

RAPPORT ANNUEL 2023

L'Ombudsman des Assurances publie chaque année son rapport annuel. Le présent rapport reprend les tendances générales des demandes reçues en 2023 et la recommandation visant à améliorer le service et la réputation du secteur de l'assurance ainsi que la protection du consommateur.

ÉDITO



Laurent de Barsy
OMBUDSMAN

Le législateur a récemment apporté de nombreuses modifications à la loi relative aux assurances. Certaines d'entre elles ont été directement inspirées des demandes d'intervention que notre service reçoit chaque année. C'est à ce titre que ce rapport a toute son utilité. Il permet de soulever des points d'attention qui sont nécessaires à l'évolution du secteur de l'assurance.

On peut citer la nouvelle loi sur la résiliation, la loi sur les expertises en assurance incendie ou encore le cadre de sanctions prévues en cas de délai de gestion anormalement long. Ces modifications auront, nous l'espérons, un effet positif pour le consommateur mais aussi sur la réputation du secteur.

Le secteur de l'assurance est en effet confronté à des défis importants qui menacent le système tel qu'il fonctionne actuellement. Que ce soit l'impact du changement climatique, le risque de terrorisme, les incertitudes politiques... les pressions se multiplient. La question de l'assurabilité de certains risques se posera certainement prochainement en Europe, elle se pose déjà dans d'autres pays.

Notre service a connu cette année encore une croissance du nombre de demandes d'intervention. Il convient toutefois de relativiser cette augmentation. Un nombre significatif de demandes avait trait à la problématique des prélèvements via domiciliation contestés effectués par une entreprise étrangère sur une formule d'assurance GSM. Nous en parlerons plus bas bien entendu.

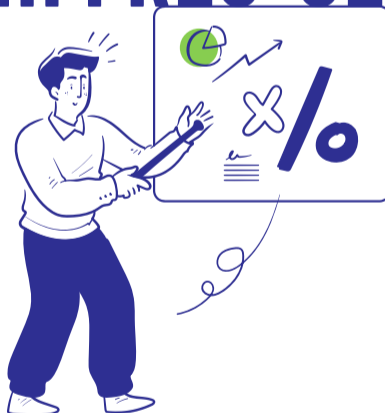
Notre service est également contacté de plus en plus par téléphone : plus de 2.000 appels par mois en moyenne. Il redirige ou informe les consommateurs qui sont parfois perdus face à la complexité d'une matière qui concerne chacun d'entre nous.

2023 a donc été une année durant laquelle notre service a été fort sollicité, tout comme les autres entités qualifiées qui composent un environnement extra-judiciaire fort et fiable en Belgique.

Le présent rapport vous donnera un aperçu des activités de notre service en 2023 et peut-être des enseignements utiles pour l'avenir.

Je vous en souhaite une excellente lecture.

CHIFFRES-CLÉS



Ce chapitre reprend les tendances générales de 2023 pour l'ensemble du secteur. On note une augmentation au niveau des demandes d'intervention.

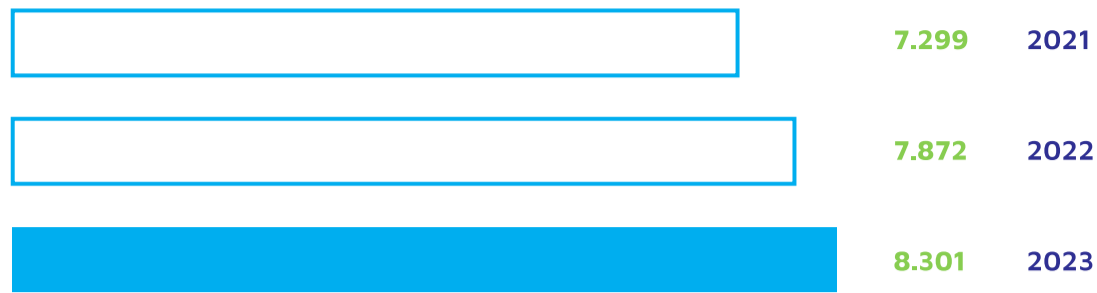
CHIFFRES GLOBAUX

8.301
demandes d'intervention

une croissance de 5 %

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION

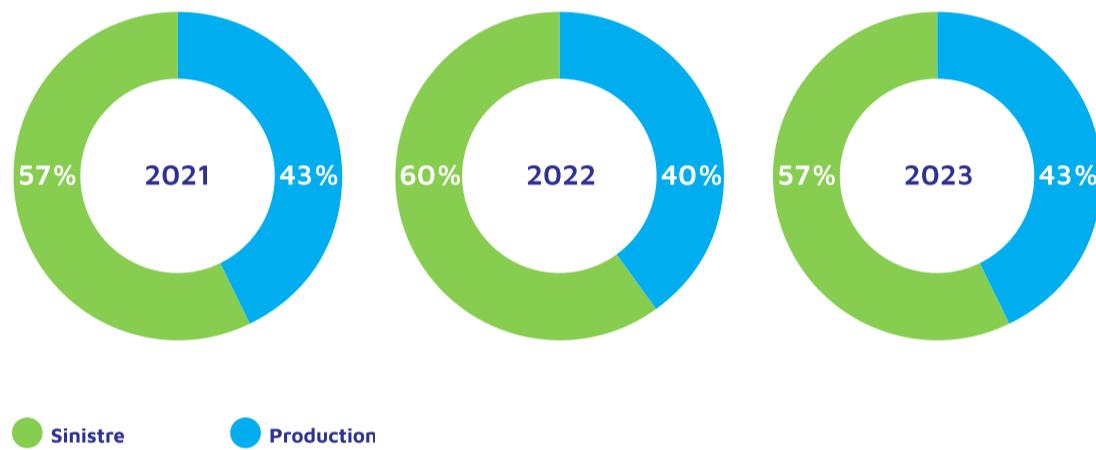
DEMANDES D'INTERVENTION



DEMANDES ANALYSÉES



TYPE DE DEMANDES D'INTERVENTION



A nouveau, les demandes visant la gestion de sinistres sont plus nombreuses que celles relatives aux opérations de production.

D'OÙ PROVIENT LA CROISSANCE DU NOMBRE DE DEMANDES EN 2023 ?

L'augmentation du nombre de demandes d'intervention auprès de l'Ombudsman en 2023 s'explique quasi intégralement par un problème spécifique rencontré dans le cadre des assurances GSM. **La société SFAM qui commercialisait des assurances GSM entre autres via les magasins Hubsider a procédé à des retraits d'argent litigieux** sur le compte bancaire d'un grand nombre de ses clients **par le biais de domiciliations**.

Au total, plus de 400 dossiers ont exclusivement concerné ces prélèvements se rapportant non seulement à de l'assurance mais aussi à des produits ou services divers comme des cartes de membre ou des garanties étendues. Bien qu'il soit difficile d'isoler l'aspect purement assurantiel dans ces demandes, l'Ombudsman a tenté de négocier avec l'entreprise en question pour obtenir un remboursement. La collaboration avec cette société basée en France a malheureusement été difficile. Seule une partie des plaignants a obtenu un remboursement, souvent uniquement partiel.

Pour ces raisons, l'Ombudsman a dénoncé cette pratique à la FSMA en sa qualité d'autorité de contrôle et celle-ci a pris contact avec son homologue français. L'Ombudsman a également informé l'Inspection économique du SPF Economie via le Service de médiation pour le consommateur.

Rappelons que pour une domiciliation contestée, le délai d'opposition auprès de la banque est de huit semaines. Lorsque le consommateur conteste l'existence même de la domiciliation, il dispose d'un délai allant jusqu'à 13 mois.

Cette problématique sonne comme un appel à la vigilance et confirme ce que l'Ombudsman a signalé dans ses rapports précédents à propos du devoir d'information des intermédiaires à titre accessoire.

DEMANDES D'INTERVENTION À TRAVERS LES BRANCHES

 INCENDIE

1.335

2021

1.611

2022

1.371

-15%

2023

 AUTO

1.031

2021

1.163

2022

1.094

-6%

2023

 TOUS RISQUES (MULTIMÉDIA, VÉLO...)

627

2021

619

2022

1.081

+75%

2023

 MALADIE

962

2021

821

2022

978

+19%

2023

 VIE

920

2021

947

2022

925

-2%

2023

 PROTECTION JURIDIQUE

615

2021

654

2022

786

+20%

2023

 ANNULATION

327

2021

489

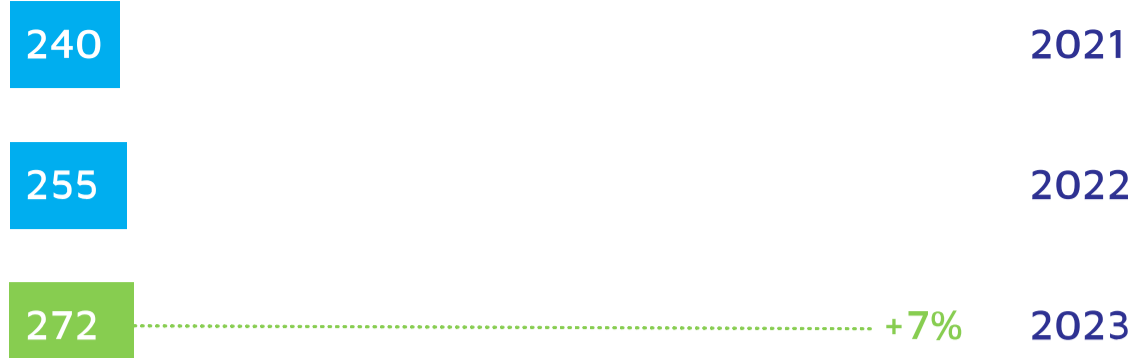
2022

397

-19%

2023

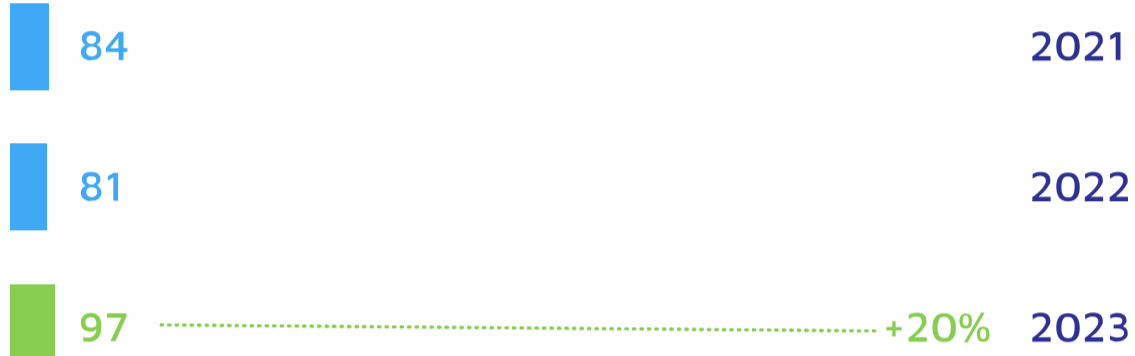
 RC DIVERSES



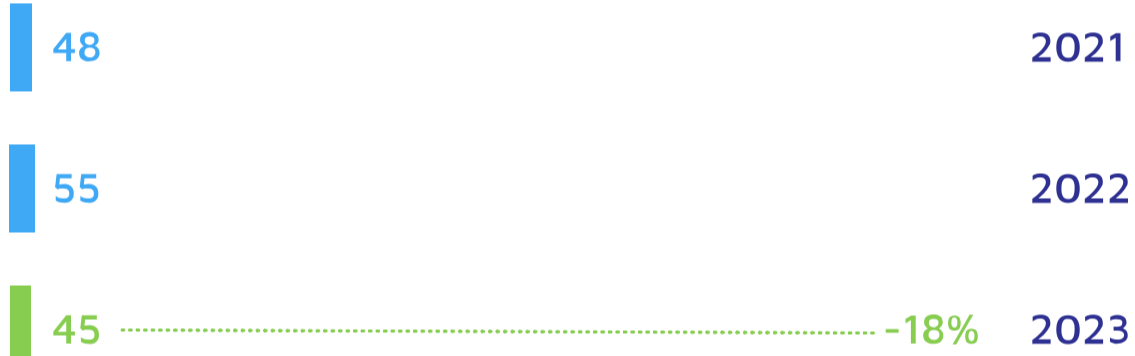
 ASSISTANCE



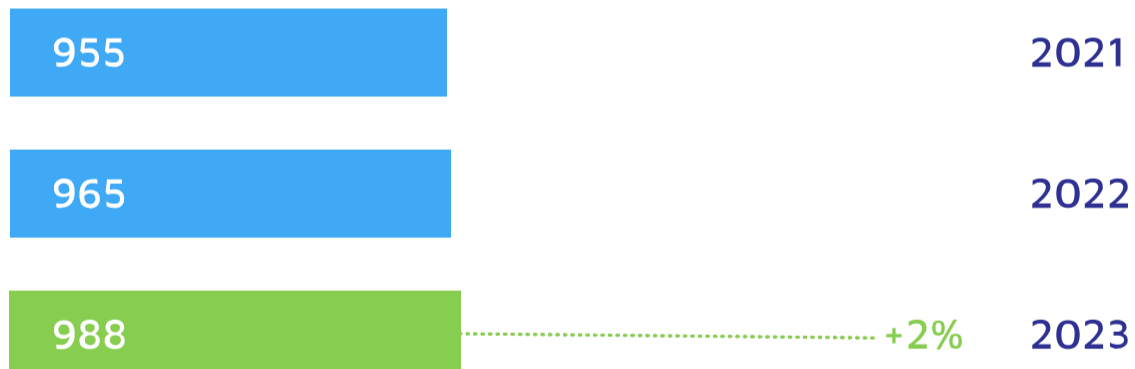
 ACCIDENTS DU TRAVAIL



 ACCIDENTS

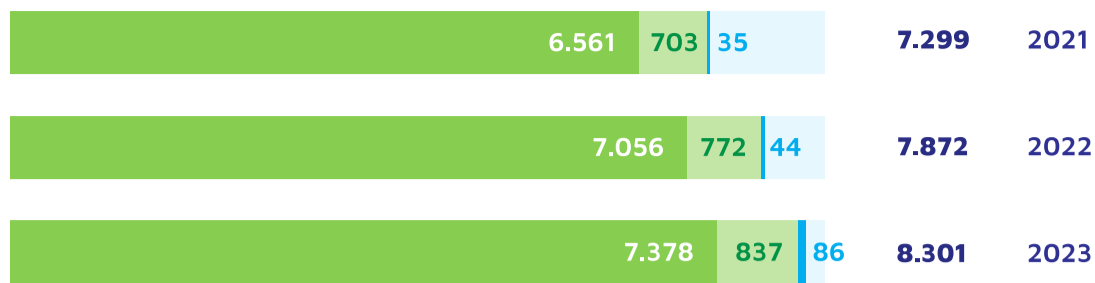


 DIVERS (NON PRÉCISÉ)

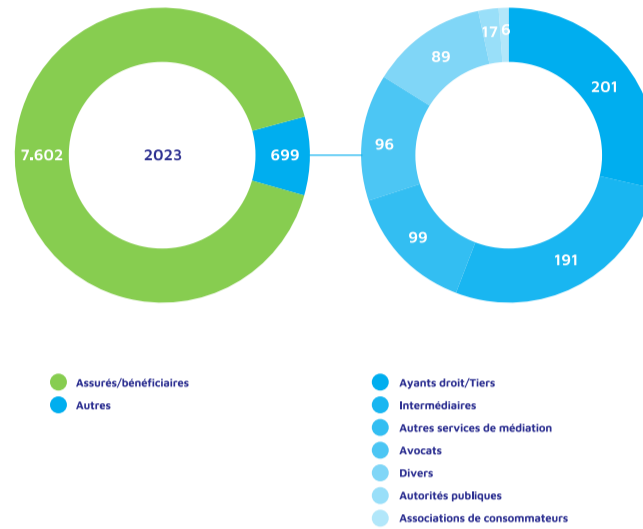


● Total 2021 = 7.299 ● Total 2022 = 7.872 ● Total 2023 = 8.301

RÉPARTITION ENTRE LES ACTEURS DU SECTEUR



PROVENANCE DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 9 dossiers sur dix, c'est l'assuré qui s'adresse à l'Ombudsman.

RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Sur les 8.301 demandes d'intervention enregistrées en 2023, l'Ombudsman en a analysé 3.722 dont 3.393 sont clôturées au 29 février 2024. **Dans 59 % des cas analysés, le consommateur a obtenu une solution.**

Dans 41 % des dossiers examinés, la demande n'est pas fondée. Une explication claire et précise est alors donnée au consommateur. 329 dossiers de 2023 (4 %) étaient encore en cours de négociation en date du 29 février 2024. L'Ombudsman a redirigé le consommateur, dans 3.032 cas (37 %), vers les services de plaintes des entreprises d'assurances et des intermédiaires et, dans 498 cas, vers un autre service de médiation.

Le consommateur s'est adressé dans 761 dossiers (9 %) à l'Ombudsman pour des renseignements et informations. Grâce à l'avis neutre et objectif donné par l'Ombudsman, ces demandes n'ont pas abouti à des plaintes. 288 demandes (3 %) échappent à la compétence de l'Ombudsman. Finalement, seuls 10 dossiers (< 1 %) ont été clôturés contre l'avis de l'Ombudsman.

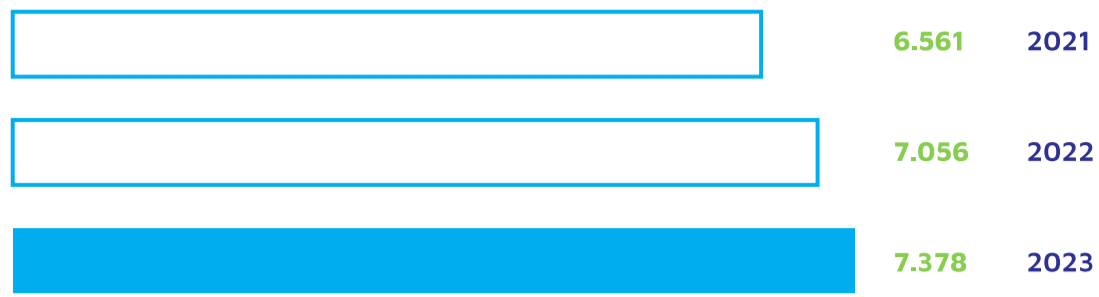
ENTREPRISES D'ASSURANCES

7.378
demandes d'intervention

une croissance de 5 %

La grande majorité des demandes concernent les entreprises d'assurances.
L'Ombudsman peut examiner les dossiers en faisant appel à la loi, aux dispositions du contrat mais aussi à l'équité.

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

 INCENDIE

1.198

2021

1.478

2022

1.226

2023

 TOUS RISQUES (MULTIMÉDIA, VÉLO...)

588

2021

573

2022

987

2023

 MALADIE

908

2021

762

2022

911

2023

 AUTO

886

2021

1.018

2022

910

2023

 VIE

798

2021

774

2022

785

2023

 PROTECTION JURIDIQUE

570

2021

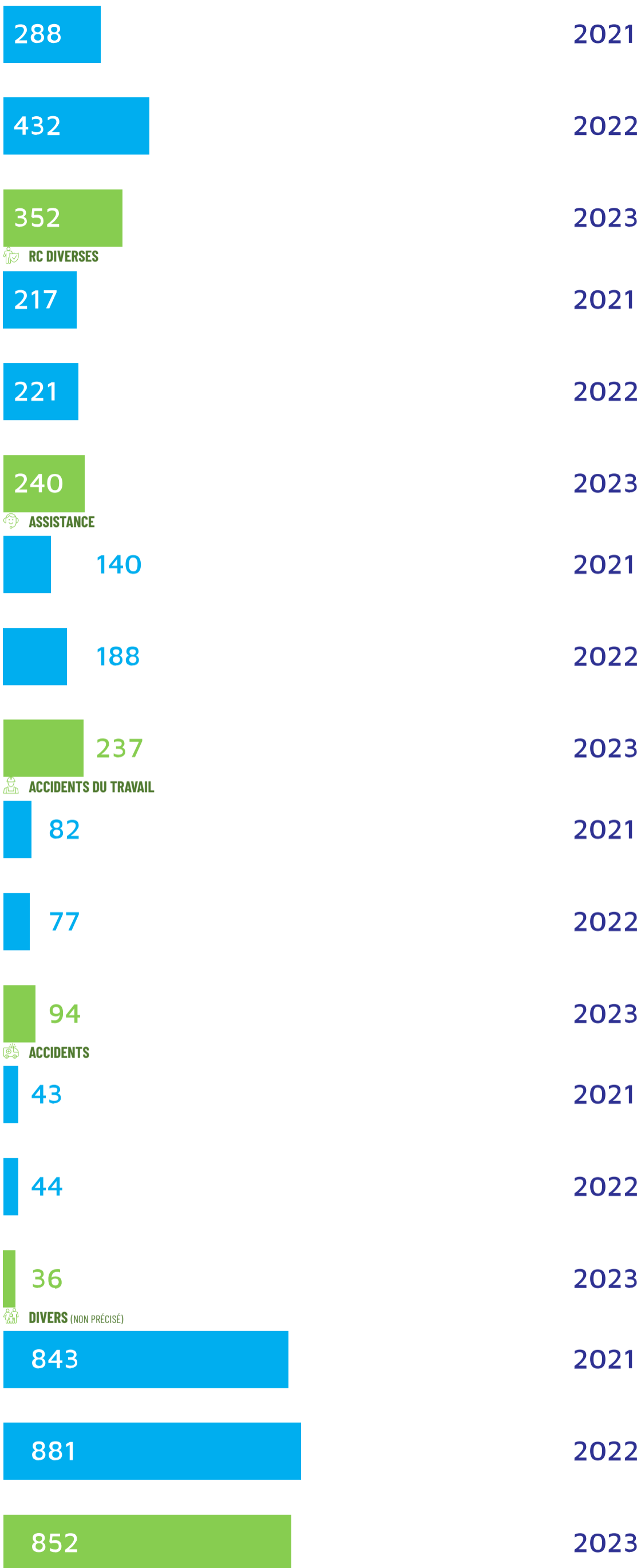
608

2022

748

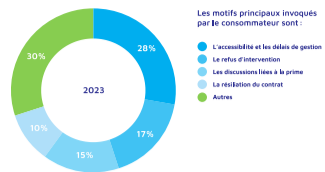
2023

 ANNULATION

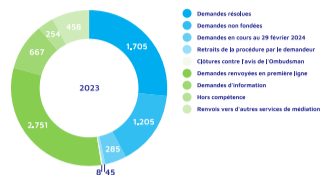


● Total 2021 = 6.561 ● Total 2022 = 7.056 ● Total 2023 = 7.378

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



2.910 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 29 février 2024. **Dans 59 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le demandeur vers la première ligne dans 2.751 dossiers (37 %).

INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

837
demandes d'intervention

une croissance de 8 %

10 % des demandes d'intervention concernent les intermédiaires.

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

 VIE

122

2021

173

2022

140

2023

 INCENDIE

128

2021

123

2022

126

2023

 AUTO

122

2021

113

2022

124

2023

 TOUS RISQUES (MULTIMÉDIA, VÉLO...)

39

2021

45

2022

94

2023

 MALADIE

54

2021

59

2022

67

2023

 ANNULATION

39

2021

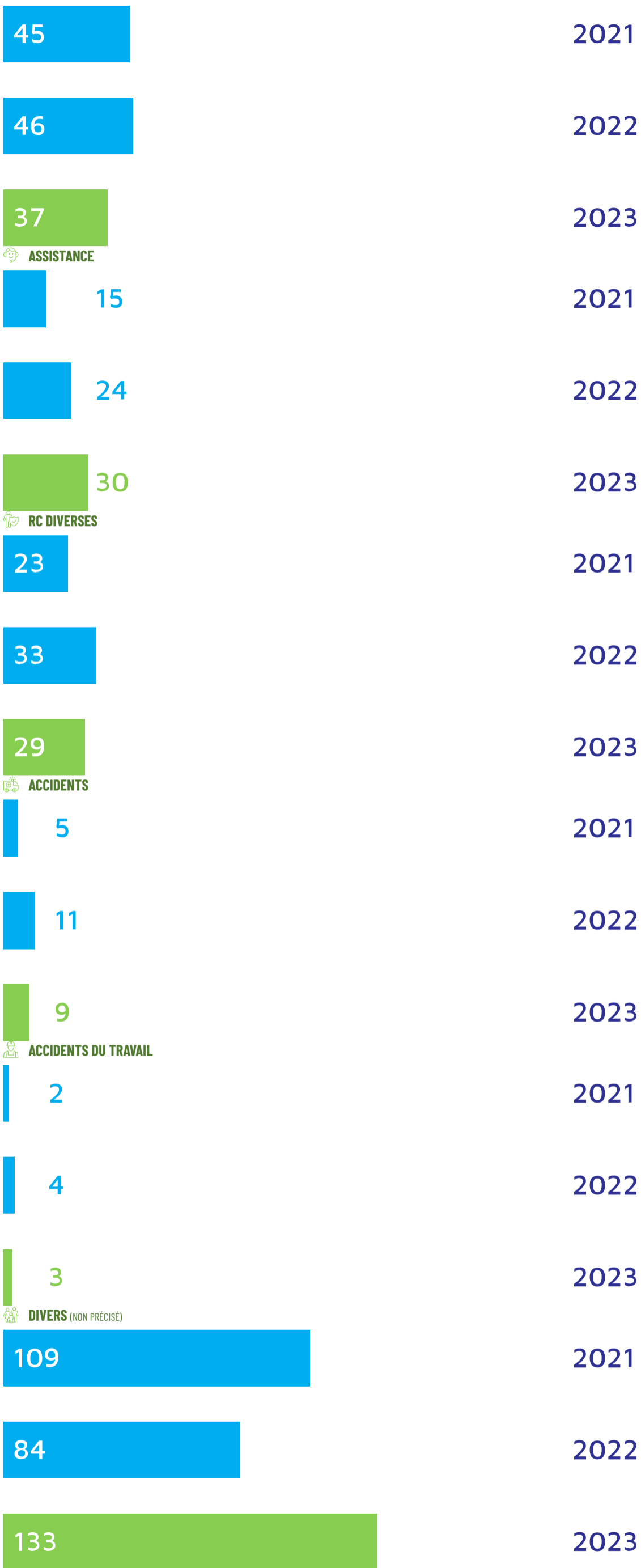
57

2022

45

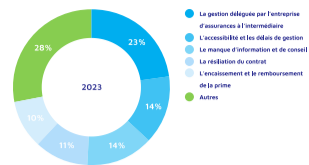
2023

 PROTECTION JURIDIQUE

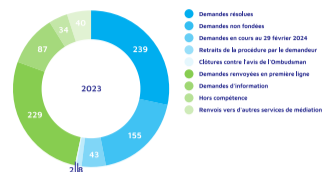


● Total 2021 = 703 ● Total 2022 = 772 ● Total 2023 = 837

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



394 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 29 février 2024. **Dans 61 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le consommateur vers la première ligne dans 27 % des dossiers.

DATASSUR

86
demandes d'intervention

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

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

 **AUTO**



 **INCENDIE**



 **RC DIVERSES**



 **PROTECTION JURIDIQUE**



 **DIVERS (NON PRÉCISÉ)**



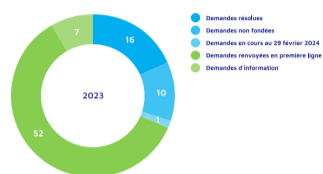
● Total 2021 = 35 ● Total 2022 = 44 ● Total 2023 = 86

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Les inscriptions dans le fichier à la suite d'une résiliation pour non-paiement de la prime constituent toujours la majorité des demandes d'intervention (62 %).

RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Comme l'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel, il a redirigé le demandeur vers Datassur en première ligne dans 60 % des cas. 26 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 29 février 2024. Dans 62% des cas, une solution a pu être apportée au consommateur.

