

RAPPORT ANNUEL 2024

L'Ombudsman des Assurances publie chaque année son rapport annuel. Le présent rapport reprend les tendances générales des demandes reçues en 2024 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

Un constat s'impose : le dialogue entre le secteur de l'assurance et le grand public est loin d'être aisé. Que ce soit au niveau du langage utilisé ou de la présentation, les conditions générales des polices d'assurance ne sont pas une lecture agréable pour la majorité de nos concitoyens.

Des améliorations ont bien entendu été apportées, certaines opérées par le secteur, d'autres imposées par le législateur. On pense entre autres aux fiches IPID qui doivent donner un résumé fiable des conditions générales à l'assuré, aux initiatives en matière de « langage clair » initiées par le secteur et aux efforts effectués par l'autorité de contrôle, la FSMA, en matière d'information du consommateur.

Néanmoins le constat reste le même : d'un côté, un secteur maniant un langage spécifique et des concepts techniques peu compréhensibles, de l'autre un consommateur qui ne dispose pas toujours des connaissances suffisantes pour analyser tous les enjeux de son portefeuille d'assurance.

Une éducation financière plus poussée dans les écoles, reprenant également les concepts de l'assurance, est toujours vivement souhaitable.

La grande majorité des demandes d'intervention que le consommateur a introduites auprès de l'Ombudsman des Assurances provient du fait que le dialogue entre les parties est perturbé voire rompu. Lorsque c'est possible et plus efficace, l'Ombudsman envoie le dossier auprès du service de gestion des plaintes de l'assureur pour un règlement rapide. Un grand nombre de dossiers ont pu être résolus de cette façon au cours de l'année 2024.

Dans les autres dossiers, notre service effectue son enquête en toute impartialité. Les clarifications apportées à l'article 322 de la loi relative aux assurances en fin de législature précédente facilitent d'ores et déjà ces enquêtes.

En 2024, notre service a été sollicité à nouveau plus de 8.000 fois par des consommateurs. Les principaux motifs d'insatisfaction sont les délais de traitement ainsi que l'accessibilité. Le législateur a établi un cadre et des sanctions pour les retards dans le secteur de l'assurance. Nous suivrons avec intérêt si cette loi aura à l'avenir un effet important sur la gestion des dossiers ou si cet effet restera marginal, comme c'est malheureusement le cas pour les sanctions déjà existantes mais trop peu utilisées dans certaines branches.

L'autre grande réforme introduite fin 2024 concerne les conditions de résiliation. Celles-ci ont été facilitées. Les problèmes de résiliation étant également un motif important de demandes auprès de notre service, on suivra également de près l'effet de ces dispositions. A noter ici que les dispositions transitoires génèrent encore de la confusion.

Nous espérons que ces nouvelles législations et que les efforts faits au niveau de l'éducation financière mèneront à une meilleure compréhension entre les parties et à une diminution du nombre de demandes auprès de l'Ombudsman.

Le présent rapport vous donne un aperçu de nos activités en 2024.

Je vous en souhaite une excellente lecture.

CHIFFRES-CLÉS



Ce chapitre reprend les tendances générales de 2024 pour l'ensemble du secteur. On note un statu quo au niveau du nombre de demandes d'intervention. Néanmoins, on se rappelle que la croissance en 2023 avait été poussée par les domiciliations illégales de la société SFAM.

