijd de fundamentele principes van het verzekeringsrecht te respecteren, is het aangewezen dat zowel de wetgever, de werkgevers als de verzekeringssector gezamenlijk pistes onderzoeken om de problematiek aan te pakken. Er kan gedacht worden aan: duidelijke informatie aan de verzekerden over de mogelijke implicaties van de verhoogde pensioenleeftijd en de beschikbare alternatieven; het uitwerken van oplossingen die de verlenging van dekking mogelijk maken tot aan de nieuwe pensioenleeftijd, en dit ook voor risico's die technisch niet meer verzekerd kunnen worden.

Om een sterke premieverhoging van de betrokken verzekeringsproducten te voorkomen, lijkt het onvermijdbaar dat de overheid aan de financiering van deze tijdelijke oplossingen bijdraagt.



OMBUDSMAN
ASSURANCES
VERZEKERINGEN

de Meeùssquare 35
1000 Brussel

Fax : 02/547.59.75

Design