LE FICHAGE DANS LE REGISTRE DE DATASSUR : SES CONSÉQUENCES ET LES DÉMARCHES POSSIBLES AUPRÈS DE L'OMBUDSMAN

En 2023, le nombre de demandes d'intervention auprès de l'Ombudsman concernant une inscription dans le fichier RSR (Risques Spéciaux/Spéciale Risico's, fichier géré par Datassur.) géré par Datassur a augmenté de façon significative. Bien que cette catégorie de doléances reste marginale par rapport à l'ensemble des demandes reçues, ce fichage peut entraîner des conséquences importantes pour le consommateur. Celui-ci éprouve inévitablement des difficultés pour souscrire une assurance pendant une période déterminée.

Datassur a revu la formulation de la **communication** adressée aux assurés qui sont enregistrés dans le fichier RSR. Les informations sont plus claires et accessibles, notamment au niveau des droits du consommateur et de la possibilité de consulter les données enregistrées et le cas échéant d'en demander la rectification. L'Ombudsman ne peut que soutenir toute initiative améliorant la communication envers le consommateur. Celle-ci a aussi naturellement un impact sur le nombre de demandes introduites auprès de l'Ombudsman.

La majorité des réclamations concernent le fichage pour non-paiement de la prime. Bien qu'une résiliation pour non-paiement d'une prime puisse de manière générale entraîner un fichage, **l'Ombudsman examine les circonstances concrètes** de chaque dossier.

Il convient tout d'abord de vérifier si le non-paiement est récurrent ou non. En cas de défaut de paiement répétitif, le fichage se justifie. En revanche, si cette situation ne se produit qu'une fois et qu'une régularisation est effectuée, la suppression du fichage est souhaitable.

L'Ombudsman a notamment pu obtenir un retrait de l'inscription lorsque le consommateur n'avait pas reçu ses avis d'échéance à cause de circonstances extérieures comme un déménagement ou une hospitalisation de longue durée. Dans d'autres cas, le fichage avait erronément été effectué dans le cadre d'une résiliation contestée.

Lors de fichages pour fraude, l'Ombudsman a pu faire rectifier des erreurs matérielles, comme l'inscription d'une personne qui n'était pas impliquée dans la fraude commise. Un fichage pour une exagération manifeste du dommage est, quant à lui, correct et ne pourra être contesté.

ACCESSIBILITÉ ET DÉLAIS

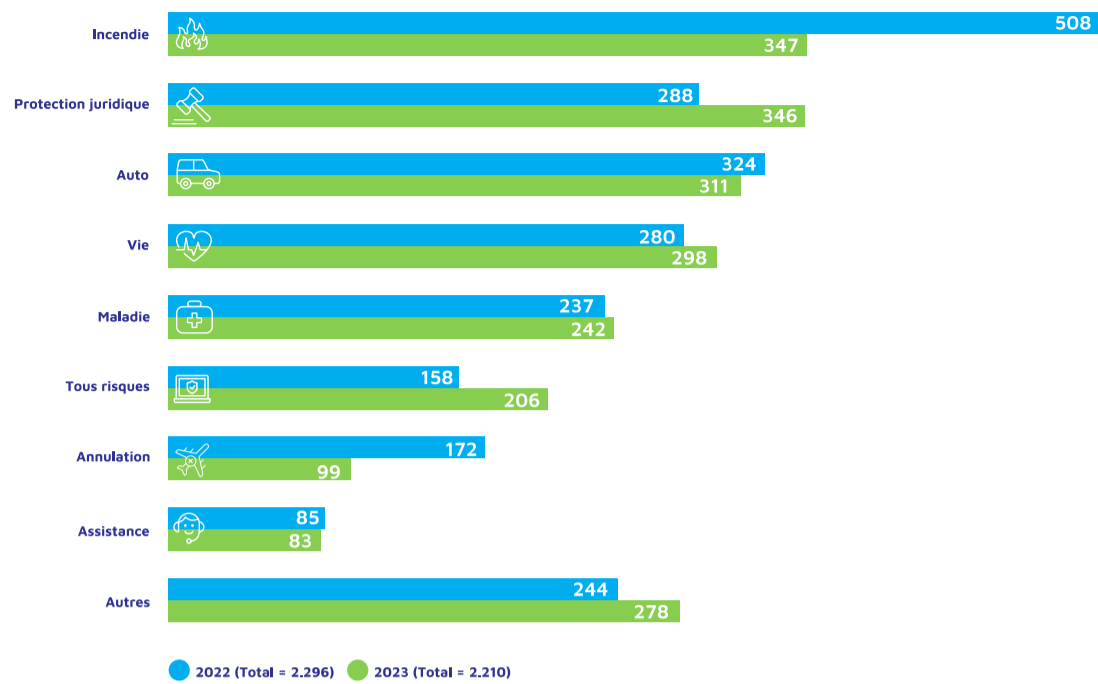


L'Ombudsman note, en 2023, une légère diminution du nombre des demandes d'intervention portant sur les délais de gestion et de réponse et l'accessibilité. Elles représentent cependant encore 27 % de l'ensemble des réclamations.

2.210
demandes d'intervention

une diminution de 4 %

RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE



UN LÉGER MIEUX AU NIVEAU DE L'ACCESSIBILITÉ ET DES DÉLAIS

En 2022, la problématique de l'accessibilité des entreprises d'assurances mais aussi des intermédiaires était un sujet majeur. Il s'agissait du premier motif de mécontentement des consommateurs auprès de l'Ombudsman (près d'une demande sur trois). Une des raisons principales était le manque de personnel dans le secteur des assurances. S'y sont ajoutées des catastrophes naturelles comme les inondations massives en 2021 et les tempêtes en 2022 qui ont particulièrement mis la branche incendie sous forte tension.

En 2023, l'Ombudsman constate, dans l'ensemble, une petite diminution de 4 % des réclamations portant sur le suivi. Elles représentent néanmoins encore 27 % des demandes d'intervention. Ceci est à nuancer en fonction de la branche d'assurance concernée.

EN SAVOIR PLUS

L'amélioration est significative en **assurance incendie** mais est aussi visible dans la **branche auto**. Ces deux branches nécessitent un suivi relativement rapide et sont régies par des procédures strictes. Ce sont aussi des matières pour lesquelles le consommateur est très exigeant quant au suivi de son dossier, particulièrement dans la gestion des sinistres.

Cette bonne nouvelle est quelque peu ternie par une augmentation des demandes d'intervention portant sur le suivi et les délais dans les dossiers d'**assurance protection juridique**. Afin de pouvoir offrir une gestion de qualité, surtout durant la phase amiable, les entreprises ont besoin d'un personnel formé, souvent en matière juridique, qui n'est pas facile à recruter dans les circonstances actuelles. Des facteurs externes comme les lenteurs de la justice ou encore les difficultés particulières que soulèvent les litiges transfrontaliers ont également des conséquences sur les délais de gestion.

En **assurance vie** également, les chiffres concernant les retards de gestion et l'accessibilité sont légèrement moins bons qu'en 2022. Ceci s'explique en partie par la poursuite de produits qui ne sont plus commercialisés ou par des reprises de portefeuille qui peuvent entraîner des problèmes d'organisation.

À côté de cela, les exigences en matière de blanchiment d'argent et le formalisme relativement strict alourdissent des situations de liquidation ou de rachat de police. Sur ce point, l'Ombudsman regrette une certaine rigidité de la part des entreprises, entraînant une charge administrative que le consommateur n'accepte pas toujours. Diverses pièces demandées par l'assureur solde restant dû peuvent susciter des interrogations comme la production d'une ordonnance d'un juge de paix pour des enfants qui ne sont que bénéficiaires en second rang. Le paiement se fait en premier lieu auprès de l'institution de crédit.

Dans les **branches assistance et annulation**, les problèmes de délais de gestion et d'accessibilité constituent un phénomène cyclique dû à l'activité même. C'est logiquement en période de congé que ces assureurs sont le plus exposés à une surcharge de travail.

Enfin, en **assurance multimédia**, la problématique de l'accessibilité et des délais reste très préoccupante. Comme les informations données lors de la souscription sont parfois lacunaires, le consommateur ne semble pas toujours savoir où s'adresser et qui contacter pour ses questions.

En termes d'accessibilité, l'Ombudsman s'interroge encore et toujours sur les très nombreux **appels téléphoniques** qu'il reçoit de la part de consommateurs n'arrivant pas à joindre leur entreprise d'assurances et se rabattant sur le numéro du service Ombudsman présent également sur toutes les polices d'assurance. Cela constitue une grande partie des 2.250 appels que l'Ombudsman reçoit en moyenne par mois.

De prime abord, l'Ombudsman n'a pas besoin d'effectuer une analyse approfondie des réclamations concernant les délais de gestion et l'accessibilité. Près de la moitié de ces demandes est transférée aux services internes de traitement de plaintes des entreprises d'assurances qui sont bien placés pour faire accélérer la gestion.

Bien qu'un progrès puisse donc être constaté, le défi de recruter, de former et de garder de nouveaux talents reste de taille, tout comme l'amélioration des procédures de gestion et une bonne intégration de la digitalisation.

SIGNATURE DU CONTRAT D'ASSURANCE



LA SIGNATURE ET LE CONTRAT D'ASSURANCE : « MAIS JE N'AI JAMAIS RIEN SIGNÉ ! »

L'Ombudsman reçoit régulièrement des demandes d'intervention de consommateurs qui réceptionnent des avis d'échéance pour des contrats d'assurance qu'ils ne pensent pas avoir souscrits. Dans certains cas, il s'agit d'une erreur survenue en faisant une simulation sur le site internet d'une entreprise d'assurances. D'autres dossiers concernent des souscriptions faites accessoirement à l'achat d'un produit comme les assurances GSM ou vélo.

Le consommateur ne croit pas non plus avoir rempli et signé les documents d'analyse des besoins et exigences ni avoir reçu les informations nécessaires(Voir aussi AssurMiFID (Lois des 30 et 31 juillet 2013 visant à renforcer la protection des utilisateurs de produits et services financiers ainsi que les compétences de l'Autorité des services et marchés financiers, et portant des dispositions diverses, M.B., 30 août 2013 et leurs arrêtés royaux d'exécution) et IDD (Loi du 6 décembre 2018 transposant la directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, M.B., 18 décembre 2018.) lors de la souscription.

La problématique de la signature qui formalise l'engagement est d'autant plus importante qu'il existe à présent de nombreuses formes de signature. La signature manuscrite transmise sur un document scanné, l'acceptation via un SMS, la confirmation via sa carte bancaire, itsme® ou eID entre autres constituent différentes manières de signer et apportent des degrés de sécurité variables.

L'authenticité et la contestation d'une signature relèvent de l'appréciation du juge en Belgique. Les multiples formes sont valables. Il ressort cependant des demandes introduites auprès de l'Ombudsman que **certaines principes devraient être appliqués** quand on procède à la signature d'un contrat d'assurance.

EN SAVOIR PLUS

Le nombre de signatures doit correspondre au nombre de documents signés. En d'autres mots, **chaque document devrait être signé séparément**. L'Ombudsman constate parfois que le consommateur est invité à approuver en une seule fois un ensemble de documents par voie digitale ou par carte bancaire. Afin d'attirer l'attention du consommateur sur ce qu'il signe, il faut éviter de lui faire confirmer le tout en une seule fois.

Immédiatement après la souscription électronique, **tous les documents signés doivent être envoyés** au consommateur afin qu'il puisse en prendre connaissance à nouveau et, si nécessaire, émettre des remarques, poser des questions ou exercer son droit de rétractation.

Il ne faut **utiliser qu'une seule forme de signature** pour l'ensemble du contrat et des documents y afférents. Il faut éviter de créer la confusion en faisant signer une partie de façon manuscrite, une autre via carte bancaire et une dernière via un code transmis par SMS.

La signature électronique a déjà une importance fondamentale pour le secteur. Faciliter son usage est un impératif économique, l'encadrer est une nécessité juridique.

INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES



L'Ombudsman est également compétent pour examiner les demandes vis-à-vis des courtiers, agents et intermédiaires à titre accessoire. Le devoir de conseil est fondamental dans ces fonctions et une bonne communication est la clé pour obtenir la satisfaction du consommateur.

837
demandes d'intervention

une croissance de **8 %**

Les statistiques relatives aux intermédiaires sont reprises dans le chapitre chiffres-clés.

LA FAUTE DE L'INTERMÉDIAIRE : UNE DISCUSSION DIFFICILE AVEC L'ASSUREUR RESPONSABILITÉ

Il arrive qu'un intermédiaire en assurances, comme tout professionnel, commette une erreur lors de la souscription d'un contrat ou de la gestion d'un sinistre. L'Ombudsman reçoit chaque année des demandes d'intervention pour lesquelles la responsabilité du conseiller pourrait être engagée.

Quand la responsabilité de l'intermédiaire est mise en cause par le consommateur, il le dirige en général vers son assureur responsabilité civile professionnelle. La question de la preuve se pose alors. La plupart des échanges entre le conseiller en assurances et son client se tiennent oralement et on ne dispose pas toujours de pièces écrites qui établissent concrètement les informations données.

EN SAVOIR PLUS

Dans divers dossiers, les preuves de la responsabilité de l'intermédiaire ne sont pas matérielles mais circonstancielles, les documents de souscription ou d'analyse des besoins et exigences du consommateur sont inexistantes ou incomplets, le conseil donné n'est pas motivé ou encore le produit d'assurance souscrit ne correspond pas à la situation de l'assuré. Certains assureurs ont toutefois tendance à ne pas retenir de responsabilité, même partielle, dans le chef de leur assuré (l'intermédiaire) et à reporter la faute sur le consommateur et sur les renseignements fournis par celui-ci. Même la reconnaissance(Voir aussi l'art. 149 loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.) matérielle de l'erreur par l'intermédiaire est souvent écartée.

Cette position est discutable surtout lorsque le produit d'assurance proposé est manifestement inadéquat ou quand l'intermédiaire reconnaît son erreur. Cela donne en outre une image très négative du secteur et du rôle de l'intermédiaire, ce qui complique inutilement la relation du conseiller avec son client.

LA CHARGE ADMINISTRATIVE DE L'INTERMÉDIAIRE : UN POIDS NÉCESSAIRE

L'Ombudsman constate que certains intermédiaires éprouvent des difficultés à remplir concrètement leurs obligations administratives. La charge administrative est croissante, la législation est complexe et il peut sembler fastidieux de suivre l'ensemble des formalités dans la pratique journalière de l'intermédiation. Ceci est alourdi par les tâches déléguées à l'intermédiaire par les entreprises d'assurances comme l'encodage des contrats dans des programmes propres à chaque assureur.