CHIFFRES GLOBAUX

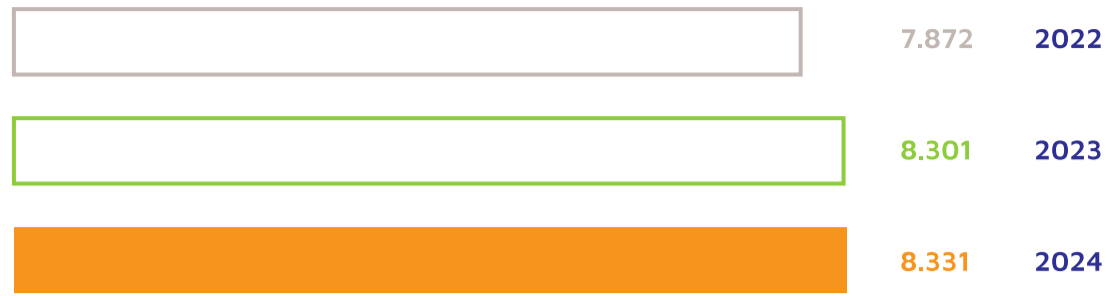
8.331

demandes d'intervention

une stabilité

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION

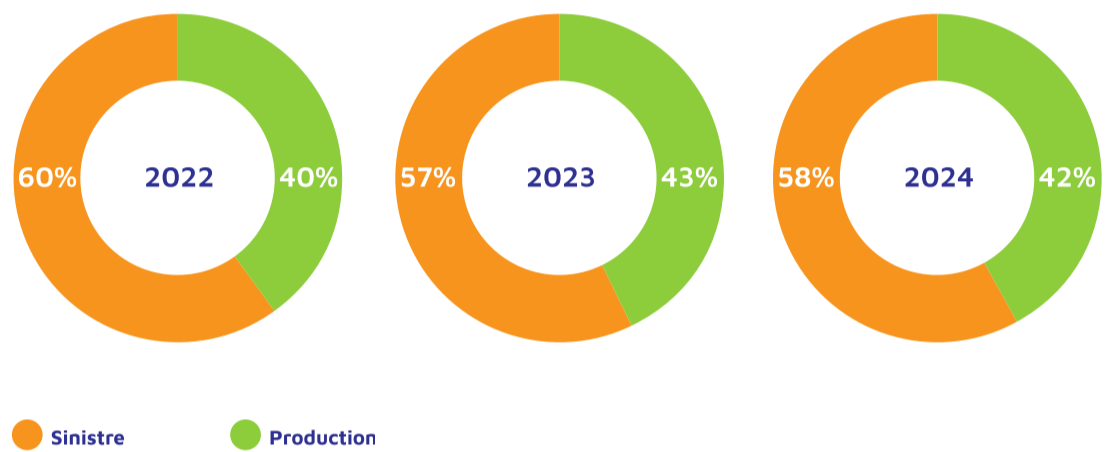
DEMANDES D'INTERVENTION



DEMANDES ANALYSÉES



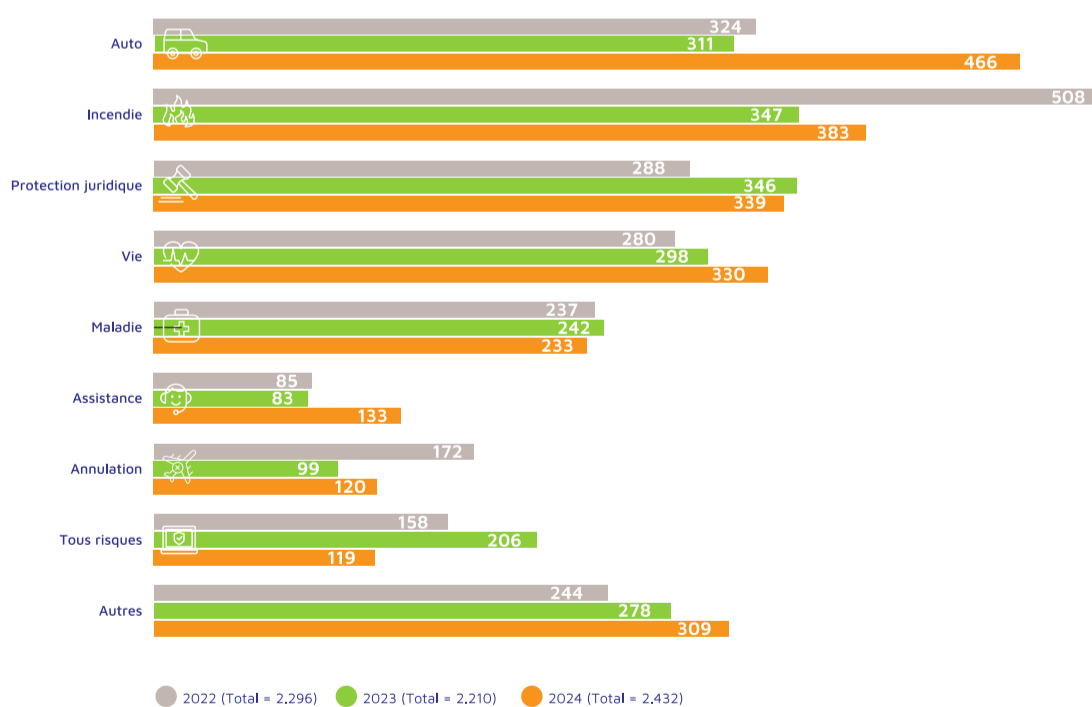
TYPE DE DEMANDES D'INTERVENTION



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

L'ACCESSIBILITÉ ET LES DÉLAIS

L'Ombudsman note, en 2024, à nouveau une augmentation de 10 % du nombre des demandes d'intervention portant sur les délais de gestion et de réponse et l'accessibilité. Bien que ce motif se soit amélioré en 2023, il dépasse en 2024 le nombre de 2022. Une nouvelle loi (Loi du 17 mars 2024 concernant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance, M.B. 2 avril 2024.) concernant les délais de gestion de sinistre en assurance est entrée en vigueur en 2024. L'Ombudsman suit de près cette problématique et l'application de la nouvelle loi en 2025.



DEMANDES D'INTERVENTION À TRAVERS LES BRANCHES

 **AUTO**

1.163

2022

1.094

2023

1.470

+34%

2024

 **INCENDIE**

1.611

2022

1.371

2023

1.382

+1%

2024

 **MALADIE**

821

2022

978

2023

1.022

+5%

2024

 **VIE**

947

2022

925

2023

961

+4%

2024

 **PROTECTION JURIDIQUE**

654

2022

786

2023

772

-2%

2024

 **TOUS RISQUES (MULTIMÉDIA, VÉLO, ANIMAUX...)**

619

2022

1.081

2023

449

-59%

2024

 **ANNULATION**

489

2022

397

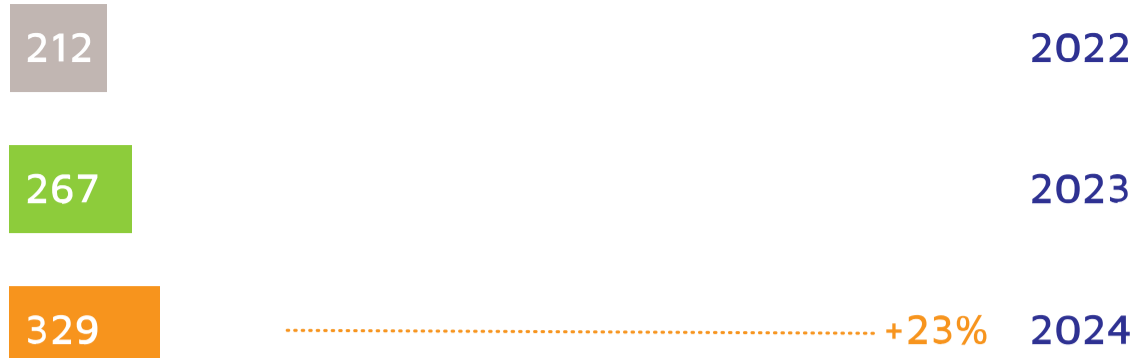
2023

420

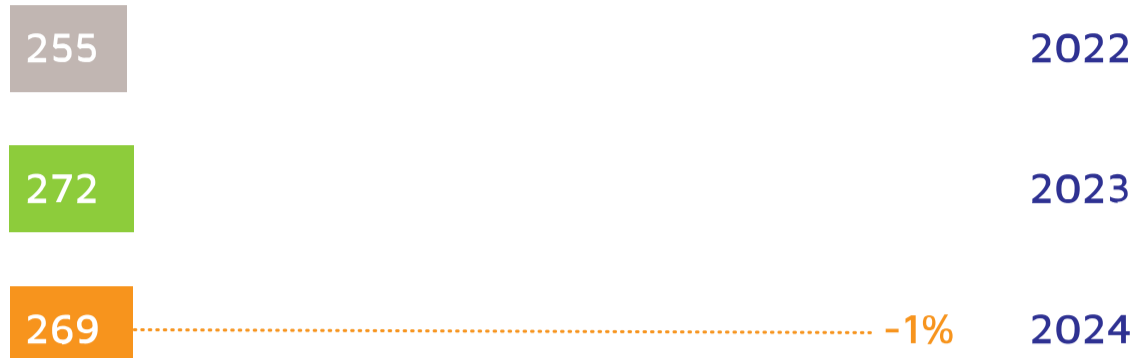
+6%

2024

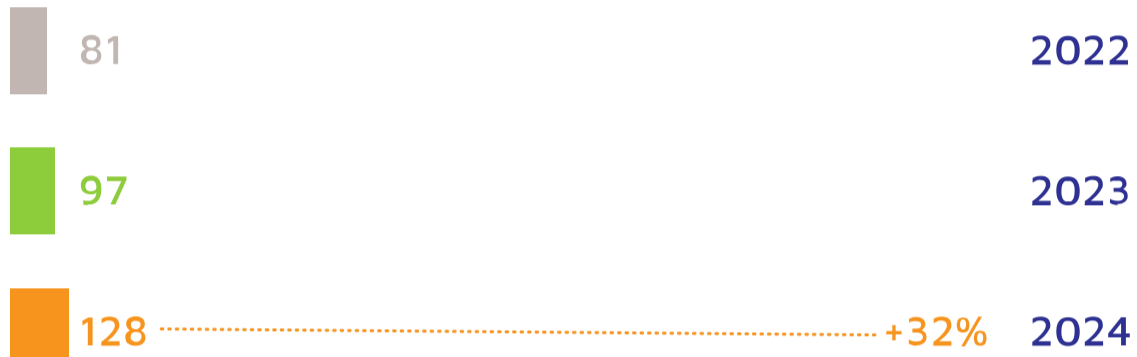