Dans les dossiers qui lui sont soumis, l'Ombudsman note que l'analyse des besoins et exigences et la motivation du conseil donné n'ont, trop souvent, pas été consignées par écrit. Dans d'autres dossiers, les formalités ont été remplies mais de façon lacunaire. Un grand nombre d'informations entre le client et son conseiller en assurances sont échangées oralement et une confirmation écrite n'est pas toujours jugée nécessaire. Pourtant l'intermédiaire est tenu de documenter son analyse en conservant les informations recueillies (Loi du 6 décembre 2018 transposant la directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, M.B., 18 décembre 2018).

L'Ombudsman plaide, comme par le passé (Rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, recommandation « Vers une nouvelle approche de l'analyse des besoins et exigences par l'intermédiaire ».), pour une approche plus pragmatique des formalités afin de les rendre administrativement plus gérables tout en gardant leur utilité finale. Les écrits sont utiles en cas de différend entre l'intermédiaire et le consommateur. Un dossier bien tenu peut éviter de longues discussions, voire faire apparaître des défauts d'assurance avant que ceux-ci n'aient de répercussions.

L'INTERMÉDIAIRE À TITRE ACCESSOIRE : LE CONSEIL VA AU-DELÀ DE LA VENTE

En 2023, le nombre de demandes d'intervention concernant les produits d'assurance vendus par des intermédiaires à titre accessoire a fortement augmenté. Une grande partie de ces dossiers provient du problème spécifique de domiciliation abordé ci-dessus. Outre cette problématique, de nombreux consommateurs s'adressent à l'Ombudsman à propos de contrats d'assurance multimédia, vélo et voyages.

Comme les années précédentes (Rapport annuel 2020 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, Assurance GSM et intermédiaire à titre accessoire : « vous prendrez bien une petite assurance avec cela ? » ; Rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, « L'intermédiaire à titre accessoire : toute vente mérite conseil ».), on remarque que ces produits sont vendus en complément d'un bien de consommation et que le conseil et l'information donnés lors de la vente sont incomplets voire inexistantes.

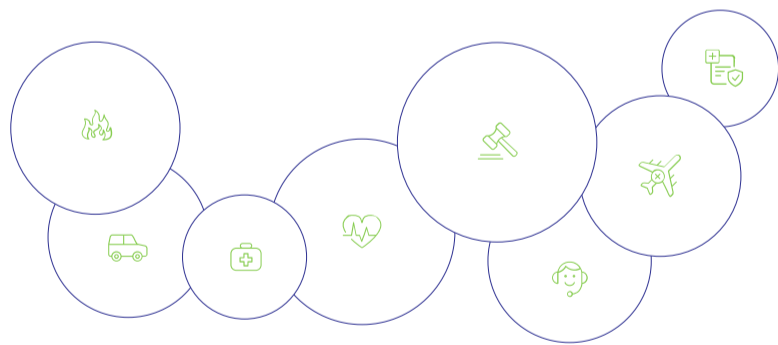
EN SAVOIR PLUS

C'est lors d'un sinistre que le consommateur se rend compte des limites de l'assurance et des exclusions. La procédure **en cas de sinistre** peut également être assez opaque. Citons à titre d'exemple la transmission du GSM endommagé à une société externe pour une analyse technique. Les conclusions de ces sociétés sont, la plupart du temps, assez sommaires et peu motivées. De plus, cette procédure peut être relativement longue, ce qui est gênant pour un produit que l'on utilise intensément.

Comme l'intermédiaire à titre accessoire tient uniquement un rôle de vendeur pour ces produits d'assurance, le consommateur ne reçoit pas de soutien de sa part en cas de sinistre comme ce serait le cas avec un intermédiaire classique.

Un conseil plus poussé, la confirmation des couvertures et des exclusions via une fiche informative et la mention de points de contact disponibles sont un prérequis pour poursuivre efficacement le système mis en place des intermédiaires à titre accessoire.

DEMANDES PAR BRANCHE D'ASSURANCE



ASSURANCE INCENDIE



1.371
demandes d'intervention

une diminution de 15 %

INCENDIE

642

2021

647

2022

687

2023

DÉGÂTS DES EAUX

366

2021

350

2022

385

2023

VOL

61

2021

77

2022

85

2023

CATASTROPHES NATURELLES

149

2021

352

2022

81

2023

TEMPÊTE

76

2021

141

2022

80

2023

BRIS DE VITRAGES

8

2021

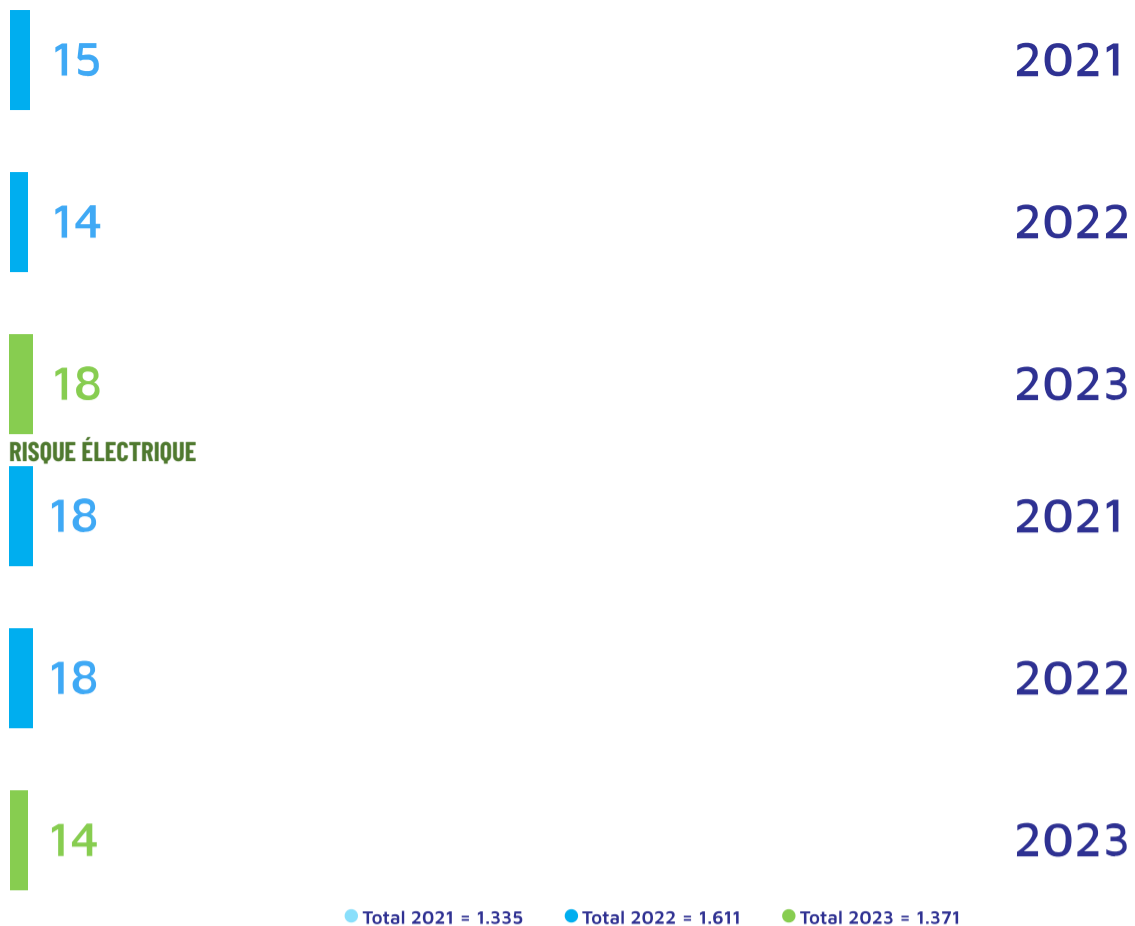
12

2022

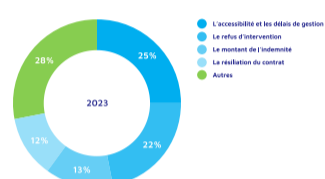
21

2023

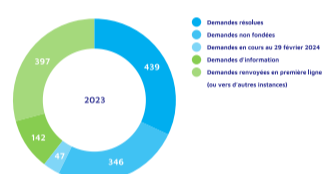
RC IMMEUBLE



MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 56 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

LA MAUVAISE SURPRISE DE LA SOUS-ASSURANCE

La sous-assurance a généralement une influence significative sur le montant de l'indemnité. Dans la branche incendie, elle ne résulte pas nécessairement de la volonté du consommateur ou de son intermédiaire.

Lors de la souscription du contrat d'assurance (Art. 3 § 2 A.R. du 24 décembre 1992 portant exécution de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, M.B., 31 décembre 1992.), le consommateur est en principe invité à remplir une **grille d'évaluation**. Bien que celle-ci diffère d'une entreprise d'assurances à l'autre, le **système est principalement basé sur le nombre de pièces**. Les pièces ayant une surface minimale déterminée sont comptées et un questionnaire à remplir permet à l'entreprise d'assurances d'évaluer correctement le risque. Cette grille d'évaluation vise à éviter la sous-assurance, elle est efficace pour autant qu'elle soit correctement complétée et mise à jour en cas de transformation.

EN SAVOIR PLUS

Il ressort des demandes d'intervention reçues que les erreurs matérielles découlent souvent d'une mauvaise compréhension des questions posées dans cette grille d'évaluation. Ces erreurs peuvent être le fait du consommateur lui-même mais aussi de son intermédiaire. De plus, le contrôle des éléments déclarés s'avère difficile dans la mesure où ils ne figurent pas dans les conditions particulières.

La sous-assurance n'est découverte qu'à l'occasion d'un sinistre. La souscription peut donc remonter à de nombreuses années lorsque l'on s'aperçoit de l'erreur.

Les réponses et renseignements fournis lors de la souscription ne correspondent souvent plus avec la réalité du bien lors du sinistre. La transformation de caves ou greniers en pièces habitables, la construction d'une annexe mais aussi la pose de parquet peuvent avoir une incidence importante sur l'évaluation du risque. Malheureusement rares sont les personnes qui réévaluent de façon régulière la pertinence des informations données.

Il faut reconnaître que certaines quittances de prime mentionnent le nombre de pièces de manière succincte. Cela ne suffit malheureusement pas à attirer l'attention du consommateur sur l'importance d'actualiser cette évaluation.

On ne peut dès lors qu'insister sur l'intérêt de vérifier que les éléments repris dans le contrat restent d'actualité et de signaler toute modification du risque. Ainsi on pourra éviter des situations pouvant entraîner des conséquences financières lourdes.

CAS VÉCU

TRADUIT DU NÉERLANDAIS

A.H., Retie

Depuis mars 2021, j'ai de nombreux échanges par e-mail et par téléphone avec mon assureur X, au sujet d'un sinistre (dégâts des eaux). Dernièrement, j'ai envoyé une lettre recommandée au contre-expert désigné par mes soins, lequel a alors pris rendez-vous avec l'expert de l'assureur. Hier, tous deux sont venus pour une expertise contradictoire, mais nous restons malheureusement dans l'impasse. L'expert de l'assureur maintient qu'il s'agit de condensation, tandis que mon contre-expert impute le dégât des eaux à une rupture de canalisation. Notre chaudière à haut rendement est entretenue chaque année par la société qui l'a installée et l'entretien a justement eu lieu la semaine dernière. Selon le technicien, qui parle en connaissance de cause, « l'eau qui s'écoule est manifestement une conséquence de la condensation, c'est d'ailleurs le principe même d'une chaudière à condensation, or en l'occurrence l'eau fuit par un tuyau cassé, ce qui n'est évidemment pas normal ». Toujours selon lui, les dégâts sont clairement dus à une fuite, et non à la condensation en tant que telle. D'où mon choix pragmatique de consulter votre service, le but étant de faire réparer ces dégâts survenus il y a plus d'un an.

Le refus d'intervention est toujours un des motifs principaux des demandes d'intervention soumises à l'Ombudsman. Ce refus est particulièrement marqué dans la garantie dégâts des eaux.

Le dommage causé par la condensation est généralement exclu des couvertures d'assurance incendie. Dans une grande majorité des polices d'assurances, cette exclusion est générale. Seules certaines entreprises d'assurances utilisent une formulation plus spécifique.

L'exclusion était assez bien comprise dans le passé. La condensation et les dommages qu'elle entraîne étaient fortement liés à des défauts de construction ou à un manque de ventilation. Ces causes ne relèvent pas de la couverture dégâts des eaux.

Les modifications plus récentes au niveau de la construction, animées par la crise énergétique et par le réchauffement climatique, ont pour conséquence une augmentation du risque de condensation. C'est le cas de **l'isolation renforcée des bâtiments** mais aussi des **chaudières à condensation**.

L'Ombudsman reçoit à présent plus de dossiers dans lesquels le consommateur a subi un dégât au niveau du système de ventilation ou de l'évacuation de la condensation de sa chaudière. Il s'agit d'événements soudains comme des fissures ou des détachements de joints d'étanchéité.

On peut dès lors se demander si l'exclusion générale des « dommages dus à la condensation » ne devrait pas être revue étant donné les nouvelles technologies utilisées dans la construction. Ne devrait-elle pas être plus nuancée dans les conditions générales des contrats d'assurance ?

ASSURANCE AUTO



1.094
demandes d'intervention

une diminution de 6 %

RC AUTO



DÉGÂTS MATÉRIELS (OMNIUM)

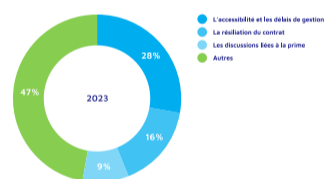


VOL

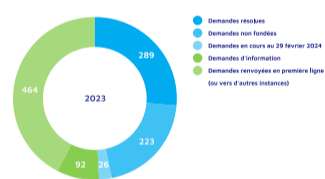


● Total 2021 = 1.031 ● Total 2022 = 1.163 ● Total 2023 = 1.094

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 56 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

LA RÉSILIATION : UNE AMÉLIORATION MAIS UN FORMALISME QUI RESTE INCOMPRIS

L'Ombudsman a constaté une nette baisse du nombre de demandes d'intervention concernant la résiliation des contrats d'assurance auto (- 26 %). Cette baisse peut s'expliquer par une stabilisation du marché après des années marquées par le covid-19 et l'inflation.