 ASSISTANCE



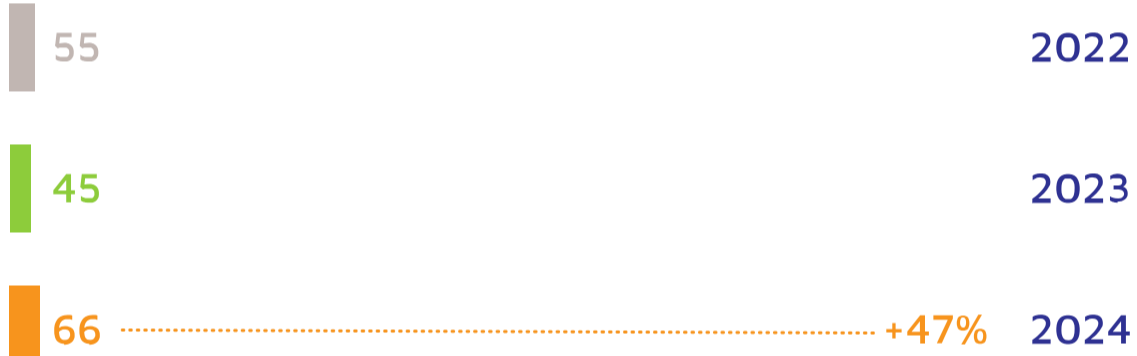
 RC DIVERSES



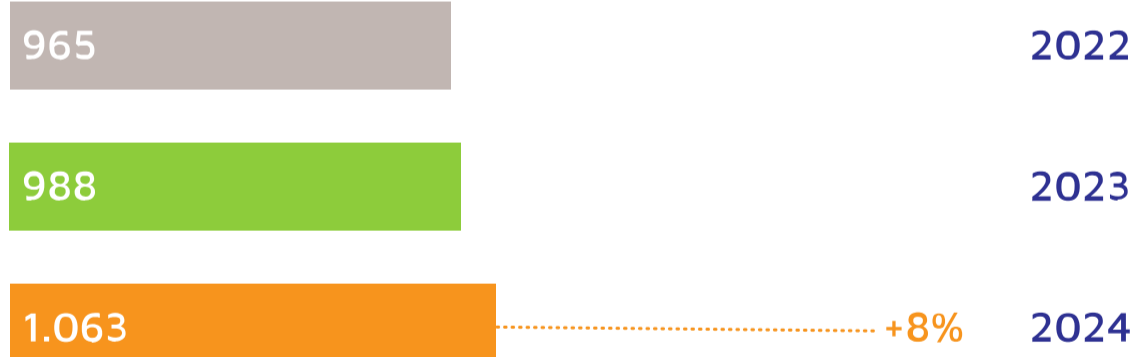
 ACCIDENTS DU TRAVAIL



 ACCIDENTS

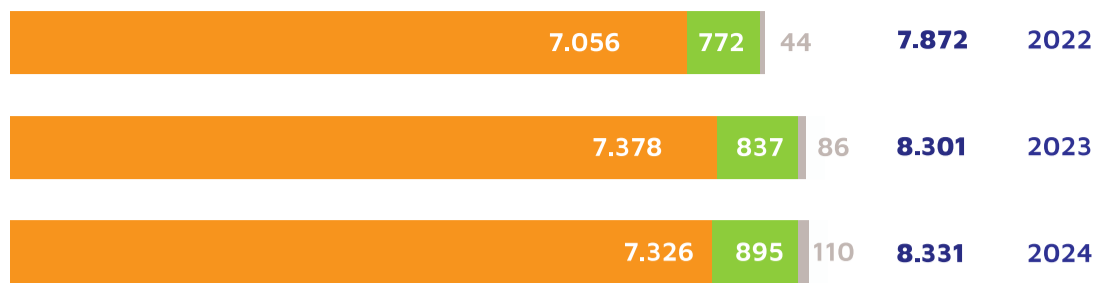


 DIVERS (NON PRÉCISÉ)

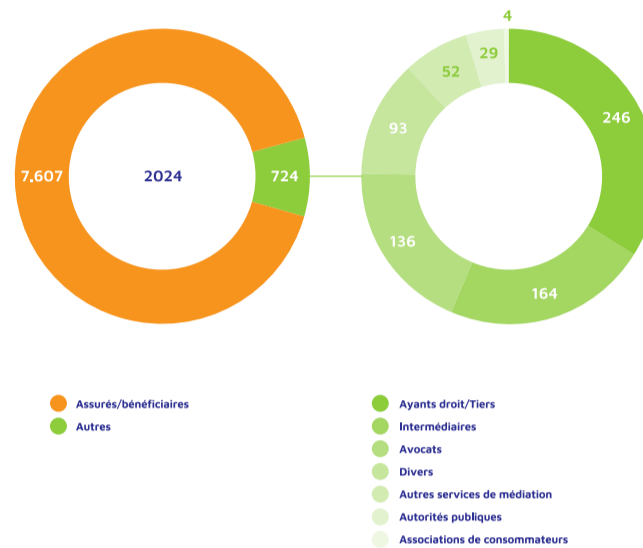


● Total 2022 = 7.872 ● Total 2023 = 8.301 ● Total 2024 = 8.331

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 8.331 demandes d'intervention enregistrées en 2024, l'Ombudsman en a analysé 3.736 dont 3.451 sont clôturées au 15 mars 2025. **Dans 57 % des cas analysés, le consommateur a obtenu une solution.**

Dans 43 % des dossiers examinés, la demande n'est pas fondée. Une explication claire et précise est alors donnée au consommateur. 285 dossiers de 2024 (3 %) étaient encore en cours de négociation en date du 15 mars 2025. L'Ombudsman a redirigé le consommateur, dans 2.987 cas (36 %), vers les services de plaintes des entreprises d'assurances et des intermédiaires et, dans 588 cas, vers un autre service de médiation.

Le consommateur s'est adressé dans 724 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. 588 demandes (7 %) échappent à la compétence de l'Ombudsman. Finalement, seuls 16 dossiers (< 1 %) ont été clôturés contre l'avis de l'Ombudsman.

ENTREPRISES D'ASSURANCES

7.326
demandes d'intervention

une stabilité

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

 AUTO

1.018

2022

910

2023

1.275

2024

 INCENDIE

1.478

2022

1.226

2023

1.215

2024

 MALADIE

762

2022

911

2023

928

2024

 VIE

774

2022

785

2023

840

2024

 PROTECTION JURIDIQUE

608

2022

748

2023

724

2024

 ANNULATION

432

2022

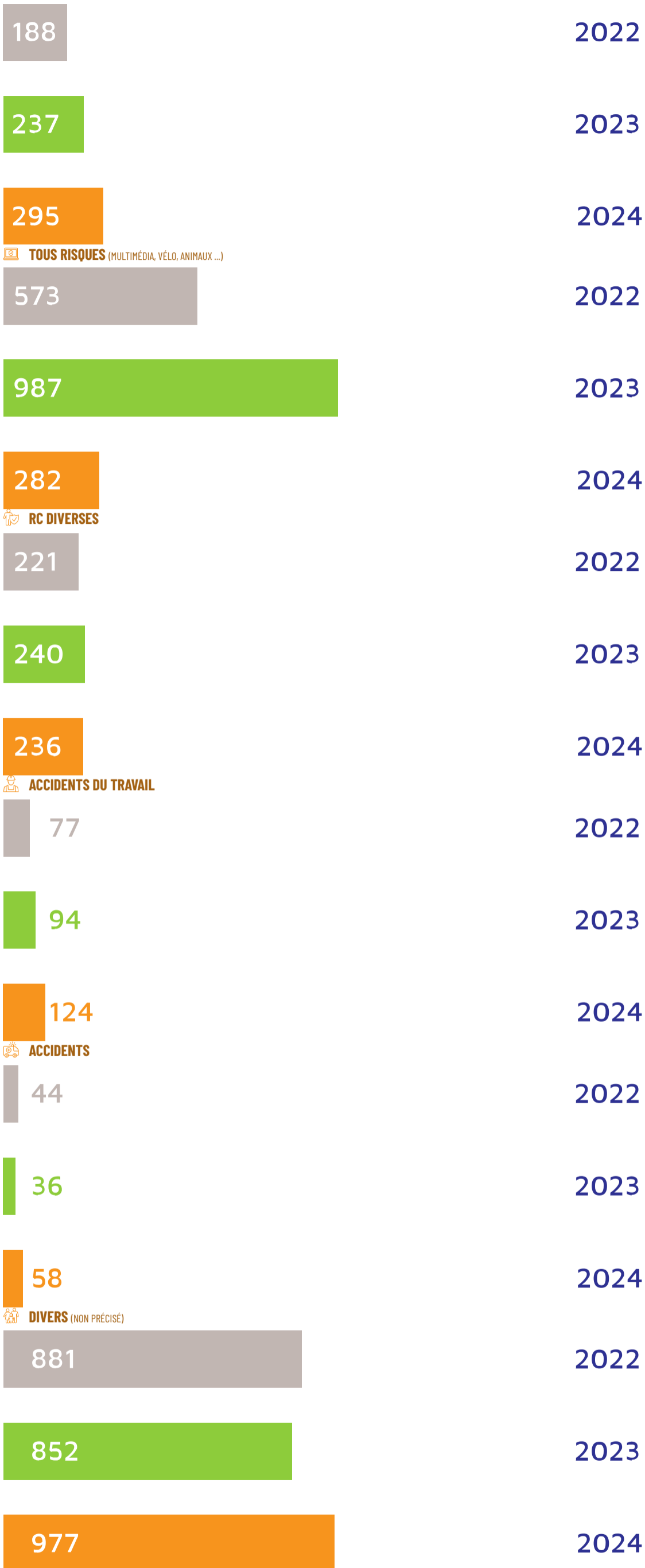
352

2023

372

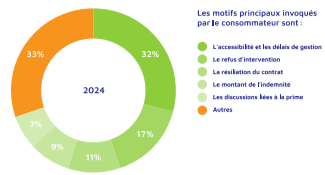
2024

 ASSISTANCE

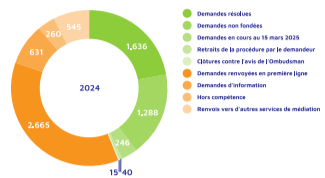


● Total 2022 = 7.056 ● Total 2023 = 7.378 ● Total 2024 = 7.326

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



2.924 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 15 mars 2025. **Dans 56 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le demandeur vers la première ligne dans 2.665 dossiers (36 %).

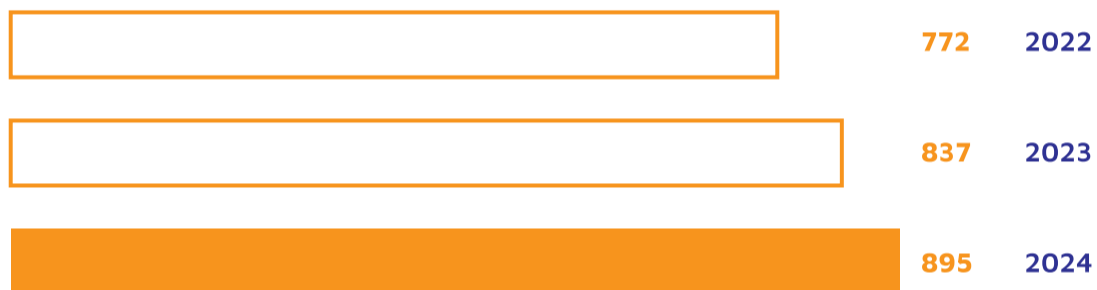
INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

895
demandes d'intervention

une augmentation de 7 %

11 % des demandes d'intervention concernent les intermédiaires.