Toutefois, l'Ombudsman reçoit encore des demandes de consommateurs qui critiquent le formalisme imposé dans le cadre de la résiliation. L'envoi d'une lettre recommandée(Art. 84 § 1 loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.) exigé par des entreprises d'assurances fait l'objet de nombreuses critiques. On peut s'étonner qu'un assureur informé de la volonté de résilier du preneur d'assurance et de la date de résiliation, par exemple via un e-mail avec accusé de réception, refuse d'acter le renon pour des raisons purement formelles.

Les **changements législatifs** en matière de résiliation(Loi du 9 octobre 2023 simplifiant les règles de résiliation des contrats d'assurance, M. B., 18 octobre 2023.) des contrats d'assurance pourront avoir un effet sur cette problématique. Une résiliation facilitée après une première année de couverture ne donnera plus l'impression au consommateur d'une relation contractuelle forcée.

L'OMNIUM : COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL S'ASSURER ?

Une assurance couvrant les dégâts matériels du véhicule est intéressante pour une voiture neuve. De nombreux consommateurs changent de formule une fois le véhicule plus âgé, afin de passer vers une garantie « petite omnium » ou de supprimer la couverture des dégâts matériels.

Certaines formules de couverture omnium peuvent toutefois avoir des **effets étonnants lors d'une perte totale économique**. L'Ombudsman a été saisi de plusieurs cas dans lesquels, à la suite d'un sinistre entraînant une perte totale, l'indemnité fixée de manière conventionnelle était moins élevée que la valeur de l'épave du véhicule. L'entreprise d'assurances ne devait donc plus intervenir dans l'indemnisation, au grand dam de l'assuré.

Il n'est pas facile de prévoir la perte de valeur progressive d'un véhicule. En fonction du marché de l'occasion, des kilomètres parcourus et du type de véhicule, cette perte de valeur peut évoluer fortement. Il est dès lors important que l'assureur informe correctement le consommateur sur la formule utilisée pour fixer la valeur conventionnelle.

Divers assureurs ont réglé cette problématique en ajoutant expressément, dans les conditions générales, un basculement vers une indemnisation en valeur réelle si la valeur conventionnelle est inférieure à la valeur réelle.

La garantie omnium garde bien entendu également son sens pour les dommages qui n'entraînent pas de perte totale.

ASSURANCE MALADIE



978

demandes d'intervention

une croissance de **19 %**

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ
NON LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE



REVENU GARANTI



ASSURANCE SOINS DE SANTÉ
LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE



ASSURANCE DENTAIRE

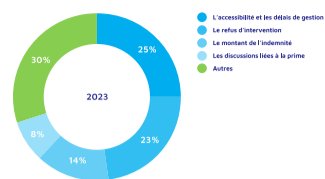


COUVERTURES SPÉCIFIQUES
(ASSURANCE D'ATTENTE, FRAIS AMBULATOIRES ...)

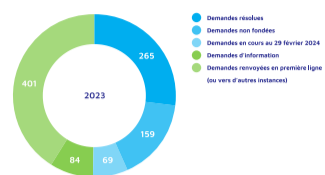


● Total 2021 = 962 ● Total 2022 = 821 ● Total 2023 = 978

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 63 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

VOTRE ENFANT SUCE SON POUCE ? C'EST PEUT-ÊTRE LE MOMENT DE SOUSCRIRE UNE ASSURANCE DENTAIRE.

CAS VÉCU

TRADUIT DU NÉERLANDAIS

S. D.C., Lendelede

Depuis quelques années, trois membres de notre famille sont assurés chez X pour les soins dentaires. Notre plus jeune fille est en pleine croissance et nous tenions à ce qu'elle bénéficie également de cette couverture. J'ai donc rempli soigneusement tous les documents. À la question concernant l'orthodontie, j'ai répondu par l'affirmative. La question était la suivante : un traitement orthodontique est-il en cours, prévu ou recommandé ? Étant donné que ce traitement sera nécessaire à l'avenir, j'ai coché la case "oui". Cependant, aucun traitement n'est en cours actuellement. Par conséquent, la compagnie m'a accordé l'assurance sans remboursement des frais d'orthodontie, alors que c'est la raison pour laquelle je souhaitais la souscrire. Est-il normal qu'une assurance dentaire complémentaire exclue l'orthodontie pour un enfant de 13 ans ? À présent, je voudrais résilier cette assurance pour ma fille cadette afin de la faire assurer ailleurs. Je trouve assez mesquin qu'une assurance complémentaire puisse exclure certaines prestations pour une personne aussi jeune.

Au cours de l'année 2023, l'Ombudsman a été contacté plus fréquemment à propos de refus d'intervention en assurance maladie (+ 28 %). Une grande partie de ces refus concernent l'assurance soins dentaires. **Lors d'une demande de prise en charge de soins orthodontiques** pour les enfants du preneur d'assurance, **l'assureur invoque souvent l'état préexistant**.

Les traitements orthodontiques sont devenus monnaie courante. Le moment de la souscription de l'assurance reste cependant fondamental. Certains consommateurs souscrivent une police après l'indication du dentiste que leur enfant aura besoin de soins orthodontiques ultérieurement. Ils perdent alors de vue que le fait d'avoir connaissance du traitement à venir peut entraîner un refus de la part de l'assureur.

Dans un contrat d'assurance, l'assureur s'engage envers le preneur d'assurance à fournir une prestation au cas où surviendrait un événement incertain (Art. 5, 14^e loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.). On ne peut donc pas s'assurer pour les cas où il n'y a plus d'aléa.

Ce principe est explicitement rappelé lors de l'acceptation médicale. Les entreprises d'assurances prévoient une exclusion pour tout traitement déjà pressenti lors de la souscription. Cette exclusion semble ne pas toujours être comprise ou remarquée par le consommateur. Ceci est particulièrement le cas lors de souscriptions sur internet durant lesquelles le consommateur doit être particulièrement attentif aux clauses du contrat.

Dans ces dossiers, l'Ombudsman vérifie la formulation des questions dans les questionnaires médicaux et les réponses données. Il examine en outre si le consommateur a pu prendre connaissance des conditions contractuelles et les a acceptées.

La confusion des consommateurs peut également provenir du fait que les états préexistants sont généralement couverts dans le cadre des assurances soins de santé liées à l'activité professionnelle (collectives).

Il faut mentionner finalement une solution existant dans certaines formules d'assurance qui prévoient des délais d'attente, parfois de trois ans, puis une couverture sans exclusion pour les soins orthodontiques.

QUAND LES EFFETS SECONDAIRES DEVIENNENT LE BUT RECHERCHÉ : FAUT-IL COUVRIR L'UTILISATION « OFF-LABEL » DES MÉDICAMENTS ?

Le phénomène s'est produit plusieurs fois ces dernières années : un médicament conçu initialement pour une affection spécifique est utilisé pour un effet secondaire jugé bénéfique. Dans les demandes reçues par l'Ombudsman, cela vise des **médicaments** comme l'Ozempic **prévus pour des cas de diabète et qui ont pour conséquence de faciliter la perte de poids**.

Jusqu'au milieu de l'année 2023, certains médecins ont prescrit ce médicament à des patients atteints d'obésité. La prise en charge de cette prescription a par la suite été refusée par les mutuelles, entraînant aussi généralement un refus de l'entreprise d'assurance maladie.

EN SAVOIR PLUS

Lorsque le contrat d'assurance prévoit qu'un refus de la mutuelle entraîne une situation de non-couverture, il n'y a pas d'intervention de l'assureur.

En revanche, quand cette exclusion n'est pas reprise dans le contrat, la discussion peut être plus ardue. Plusieurs entreprises d'assurances avancent que l'action bénéfique du médicament n'est pas encore établie scientifiquement. Bien que ce point de vue soit discutable à la lecture des récentes publications scientifiques, il faut noter que le traitement semble s'inscrire dans la durée et que son coût est élevé.

La question est mise de côté pour l'instant puisque le médicament concerné ne peut en principe plus qu'être prescrit pour son utilité première, le traitement du diabète. Il faut néanmoins entamer une réflexion quant à la couverture à venir de traitements, parfois à vie, de l'obésité et des médicaments qui seront développés sur la base du produit existant.

UNE PRIME INDEXÉE MAIS DES PRESTATIONS ASSURÉES FIGÉES

Plusieurs consommateurs ont interrogé l'Ombudsman face à la non-indexation des montants forfaitaires ou des plafonds annuels prévus par leur contrat d'assurance maladie alors que la prime d'assurance est, elle, bien indexée (Art. 204 § 2 loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014). Il s'agit de polices ayant été souscrites il y a de nombreuses années et dont la prime a été régulièrement indexée, conformément à la loi relative aux assurances. L'indexation en tant que telle ne peut être remise en cause mais en 2023, celle-ci fut particulièrement visible.

EN SAVOIR PLUS

Ce qui dérange les consommateurs, c'est qu'alors que les primes sont adaptées au coût de la vie, les montants prévus dans ces anciens contrats restent figés et couvrent donc de moins en moins les dépenses réellement effectuées. Bien que cela soit juridiquement correct, cette

pratique peut poser question en termes d'équité.

Souvent ces polices ne sont plus commercialisées et ont été remplacées par de nouveaux contrats. Dans certains dossiers, l'Ombudsman a constaté que l'entreprise d'assurances avait proposé une nouvelle formule de couverture au consommateur et que ce dernier avait eu l'occasion de prendre une décision. Cependant, changer de contrat bien plus tard peut être problématique pour le consommateur, surtout si ce passage implique une nouvelle acceptation médicale.

ASSURANCE VIE



925

demandes d'intervention

une légère diminution de 2 %

RÉPARTITION ASSURANCE VIE

BRANCHE 21



Classique

Solde restant dû

Assurance funéraires

ASSURANCE GROUPE



BRANCHE 26



BRANCHE 23



GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ACRI/ACRA



EMPRUNT HYPOTHÉCAIRE

3

2021

3

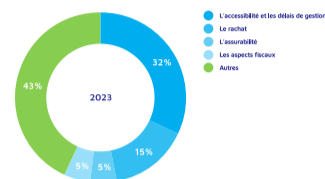
2022

1

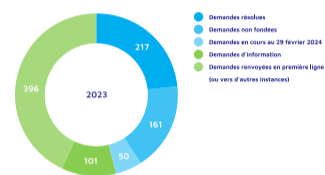
2023

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

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

LES ASPECTS FISCAUX TOUJOURS NÉBULEUX POUR LE CONSOMMATEUR

En 2023, l'Ombudsman a été fréquemment interrogé au sujet des aspects fiscaux liés à l'épargne-pension (Voyez notamment <https://www.wikifin.be/fr/pension-et-preparation-de-la-retraite/epargne-pension/comment-votre-epargne-pension-est-elle-taxee> et <https://finances.belgium.be/fr/node/3293>) ou à l'épargne à long terme (Voyez notamment <https://www.wikifin.be/fr/epargner-et-investir/produits-dinvestissement/produits-long-terme/quest-ce-que-lepargne-long-terme>; et <https://finances.belgium.be/fr/entreprises/autres-taxes/pour-organismes-financiers-et-compagnies-assurance/taxe-sur-epargne-a-longterme>). Quel montant peut-on déduire fiscalement ou à quel moment doit-on payer la taxe ? Ce sont là des questions récurrentes que se pose le consommateur.

Le transfert des réserves d'une assurance épargne-pension d'un assureur, parfois étranger, vers un autre est également une source de questionnement, principalement à propos de l'exonération du précompte professionnel.

En outre, la **problématique de la récupération de la taxe anticipative** quand le preneur n'a jamais bénéficié d'un avantage fiscal reste d'actualité dans les dossiers traités par l'Ombudsman. Le consommateur ne dispose que d'un délai de deux ans pour récupérer cette taxe (Art. 202/8 Code des droits et taxes divers.). La taxe déduite par l'assureur aux 60 ans de son client ne peut donc en principe plus être récupérée lors du paiement de l'épargne-pension à ses 65 ans.

EN SAVOIR PLUS

Le gouvernement a en outre décidé de percevoir cette taxe de façon encore plus anticipée de 2015 à 2019 : pour les contrats souscrits avant les 55 ans du preneur, l'administration a procédé à une retenue annuelle d'1 % de 2015 à 2019 sur le capital tel qu'il était constitué au 31 décembre 2014, soit 5 % au total. Ces montants perçus anticipativement sont ensuite déduits de la taxe finale de 8 % aux 60 ans.

Après le délai de deux ans, peut-on encore demander un remboursement de ces avances ? L'administration fiscale a confirmé que le délai de deux ans ne débute que lorsque la taxe est définitivement due, c'est-à-dire lors du 60ème anniversaire du consommateur et non lors des prélèvements anticipés annuels d'1 %.

Cela solutionne les dossiers pour lesquels des prélèvements anticipés ont été effectués de 2015 à 2019 mais pour ceux qui sont introduits plus de deux ans après la taxation à 60 ans, il convient de trouver une solution plus large. L'Ombudsman formule une recommandation sur ce point.

LE DEUXIÈME PILIER MÉRITE UN PEU D'HUILE DANS SES ROUAGES

L'Ombudsman a connu une croissance des demandes liées aux assurances groupe ou pensions complémentaires en 2023. Tout d'abord, il relève que le flux d'information entre la banque de données SIGEDIS et les entreprises d'assurances ne se fait pas toujours sans accroc. Quand l'assureur est informé de la mise à la retraite avec un retard de plusieurs années, le consommateur regrette de ne pas percevoir d'intérêts pour cette période.

D'autres demandes visent le fait que le paiement de la pension complémentaire doit avoir lieu lors de la prise de cours de la pension légale (Art. 27 loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires de sécurité sociale, M.B., 15 mai 2003.). Cela peut poser des problèmes dans les **contrats dormants, qui prévoient un terme aux 60 ans du consommateur et ne disposent pas d'une couverture décès**. L'âge légal de la pension étant fixé actuellement à 65 ans, cela crée une période de risque supplémentaire de 5 ans qui n'est pas sans conséquence. Une personne qui décède entre 60 et 65 ans pourrait dès lors avoir cotisé durant sa carrière « pour rien ».

Certains assureurs n'octroient plus d'intérêts à partir du terme du contrat aux 60 ans jusqu'à la pension effective. Dans la mesure où tant le secteur que les pouvoirs publics encouragent la souscription de contrats d'assurance du deuxième pilier et que l'on avance souvent des taux d'intérêt intéressants pour des assurances vie similaires (branche 21), cela a de quoi étonner.

EN SAVOIR PLUS

Le consommateur a également saisi l'Ombudsman de questions portant sur le précompte professionnel et les taux applicables en particulier quand il n'avait pas effectué une carrière complète.

L'Ombudsman tient aussi à rappeler que lorsqu'un employeur transfère l'assurance groupe d'une entreprise d'assurances à une autre, il convient de prendre des dispositions claires. La suppression de la garantie principale auprès de l'ancien assureur entraîne l'arrêt des garanties complémentaires (Art. 42 A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, M.B., 14 novembre 2003.), entre autres celles contre le risque d'incapacité ou d'accident. Il n'y a donc en principe plus de couverture pour les sinistres incapacité de travail qui sont en cours. Il est dès lors souhaitable d'aborder la question des sinistres en cours avec le nouvel assureur qui dans certains cas accepte de continuer la gestion.

Finalement, quand une assurance groupe est adaptée au nouvel âge de la pension, 65 ou plus, la prolongation ne s'applique pas

automatiquement aux sinistres incapacité de travail en cours. Il est donc tout à fait possible que le paiement des indemnités prenne fin à l'ancien âge terme.

L'Ombudsman avait déjà évoqué ces problèmes auparavant (Rapport annuel 2018 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, assurance vie : « Une augmentation de près de 40 % en assurance groupe » et Rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, assurance vie : « Les inconvénients de l'obligation de liquidation de la pension complémentaire ».) mais ils restent d'actualité. De manière générale, il déplore qu'aucune solution globale n'ait été trouvée concernant l'alignement de la durée des contrats d'assurance groupe prévoyant un terme à 60 (ou 65 ans) sur celle des carrières poursuivies au-delà de cet âge.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE



786

demandes d'intervention

une croissance de **20 %**

RÉPARTITION ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

PROTECTION JURIDIQUE NON AUTO

222

2021

253

2022

328

2023

PROTECTION JURIDIQUE AUTO

266

2021

257

2022

293

2023

PROTECTION JURIDIQUE ÉTENDUE

127

2021

144

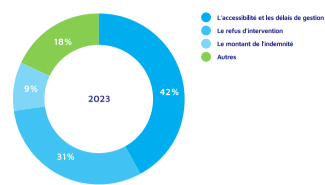
2022

165

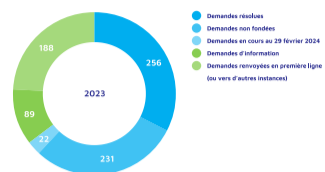
2023

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

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

LA PHASE AMIABLE A SES AVANTAGES ET SES LIMITES

L'Ombudsman reçoit régulièrement des demandes d'intervention de la part de consommateurs qui expriment leur mécontentement quant à la gestion par l'assureur protection juridique lors de la phase amiable du litige. Les assureurs prévoient qu'avant de confier un dossier à un avocat, leurs gestionnaires essayent de résoudre le conflit avec le tiers. Cette phase amiable a bien entendu tout son sens, tant économiquement que pour réduire le nombre de dossiers traités par les tribunaux. Toutefois, elle présente aussi ses limites.

EN SAVOIR PLUS

Le problème peut se situer exclusivement au niveau de la **communication** sur le suivi du dossier et sur les prochaines démarches qui seront effectuées. Par exemple, l'assureur protection juridique qui doit attendre un dossier répressif est tributaire des délais de la justice. Ces délais, parfois très longs, donnent au consommateur un sentiment d'abandon mais la transmission à un avocat n'accélérerait probablement pas la résolution du dossier. Il est dès lors fondamental que l'entreprise d'assurances communique de manière claire et régulière avec son assuré pour bien cadrer ses attentes.

Après diverses démarches effectuées par l'assureur, la question de l'opportunité de maintenir le dossier en gestion à l'amiable peut se poser. Cela peut être le cas quand l'action de l'assureur consiste à envoyer des mises en demeure et des rappels au tiers sans que cela ne provoque de réaction de la part de ce dernier. L'Ombudsman a aussi pu constater que l'entreprise d'assurances poursuivait quelquefois ses démarches amiables alors que le tiers avait explicitement refusé toute responsabilité. La phase amiable se voit, dans ces cas, inutilement prolongée et le consommateur souhaite alors à juste titre que l'on transfère son dossier à un avocat pour entamer une procédure judiciaire.

D'autres dossiers restent dans les mains de l'assureur alors que le **tiers est poursuivi pénalement**. Ceci est contraire aux avis de la commission mixte qui prévoit une transmission à un avocat dès qu'une poursuite pénale est engagée quel que soit le stade d'avancement du dossier (D. de Callatay, « Synthèse des avis de la commission mixte de protection juridique assuralia-avocats.be (2006-2011) », R.G.A.R., Larcier, 2013, p. 14950.).

CAS VÉCU

M.T., Renaix

Sur un plafond de couverture fixé à 6.750 euros, il ne reste actuellement « que » 4.174 euros hors TVA. Lorsque j'ai voulu demander conseil à mon assureur protection juridique X, celui-ci m'a immédiatement orienté vers un avocat de mon choix pour cause de conflit d'intérêt (mon ex-employeur est courtier en assurances). Je comprends tout à fait que X veuille rester impartial, mais je considère que cette situation ne devrait pas me porter préjudice sur le plan financier. En effet, si X avait fait le nécessaire, ces coûts auraient été couverts en interne et le plafond de couverture de 6.750 euros serait resté intact.

Il arrive aussi que l'assuré n'ait pas accès à la gestion amiable par l'assureur protection juridique à cause d'un **possible conflit d'intérêt**. Dans ce cas, il est normal que cet assureur propose de transmettre directement le dossier à un avocat. La phase amiable exécutée par l'avocat génère toutefois un surcoût qui se répercute au niveau de l'intervention financière de l'entreprise d'assurances. Or, cette intervention est plafonnée par le contrat. L'Ombudsman plaide pour que l'assureur informe son assuré de manière complète sur les conséquences de la désignation directe d'un avocat afin qu'il puisse faire un choix éclairé.

En conclusion, la gestion initiale du litige par l'entreprise d'assurances présente certainement des avantages et aboutit souvent à des résultats mais une communication régulière avec l'assuré reste primordiale.

L'ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE À L'ÉPREUVE DE L'ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ

Le refus d'intervention est un motif qui a fortement augmenté dans les demandes soumises à l'Ombudsman en 2023 (+ 32 %). Comme par le passé, on constate que certaines évolutions sociétales ne sont pas intégrées de façon suffisamment claire dans les conditions générales. Il ne s'agit pas de couvrir de nouveaux litiges mais de définir précisément l'étendue de la couverture. En 2023, divers consommateurs ont interrogé l'Ombudsman sur le refus de couverture de la **contestation d'une sanction administrative communale**.

Ces sanctions administratives se substituent dans certains cas aux amendes routières, surtout lors d'infractions aux règles de stationnement. Bien que la contestation des amendes routières soit généralement couverte, il n'en va pas de même pour les sanctions administratives.

EN SAVOIR PLUS

Plusieurs entreprises d'assurances couvrent ou excluent explicitement ces litiges administratifs, d'autres ne le mentionnent pas clairement.

Les consommateurs rencontrent souvent des difficultés à distinguer ces sanctions des amendes qui relevaient auparavant du code de la route. Ils soutiennent que ce basculement a pour conséquence que l'assureur n'intervient plus pour des cas précédemment couverts et, de ce fait, réduit sa garantie. Ils le comprennent d'autant moins que la contestation en appel de ces sanctions se fait devant le tribunal de police. L'Ombudsman plaide pour d'avantage de clarté au sujet de cette situation.

Une autre limite difficilement acceptable pour les consommateurs se situe au niveau des **interventions devant le fonds des accidents médicaux**. Certains assureurs n'interviennent dans les frais d'avocat qu'une fois la décision du fonds rendue. Le consommateur peut donc se retrouver seul devant le fonds sans l'assistance d'un avocat ou d'un expert.

Une assistance durant cette procédure est pourtant souhaitable dans la mesure où les questions de faute et de responsabilité, qui sont des notions juridiques, sont examinées.

LA CLÉ DE RÉPARTITION ET LE NŒUD DU PROBLÈME

Dans certains dossiers soumis à l'Ombudsman, le consommateur a introduit une **procédure en justice dont une partie tombe sous la couverture d'assurance protection juridique mais une autre partie en est exclue**. A titre d'exemple, on peut citer les litiges qui comportent un aspect contractuel non couvert et un aspect extracontractuel couvert.

L'entreprise d'assurances ne doit naturellement pas prendre en charge l'ensemble des frais de justice. Le consommateur s'interroge cependant sur la clé de répartition utilisée par l'assureur pour déterminer le montant qu'il prend concrètement en charge. Cette clé de répartition n'est pas mentionnée dans les conditions générales et les critères utilisés semblent souvent opaques.

EN SAVOIR PLUS

Ventiler le travail réalisé par l'avocat peut se faire de plusieurs manières : en fonction du temps consacré à chaque aspect, au nombre de pages de conclusions, au nombre de parties, à l'enjeu financier... Dans certains dossiers, l'Ombudsman a pu trouver une solution en se basant sur des notes d'honoraires très détaillées.

Il serait intéressant de mentionner, dans les conditions générales, la possibilité d'une couverture partielle lorsque certaines parties ou certains aspects du litige sont couverts et d'indiquer les critères utilisés pour calculer l'intervention de l'assureur. Le secteur pourrait aussi se pencher sur des règles générales qui permettraient d'éviter ces discussions et de déterminer des clés de répartition pertinentes.

ASSURANCE ANNULATION



397
demandes d'intervention

une diminution de 19 %

RÉPARTITION ASSURANCE ANNULATION

327

2021

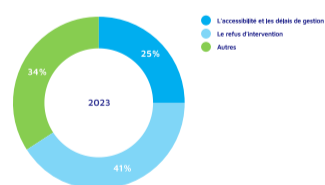
489

2022

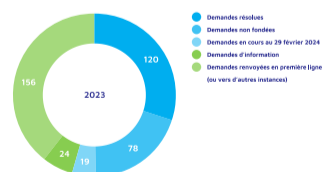
397

2023

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 60 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

« DITES-NOUS POUR QUELLE RAISON VOUS ANNULEZ VOTRE VOYAGE ET NOUS VOUS DIRONS SI VOUS ÊTES COUVERT ... »

Les raisons d'annuler un voyage peuvent être multiples. L'Ombudsman doit constater que le consommateur ignore parfois que seuls les cas limitativement prévus dans les conditions générales du contrat permettent de bénéficier de la couverture annulation de voyage. Des exceptions explicites sont également mentionnées dans les contrats.

L'intervention de l'assureur peut être limitée à trois niveaux.

EN SAVOIR PLUS

Premièrement, **certains motifs d'annulation ne sont pas repris dans la police**. Il est dès lors fondamental pour le consommateur de bien se renseigner sur les différents produits. Pour un voyage dans un pays demandant un visa ou des formulaires spécifiques, il est important de vérifier que le risque de refus du visa soit bien couvert. Il est aussi essentiel de s'assurer que le pays de destination ne soit pas explicitement exclu. Diverses

situations sont en outre très rarement couvertes comme l'annulation d'un vol pour cause de manque de pilote.

Une autre limite peut se trouver dans les **raisons médicales** avancées par le consommateur pour l'annulation. Les maladies liées à l'alcoolisme, les risques liés à une grossesse ou encore des affections psychologiques peuvent être exclues de la couverture.

Finalement, **l'intervention elle-même peut être limitée**. Certaines formules ne couvrent que les frais sur place et ne remboursent pas les vols. D'autres couvrent le retour anticipatif mais pas la prolongation forcée du séjour.

Le consommateur doit donc bien se renseigner pour trouver la formule qui lui convient au mieux.

L'ASSURANCE LIÉE À LA CARTE DE CRÉDIT NE COUVRE-T-ELLE PAS TOUTES LES ANNULATIONS ?

CAS VÉCU

P.C., Quartes

Je réserve un chalet en Haute Savoie pour deux personnes. Je paie l'acompte par le biais de MA carte de crédit. Ma compagne est victime d'un accident (ambulance, samu, ...); j'annule la réservation à temps pour la soulte mais l'acompte ne nous est pas remboursé malgré nos multiples démarches. J'introduis une demande d'indemnisation étant donné que je suis "couvert" par le paiement via carte de crédit; le montant réclamé est bien entendu limité à l'acompte versé. Je transmets tous les documents officiels en bonne et due forme en date du 17 juillet 2023. Réponse de la compagnie d'assurance X : «A la lecture de ceux-ci il semble que votre compagne et vous-même n'êtes pas domiciliés à la même adresse. Si tel est le cas, la couverture n'est malheureusement pas acquise. Pourriez-vous, à cet effet, nous transmettre une composition de ménage à la date du sinistre ? » Ma réponse à X : «Je ne partage pas votre point de vue : j'ai réservé un séjour à l'étranger pour 2 personnes : Ma compagne et moi-même ; j'ai payé avec MA carte ce voyage car imaginez-vous que ce n'est pas possible de réserver une chambre d'hôtel pour 2 personnes, habitant à la même adresse ou NON, en payant avec 2 cartes séparées. Je, et elle, n'avons pu bénéficier de ce voyage à cause d'un accident. Merci de revoir votre position »

Certaines cartes de crédit englobent une assurance annulation comme service annexe à la carte en question. Cela constitue un argument de vente et un moyen de se distinguer parmi les diverses cartes de crédit. La formule présente cependant des limites.

Il ressort des dossiers soumis à l'Ombudsman que le consommateur n'est pas toujours informé au sein de l'agence bancaire des nuances de ces avantages annexes. Son attention est généralement focalisée sur l'aspect bancaire et pas particulièrement sur l'assurance.