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

 **TOUS RISQUES** (MULTIMÉDIA, VÉLO, ANIMAUX ...)



 **AUTO**



 **INCENDIE**



 **VIE**



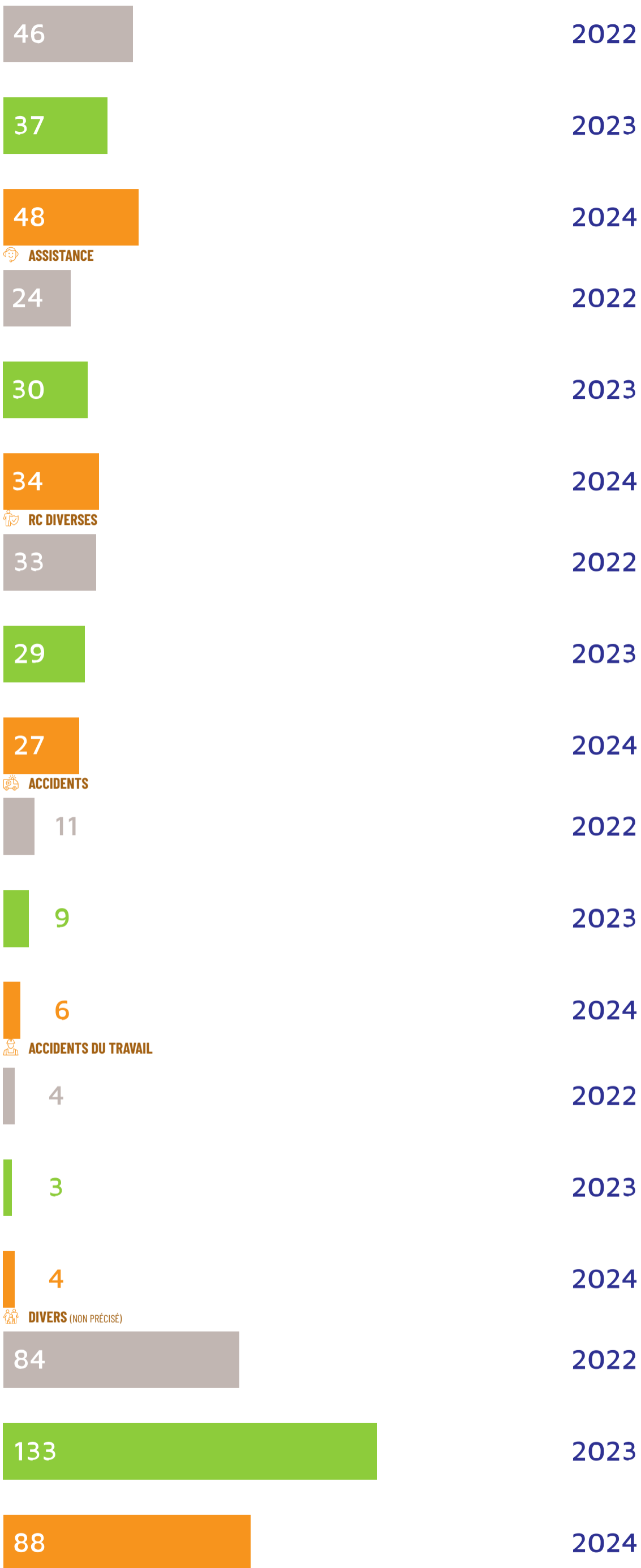
 **MALADIE**



 **ANNULATION**

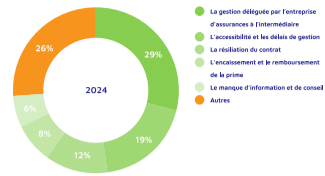


 **PROTECTION JURIDIQUE**

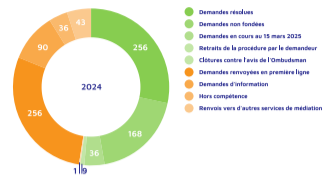


● Total 2022 = 772 ● Total 2023 = 837 ● Total 2024 = 895

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



424 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 15 mars 2025. **Dans 60 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le consommateur vers la première ligne dans 29 % des dossiers.

DATASSUR

110
demandes d'intervention

une augmentation de 28 %

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

ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

 **AUTO**



 **INCENDIE**



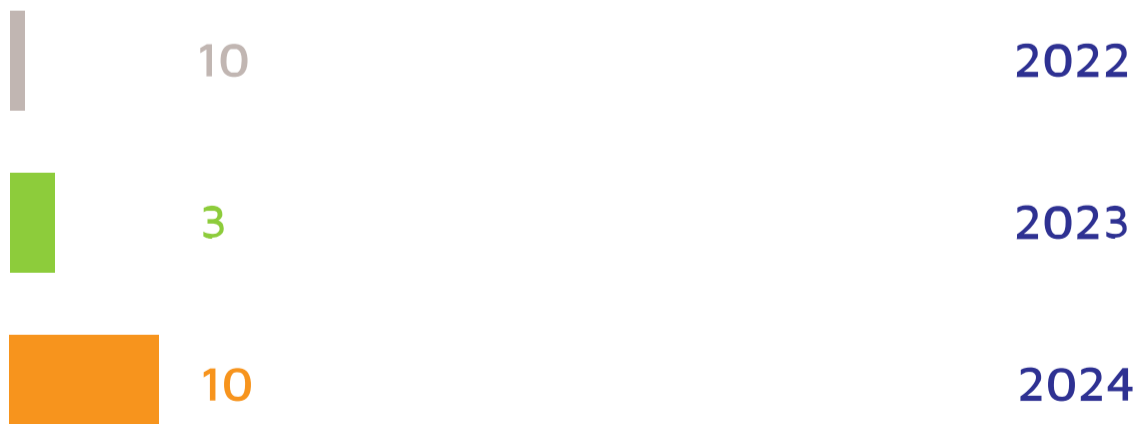
 **RC DIVERSES**



 **PROTECTION JURIDIQUE**



 **DIVERS (NON PRÉCISÉ)**



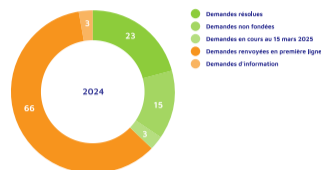
● Total 2022 = 44 ● Total 2023 = 86 ● Total 2024 = 110

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. 38 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 15 mars 2025. Dans 23 cas (61 %), une solution a pu être apportée au consommateur.

VERS UNE APPROCHE HOMOGENE DU FICHAGE AUPRES DE DATASSUR

Les plaintes concernant le fichier RSR géré par Datassur ont augmenté de 28 %. Cela s'explique par divers facteurs. Les entreprises d'assurances semblent renforcer la surveillance de leurs portefeuilles, ce qui entraîne notamment une augmentation des résiliations de contrat après sinistre. Les droits du consommateur en cas de fichage sont communiqués de façon plus claire ces dernières années.

L'Ombudsman observe une **différence de traitement** par les assureurs au niveau des inscriptions dans le fichier RSR et de la suppression du fichage. Certaines entreprises d'assurances n'inscrivent pas automatiquement mais uniquement dans des cas particulièrement significatifs alors que d'autres inscrivent systématiquement. Le risque est donc plus ou moins élevé d'être repris dans le fichier RSR en fonction de l'assureur qui résilie.