Il peut en résulter des attentes disproportionnées du consommateur par rapport au produit, voire donner un faux sentiment de sécurité. Ce n'est que lors d'un sinistre que le consommateur se voit confronté aux détails de la couverture.

Un des motifs de refus opposés au consommateur est que le voyage n'a pas été payé avec la carte de crédit. Une autre limite se situe au niveau des personnes couvertes en cas d'annulation. Il s'agit principalement du détenteur de la carte de crédit et des personnes qui vivent sous le même toit. L'annulation d'un voyage pour un groupe d'amis peut donc déboucher sur une intervention qui ne couvre pas l'ensemble des voyageurs.

En outre, ces interventions sont souvent plafonnées et peuvent dès lors ne pas couvrir la totalité du voyage.

Il est important de réaliser que ce produit, bien qu'utile dans certaines circonstances, a rarement l'étendue d'une assurance annulation spécifique qui implique bien entendu une prime correspondante.

ASSURANCE ASSISTANCE



267
demandes d'intervention

une croissance de **26 %**

RÉPARTITION ASSURANCE ASSISTANCE

155

2021

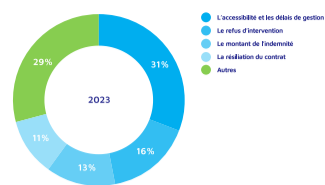
212

2022

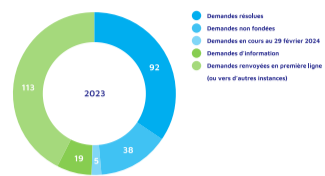
267

2023

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 71 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

ASSURER UN VOYAGE OU ASSURANCE ANNUELLE : IL FAUT SAVOIR CE QUE L'ON SOUSCRIT

Avec la forte reprise des voyages en 2023, l'Ombudsman a été plus sollicité pour des demandes d'intervention en assurance assistance. Un motif d'insatisfaction fait son grand retour : la résiliation du contrat par le consommateur.

Les entreprises d'assurances proposent différentes formules en fonction du souhait du consommateur : avoir une assurance assistance annuelle ou assurer uniquement un voyage. Les sites internet des entreprises d'assurances attirent souvent l'attention sur cette distinction lors de la souscription en ligne.

Les consommateurs ne sont pourtant pas toujours conscients qu'un **contrat annuel comporte une tacite reconduction**. A défaut d'une résiliation en bonne et due forme et dans les délais, le contrat est prolongé automatiquement d'un an. (Art. 85 loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.)

EN SAVOIR PLUS

Dans certains cas, une formule annuelle souscrite pour un an est plus intéressante qu'assurer un seul voyage. Des consommateurs optent donc pour la formule annuelle mais oublient de résilier à temps. Lorsque le consommateur a été correctement informé des implications de la formule choisie, on ne peut faire de reproche à l'assureur. La situation est différente si la souscription a été faite sans attirer l'attention sur la tacite reconduction, souvent en agence de voyage.

La modification des règles de résiliation devrait permettre de limiter cette problématique. Le consommateur négligent ou mal informé pourra résilier à tout moment à partir de la deuxième année du contrat(Loi du 9 octobre 2023 simplifiant les règles de résiliation des contrats d'assurance, M.B., 18 octobre 2023.).

UNE COUVERTURE ASSISTANCE N'EST PAS L'AUTRE

CAS VÉCU

TRADUIT DU NÉERLANDAIS

F.S., Kurne

Le 24 juillet vers 23 heures, nous sommes pris dans une averse de grêle aux abords du lac de Garde. Vers minuit, nous avons un employé très aimable de X au bout du fil. Nous lui signalons que quelques vitres du véhicule ainsi que le rétroviseur côté conducteur ont été touchés par la grêle, rendant le retour en Belgique particulièrement dangereux dans ces conditions. Le monsieur examine la situation et nous informe que notre assurance couvre le rapatriement, que la voiture sera remorquée et qu'un véhicule de remplacement sera proposé. Un collègue nous indiquera l'heure d'arrivée de la dépanneuse le lendemain. Le lendemain, on nous signale néanmoins que X n'interviendra pas. L'employé que nous avons eu en ligne aurait commis une erreur. En effet, les conditions de la police stipulent qu'un incident dû à des catastrophes naturelles empêchant le véhicule assuré de rouler en toute sécurité est exclu.

En 2023, l'Ombudsman a reçu diverses demandes liées à un refus d'intervention en assistance. Il est important de noter que chaque formule d'assistance peut avoir des nuances et des exclusions spécifiques. Cela lui permet de se différencier en couvrant ou non certains risques.

L'Ombudsman a notamment été saisi de demandes à la suite des chutes de grêle importantes dans le nord de l'Italie en été 2023 (« Intempéries en Italie : deux personnes, dont une adolescente, ont perdu la vie », Le Soir, 25 juillet 2023.). Certains assureurs excluent les dégâts causés par des **catastrophes naturelles**. Des propriétaires de véhicules fortement endommagés par la grêle n'ont dès lors pas pu bénéficier de la couverture assistance.

Une couverture « catastrophes naturelles » dans le cadre d'une assurance assistance n'était pas fondamentalement nécessaire par le passé. L'augmentation des phénomènes climatiques extrêmes risque de rendre une telle garantie pertinente à l'avenir.

LES NOUVEAUX RISQUES



1.081
demandes d'intervention

une croissance de **75 %**

RÉPARTITION DES NOUVEAUX RISQUES

TOUS RISQUES MULTIMÉDIA

534

2022

959

2023

TOUS RISQUES (VÉLO, BIJOUX, INTERNET ...)

85

2022

60

2023

ASSURANCE VÉLO*

0

2022

56

2023

ASSURANCE INTERNET*

0

2022

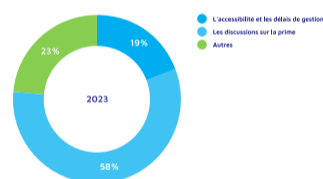
6

2023

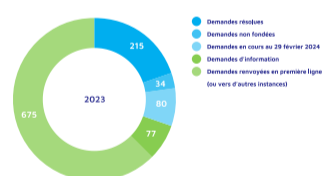
● Total 2022 = 619 ● Total 2023 = 1.081

* Nouvelle catégorie à partir de 2023

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 86 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

LES ASSURANCES GSM : DES LIMITES, DES CONTRAINTES ET PARFOIS DES FRUSTRATIONS

L'Ombudsman a enregistré en 2023 un nouveau bond de demandes portant sur les assurances GSM et multimédia (+ 75 %). Bien que cette augmentation s'explique en grande partie par un problème spécifique d'un acteur en particulier, il faut constater que ces produits suscitent diverses incompréhensions dans le chef du consommateur. C'est particulièrement le cas au niveau de la gestion des sinistres.

Il convient de rappeler que les primes de ces produits sont relativement élevées par rapport au risque, à la valeur du bien assuré. Les attentes des consommateurs sont par conséquent également élevées.

Souvent, les entreprises d'assurances sont établies en dehors de la Belgique. La gestion se fait via des intermédiaires de vente spécifiques, principalement des intermédiaires à titre accessoire dans des magasins d'électroménager. La souscription est faite lors de l'achat du téléphone et les consommateurs ne sont généralement pas au courant des conditions générales ni même de l'identité de l'assureur. Ces situations ont été abordées dans les rapports annuels précédents (Rapport annuel 2020 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be ; Rapport annuel 2022 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be.) de l'Ombudsman.

EN SAVOIR PLUS

Tout d'abord certaines assurances prévoient que la couverture est liée à la **carte SIM** et non à l'appareil. L'avantage est que tout GSM utilisé avec cette carte SIM est couvert. L'appareil n'est en revanche pas couvert sans la carte SIM. Certains assureurs ont refusé d'intervenir parce que le consommateur se trouvait à l'étranger et avait introduit une carte SIM locale. Dans un cas particulier, l'appareil est tombé par terre lors du changement de la carte SIM.

Les couvertures en cas de **vol** peuvent également générer des discussions. Les entreprises d'assurances ne couvrent généralement que le vol avec violence. La violence n'est pas toujours aisée à prouver et la description des faits dans le procès-verbal de la police sera d'une importance capitale. Une simple déclaration de perte ou de vol n'est généralement pas suffisante pour apporter la preuve des circonstances. Naturellement, cette couverture est vulnérable aux tentatives de fraude.

Finalement, certaines formules prévoient un **remplacement du GSM** endommagé par un appareil équivalent reconditionné. Ceci engendre des doléances sur la qualité de l'appareil de substitution ainsi que sur la durée de la procédure pour aboutir au remplacement. Lorsque le remplacement n'a pas lieu et qu'une indemnité financière est versée, l'Ombudsman note de nombreuses discussions sur le montant de celle-ci.

L'Ombudsman recommande dès lors une nouvelle conditions générales.

LES ASSURANCES VÉLO : UN PRODUIT QUI ROULE MAIS QUI CHERCHE ENCORE SA ROUTE

Les vélos, surtout électriques, prennent de plus en plus d'importance dans notre quotidien. Leur utilisation a fortement augmenté, leur valeur également tout comme le nombre de vols. Le secteur de l'assurance suit le mouvement en offrant de nouveaux produits d'assurance pour couvrir ce risque. Ces produits étant très récents, ils en sont encore à leurs balbutiements.

Les demandes introduites auprès de l'Ombudsman suscitent de nombreux échanges sur l'interprétation des clauses. Celles-ci sont également adaptées au fur et à mesure que l'expérience pratique se construit.

Il n'y a pas de cadre légal, les conditions peuvent différer fortement d'une entreprise d'assurances à l'autre. Des distinctions importantes sont aussi souvent faites en fonction du domicile de l'assuré ou même de l'heure pendant laquelle la couverture est accordée.

Le motif principal des plaintes est le refus d'intervention **en cas de vol**. La sécurisation du vélo est l'élément fondamental qui détermine la couverture ou non. S'il est exigé que le vélo soit attaché à un objet fixe, la discussion peut porter sur la notion d'objet fixe.

EN SAVOIR PLUS

Dans divers dossiers, la cause d'exclusion avancée par l'assureur n'avait pas réellement de lien causal (Art. 65 loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.) avec le vol. Un vélo attaché avec un cadenas conforme mais qui n'est pas relié à un objet fixe aurait de toute façon été volé si l'on constate que le cadenas a été scié.

Les vélos volés dans des locaux peuvent aussi être sujets à débat. L'entreprise d'assurances vérifie s'il y a des traces d'effraction ou dans quelle mesure le local est accessible au public. Qu'en est-il de locaux spécifiquement destinés à l'entreposage des vélos, accessibles à un nombre très limité de personnes comme dans une copropriété ?

Il faut souligner que la **vente de ces produits d'assurance** se fait généralement dans les magasins de vélos par des intermédiaires à titre accessoire. Le conseil peut être approximatif et les vendeurs ne sont pas toujours au fait des limites d'intervention ou des exigences des entreprises d'assurances en termes de sécurité. Dans un dossier, l'Ombudsman a dû constater que l'assurance avait été vendue avec un cadenas non conforme.

Ces produits évolueront encore en étant confrontés à la réalité. Le vol d'accessoires, en particulier de la batterie, est de plus en plus visé dans les demandes soumises à l'Ombudsman.

RECOMMANDATIONS



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

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

RECOMMANDATION DE L'OMBUDSMAN

AMÉLIORER LA POSSIBILITÉ DE RÉCUPÉRER LA TAXE ANTICIPATIVE EN ASSURANCE VIE

Le consommateur mais aussi le secteur peuvent rencontrer des difficultés pour rectifier la taxation perçue de façon anticipative pour les contrats d'assurance épargne-pension (en règle générale aux 60 ans du preneur), comme expliqué ci-dessus. Le preneur d'assurance réalise au moment de la liquidation (à ses 65 ans) qu'une taxe a été retenue des années plus tôt. Le délai de deux ans (Art. 202/8 Code des droits et taxes divers.) pour récupérer cette taxe, par exemple lorsque le consommateur n'a pas bénéficié d'une réduction d'impôt, est alors souvent dépassé.

Ce problème est connu et l'Ombudsman l'avait déjà mentionné dans son rapport de 2005 (Rapport Annuel 2005 Ombudsman des assurances, www.ombudsman-insurance.be, p. 101.). Pourtant certaines démarches pourraient limiter cette mauvaise surprise pour le consommateur.

UNE INFORMATION COMPLÈTE SUR LA COURTE PRESCRIPTION

L'Ombudsman constate souvent que la communication du prélèvement de la taxe anticipative n'est pas complète ni suffisamment explicite. La complexité de la fiscalité en Belgique y est certainement pour quelque chose. L'Ombudsman plaide pour qu'une information claire et précise soit transmise au consommateur mentionnant :

- Qu'une taxe anticipative est retenue
- Le montant de la taxe retenue
- Les possibilités et délais pour récupérer la taxe.

Cette information devrait aussi être bien visible sur les relevés annuels fournis au consommateur par son entreprise d'assurance.

UNE PROLONGATION DU DÉLAI DE RÉCUPÉRATION

Le délai actuel de deux ans est insuffisant, surtout pour les consommateurs qui ne vérifient pas la situation de leur police annuellement. En allongeant ce délai, les conséquences d'une absence de réaction rapide pourraient être limitées. Une alternative serait de faire débiter la prescription à partir de la liquidation du contrat d'assurance.

UNE ADAPTATION DE LA FISCALITÉ

Finalement, dans un environnement fiscal relativement complexe, une approche plus simple serait au bénéfice du consommateur autant que des entreprises d'assurances. La centralisation des informations concernant cette taxe sur un site internet et des brochures d'information faciliteraient la vie du consommateur.

Le secteur et les pouvoirs publics sont encouragés à travailler sur ces points.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans ses rapports annuels précédents, l'Ombudsman a attiré l'attention sur certains sujets. Avec satisfaction, il note que plusieurs solutions ont été développées.

LES RÈGLES DE RÉSILIATION MODIFIÉES

La résiliation par le preneur d'assurance reste à ce jour un des motifs principaux des demandes d'intervention auprès de l'Ombudsman. Le manque de flexibilité avait été soulevé dans le rapport annuel de 2018.

Par la loi du 9 octobre 2023 (Loi du 9 octobre 2023 simplifiant les règles de résiliation des contrats d'assurance, M. B., 18 octobre 2023.), le législateur a modifié les conditions de résiliation dans les contrats soumis à tacite reconduction. Les nouvelles règles entreront en vigueur le 1er octobre 2024.

La loi prévoit à présent que durant la première année le consommateur peut résilier le contrat pour l'échéance annuelle en le notifiant à l'assureur au moins deux mois à l'avance au lieu de trois. L'entreprise d'assurance reste tenue à un délai de trois mois. Après cette première année, le consommateur peut résilier son contrat à tout moment moyennant un délai de deux mois et ne doit plus attendre l'échéance.

La loi ouvre par ailleurs la possibilité d'opérer à une résiliation par d'autres moyens que l'envoi d'un courrier recommandé. Les entreprises d'assurances pourront donc mettre à la disposition de leurs clients des espaces numériques sécurisés ou offrir de nouvelles possibilités de communication.

DES SANCTIONS EN CAS DE DÉLAI ANORMALEMENT LONG

Dans son rapport annuel de 2022 (Rapport annuel 2022 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be), l'Ombudsman avait attiré l'attention sur la problématique des délais et de l'accessibilité des entreprises d'assurances, qui constitue le premier motif de demandes d'intervention. Dans son rapport de 2018, il plaidait déjà pour un cadre général concernant les délais de gestion.

La loi du 17 mars 2024 (Loi du 17 mars 2024 concernant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance, M.B., 2 avril 2024.) introduit à présent ce cadre. Selon le type d'assurance, les délais peuvent courir à partir de la demande d'indemnisation ou à partir du moment où l'assureur est en position de pouvoir faire une offre de règlement.

Les sanctions peuvent être des intérêts légaux mais surtout, après mise en demeure par le bénéficiaire de la prestation, une indemnité forfaitaire de 300€ par jour.

Cette loi aura sans doute une influence sur les délais de gestion à partir de son entrée en vigueur, le 1er octobre 2024. Elle permettra en outre de débloquer certains dossiers.

UNE LOI SUR LES EXPERTS MAIS AUSSI UN CODE DE CONDUITE

Dans ses rapports précédents (Rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be, recommandation « Réglementez la profession d'expert en assurance incendie »), l'Ombudsman avait fréquemment mentionné les problèmes que pouvaient susciter les expertises dans la branche incendie tout comme le manque de transparence des conclusions des experts. Il a formulé des recommandations précises.

Tant le secteur représenté par Assuralia que le législateur se sont penchés sur la question, avec comme résultat des mesures très concrètes.

La loi du 3 mai 2024 portant dispositions diverses en matière d'économie (I), publiée le 31 mai 2024, a introduit une modification à la loi relative aux assurances : l'ajout d'un article 121/1. Cette modification entraîne un certain nombre de principes et d'obligations dans le chef des experts et contre-experts en matière d'assurance.

Les entreprises d'assurances devront fournir au consommateur un certain nombre d'informations au préalable comme l'identification de l'expert, le code de conduite auquel il a souscrit et l'existence d'un délai de réflexion.

La loi cadre également les obligations des contre-experts en ce qui concerne leur mission et la rémunération qu'ils peuvent toucher.

Le contenu des PV d'expertises pourra à l'avenir être fixé par arrêté royal.

Parallèlement le secteur est en train de finaliser un code de conduite pour les experts incendie en se basant également sur les conclusions de l'Ombudsman. Ce code reprend fort heureusement des devoirs d'information de l'expert envers l'assuré mais détermine aussi les rôles entre l'expert et l'assureur ce qui permettra d'éviter des incompréhensions à l'avenir.

L'Ombudsman se réjouit de ces initiatives qui constituent certainement un pas dans la bonne direction.

LE CADRE LÉGAL CONCERNANT L'OMBUDSMAN CLARIFIÉ

Bien que la grande majorité du secteur participe de façon loyale à la procédure de règlement des plaintes confiée à l'Ombudsman, l'article 322 de la loi relative aux assurances ne contenait pas d'obligation réelle de collaboration.

Par ailleurs, la suspension du recouvrement et de la prescription lors de l'ouverture d'un dossier auprès du Service Ombudsman découlait du livre XVI du code de droit économique concernant les entités de règlement extrajudiciaire qualifiées mais ne se trouvait pas expressément dans la loi relative aux assurances.

Cela n'avait que peu de conséquences par le passé mais la création du statut d'intermédiaire à titre accessoire et la commercialisation d'assurance par des entreprises situées en dehors de la Belgique a rendu la clarification de ces principes dans la législation relative aux assurances opportune.

RÉSEAUX

L'Ombudsman fait partie de réseaux nationaux et internationaux de règlement extrajudiciaire des litiges.

EN BELGIQUE

- CPMO (Concertation permanente des Médiateurs et Ombudsmans)
www.ombudsman.be
- www.consumerconnect.be
https://consumerconnect.be/
- Belmed (plate-forme en ligne du SPF Economie pour le règlement alternatif des litiges)
www.belmed.fgov.be
- Service de médiation pour le consommateur
North Gate II
Boulevard du Roi Albert II, 16
1000 Bruxelles
www.mediationconsommateur.be

EN EUROPE

- Règlement en ligne des litiges de la Commission européenne
www.ec.europa.eu/odr
 - Réseau FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)
www.ec.europa.eu/fin-net
- En 2023, l'Ombudsman a reçu 6 demandes d'intervention provenant du réseau FIN-NET et en a transféré 6.



Service de Médiation
pour le Consommateur

DES MÉDIATEURS FORTS !

Les consommateurs et les entreprises souhaitant résoudre un litige rapidement, à moindre coût et de manière accessible peuvent s'adresser à quatorze entités qualifiées de règlement extrajudiciaire, parmi lesquelles dix médiateurs. Chaque entité agit comme un intermédiaire indépendant et impartial dans son secteur.

La grande majorité des consommateurs et des entreprises s'adressent directement au service de médiation compétent pour leurs litiges. Les litiges résiduels, c'est-à-dire ceux qui ne relèvent pas de la compétence d'une entité spécifique, sont traités par le Service de Médiation pour le Consommateur. Celui-ci constitue en effet l'ultime point de référence pour la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation en Belgique.

Le Service de Médiation pour le Consommateur n'est pas dirigé par un médiateur, mais par un comité de direction composé de dix médiateurs issus des six secteurs régulés. Le Service de Médiation pour le Consommateur collabore également avec ses collègues européens en tant que membre de TRAVEL_NET, le réseau des entités REL du secteur du voyage, et avec les entités ADR résiduelles d'Allemagne, d'Autriche et du Grand-Duché de Luxembourg. En Belgique, le SMC est membre d'Ombudsman.be, le réseau belge des ombudsmans. Ces relations contribuent à l'amélioration du fonctionnement du SMC.

Afin de donner une assise encore plus large au travail des médiateurs et de mieux le faire connaître au public, les médiateurs sectoriels ont rédigé un nouveau memorandum qui s'articule autour de quatre axes :

CHAQUE SECTEUR ÉCONOMIQUE SIGNIFICATIF DOIT AVOIR SA PROPRE ENTITÉ QUALIFIÉE.

Le Service de Médiation pour le Consommateur doit conserver son caractère résiduel mais il peut aider de nouvelles entités qualifiées à démarrer avec ses connaissances et son expertise.

LES CITOYENS ONT DROIT À UN SERVICE DE MÉDIATION POUR LE CONSOMMATEUR FORT.

Cela implique qu'il ait :

- a. un visage : l'Ombudsman du Consommateur,
- b. une structure indépendante, autonome et efficace,
- c. un financement adapté à ses besoins, et
- d. une meilleure visibilité auprès des acteurs économiques.

L'OBLIGATION POUR LES ENTREPRISES DE COOPÉRER À LA RÉOLUTION EXTRAJUDICIAIRE DES LITIGES EST LA MEILLEURE GARANTIE DE TROUVER UNE SOLUTION.

Les avis des ombudsmans ne sont pas contraignants pour les entreprises mais la coopération de celles-ci devrait être obligatoire.

IMPLICATION DES OMBUDSMANS ET DES ENTITÉS QUALIFIÉES DANS LES INITIATIVES RÉGLEMENTAIRES AFFECTANT LEURS SERVICES.

A titre d'exemple : la transposition de la directive modifiée sur les ADR ou de la directive relative aux actions représentatives devrait se faire en consultation.

EN BREF



LE RAPPORT ANNUEL 2023 EN 10 POINTS !



1

EVOLUTION ET RÉSULTAT DES DEMANDES

En 2023, l'Ombudsman a reçu 8.301 demandes d'intervention. Cela représente une augmentation de 5 % par rapport à 2022. Dans 59 % des cas examinés, l'Ombudsman a pu trouver une solution.

Cette hausse est principalement observée dans le domaine de l'assurance GSM, où les plaintes concernant SFAM, aujourd'hui en faillite, ont afflué.



**2**

LORS DE LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT, LA PRUDENCE EST DE MISE

L'Ombudsman est de plus en plus sollicité par des consommateurs qui ne se souviennent pas avoir souscrit un contrat d'assurance déterminé. Il s'avère par la suite qu'ils l'ont souvent bel et bien fait, mais par voie numérique, sans se rendre pleinement compte des conséquences de leur acte. Il existe en effet plusieurs modes de signature, qui impliquent chacun des degrés de sécurité différents.

**3**

LÉGÈRE AMÉLIORATION EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ ET DE DÉLAIS

Sur l'ensemble de l'année 2023, l'Ombudsman constate une légère baisse de 4 % des plaintes portant sur un manque de suivi de la part de l'assureur. Cependant, ces réclamations représentent toujours 27 % de toutes les demandes d'intervention. Les améliorations concernent principalement l'assurance incendie et l'assurance automobile. Les autres branches affichent quant à elles de moins bons résultats. Une étude approfondie révèle essentiellement des lacunes au niveau de la communication vis-à-vis des consommateurs. La nouvelle législation sur les délais de gestion en matière d'assurance, qui entrera en vigueur en octobre 2024, devrait améliorer la situation.

**4**

ASSURANCE INCENDIE : LA MAUVAISE SURPRISE DE LA SOUS-ASSURANCE

La sous-assurance peut entraîner des conséquences importantes sur le montant de l'indemnité. Elle peut être évitée en remplissant une grille d'évaluation lors de la souscription du contrat d'assurance incendie. Ce système repose principalement sur le nombre de pièces renseigné par l'assuré. Une information erronée ou le fait de ne pas adapter le nombre de pièces après une rénovation ou une transformation peut donner lieu à une sous-assurance.

**5**

ASSURANCE MALADIE : L'ASSURANCE DENTAIRE DOIT ÊTRE SOUSCRITE À TEMPS

En 2023, l'Ombudsman a reçu davantage de demandes relatives à des refus d'intervention dans le secteur de l'assurance maladie (+28 %). Une grande partie de ces refus concerne les soins dentaires. De nos jours, les traitements orthodontiques sont devenus monnaie courante. Le moment de la souscription de l'assurance joue un rôle crucial. Certains consommateurs souscrivent une assurance alors que le dentiste a déjà indiqué que leur enfant aura besoin de soins orthodontiques plus tard. Cette situation peut conduire à un refus de la part de l'assureur, en raison d'une affection préexistante.

**6**

PROTECTION JURIDIQUE : LA GESTION À L'AMIABLE A SES AVANTAGES ET SES LIMITES

L'Ombudsman reçoit régulièrement des demandes d'intervention de consommateurs exprimant leur mécontentement quant à la gestion de l'assureur protection juridique lors de la phase amiable d'un litige. Avant de transmettre un dossier à un avocat, l'assureur tente de résoudre le conflit à l'amiable avec l'autre partie. Cette démarche présente un intérêt économique certain et permet de désengorger les tribunaux. Cependant, il arrive qu'elle ne soit plus opportune, notamment lorsque le tiers ne réagit pas ou fait déjà l'objet de poursuites judiciaires.

**7**

ASSURANCE ANNULATION : L'ASSURANCE LIÉE À LA CARTE DE CRÉDIT NE COUVRE-T-ELLE PAS TOUTES LES ANNULATIONS ?

Diverses cartes de crédit englobent une assurance annulation comme service annexe. Le consommateur pense souvent que cette assurance intervient pour toute cause d'annulation mais ce n'est pas le cas. La formule présente des limites, notamment au niveau du mode de paiement du voyage, des personnes couvertes et des plafonds d'intervention.

**8**

LES NOUVEAUX RISQUES : L'ASSURANCE VÉLO, UN PRODUIT QUI ROULE MAIS QUI CHERCHE ENCORE SA ROUTE

L'usage des vélos, surtout électriques, augmente fortement mais leur vol aussi ! Le secteur de l'assurance suit le mouvement en offrant de nouveaux produits d'assurance pour couvrir ce risque. Ces produits sont adaptés au fur et à mesure que l'expérience pratique se construit. Le motif principal des plaintes est le refus d'intervention en cas de vol. Les assureurs exigent généralement que le vélo soit attaché à un objet fixe.





9

SUIVI DE RECOMMANDATIONS PRÉCÉDENTES

Le législateur semble avoir été inspiré par les messages formulés par l'Ombudsman dans ses rapports annuels précédents. Citons les avancées suivantes :

- Les règles de résiliation sont modifiées
- Les délais de gestion sont encadrés
- L'expertise en assurance incendie est réglementée et un code de conduite va voir le jour



10

RECOMMANDATION DE L'OMBUDSMAN : AMÉLIORER LA POSSIBILITÉ DE RÉCUPÉRER LA TAXE ANTICIPATIVE EN ASSURANCE VIE

La récupération de la taxe anticipative lorsque le preneur d'assurance n'a jamais bénéficié d'un avantage fiscal pose problème. Le consommateur ne dispose que d'un délai de deux ans pour s'y opposer. La taxe déduite par l'assureur aux 60 ans du client ne peut donc en principe plus être récupérée lors du paiement de l'épargne-pension à ses 65 ans. L'Ombudsman présente des pistes afin de limiter cet effet pour le consommateur :

- Une information claire et précise sur le prélèvement de la taxe et le bref délai applicable
- Une prolongation du délai de récupération
- Une centralisation des informations concernant cette taxe.



OMBUDSMAN
ASSURANCES
VERZEKERINGEN

Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles

Fax : 02/547.59.75

Design