L'Ombudsman constate également une distinction dans le traitement accordé par les assureurs à l'annulation du fichage. Certaines entreprises sont plus flexibles pour supprimer l'inscription et le font immédiatement, par exemple, lorsque le non-paiement de la prime est régularisé ; d'autres maintiennent l'inscription même après le paiement, estimant qu'il n'y a pas de bonne foi complète. Il semble que certains assureurs considèrent l'enregistrement auprès de Datassur comme une sanction.

Enfin, l'Ombudsman a également constaté dans certains dossiers que le fichage avait été effectué lors d'une résiliation du contrat à l'échéance. Or ce procédé n'est pas autorisé selon les directives de Datassur.

EN SAVOIR PLUS

Ces différences dans le traitement affaiblissent l'objectif que poursuit l'inscription au registre RSR de Datassur, à savoir informer le secteur sur certains risques accrus. La qualité des données peut se détériorer en inscrivant automatiquement tout le monde, ce qui réduit la visibilité sur les risques les plus graves. Par ailleurs, un assureur qui effectue peu d'inscriptions peut avoir une interprétation plus stricte.

L'Ombudsman a abordé cette problématique avec Datassur qui a confirmé qu'un bon fonctionnement n'est possible que si les directives sont appliquées de manière homogène par le secteur. Datassur a rappelé les principes d'inscription à ses membres par le biais d'une circulaire et continue à surveiller leur application correcte par des audits périodiques.

L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION FINANCIÈRE



L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION FINANCIÈRE DU CONSOMMATEUR, UN DEFI POUR LE SECTEUR

Le langage des assurances se base sur un jargon complexe avec des notions qui ne sont pas facilement compréhensibles pour le grand public. Les assurés ne possèdent pas toujours les compétences nécessaires pour comprendre les contrats d'assurance, ce qui entraîne souvent de la frustration face aux refus de prise en charge.

L'accent doit être mis sur l'**éducation financière dans les écoles**. On souligne ici les initiatives prises par la FSMA dans le cadre de Wikifin.

Le secteur a déjà entamé des efforts de **simplification**. Ceux-ci doivent bien entendu se poursuivre. L'initiative Langage clair(A. Pauwels, « Note de politique Langage clair : récit d'un passionnant voyage linguistique », Assurinfo, 31 mars 2022, voir aussi « Suivi des recommandations », rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, www.ombudsman-insurance-annualreport.be.) d'Assuralia a identifié deux points importants : la présentation visuelle des contrats et les termes ambigus utilisés. La priorité doit dès lors être d'arriver à des textes dont les points importants sont facilement visibles et formulés d'une manière compréhensible.

Une aide précieuse peut provenir des documents IPID et KID(Art. 284 et 295 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) qui sont obligatoires lors de la souscription d'un contrat et visent à informer le consommateur et à faciliter la comparaison des produits. Malheureusement, la qualité de ces documents est inégale. Dans certains cas, la fiche IPID échoue à atteindre son objectif d'information et peut même induire le preneur d'assurance en erreur sur l'étendue du contrat. Par exemple, si seules les principales **exclusions** sont mentionnées, cela peut donner une fausse impression sur la portée réelle du contrat.

Le marché belge dispose également d'un grand nombre de **professionnels** auprès des intermédiaires ou des entreprises en assurances afin de conseiller et assister le consommateur dans ses démarches.

La problématique de la connaissance financière et de la compréhension des contrats d'assurance concerne toutes les branches d'assurance.

EN SAVOIR PLUS

En **assurance incendie**, l'Ombudsman constate souvent des termes ambigus ou des notions identiques qui sont interprétées différemment par les assureurs. Par exemple, les notions de « conduite », « toiture », « délai normal de reconstruction » ou « valeur à neuf ».

L'Ombudsman constate régulièrement que lorsque le consommateur souscrit en ligne une **assurance responsabilité civile automobile**, il ne souscrit pas d'assurance protection juridique. Seule l'assurance RC auto est légalement obligatoire et l'assurance protection juridique facultative est souvent négligée pour des raisons financières. Le consommateur ne réalise pas que l'assurance RC automobile ne couvre que sa propre responsabilité. En cas de discussions sur les responsabilités, l'assurance protection juridique est cruciale pour, entre autres, récupérer son propre dommage. Sans cette assurance, l'assuré se retrouve souvent démuni.

Quant à l'**assurance vie**, beaucoup de consommateurs l'utilisent comme un compte d'épargne sans tenir compte des risques couverts comme le risque de décès, par exemple dans le cadre d'une assurance obsèques. Les primes payées pour couvrir ce risque ne sont pas épargnées et ne génèrent pas d'intérêts. De plus, les conséquences d'une résiliation anticipée de la police d'assurance, avec les charges fiscales et les coûts associés, peuvent entraîner un rendement négatif.

Une bonne éducation financière et des conseils appropriés sont essentiels pour prendre les bonnes décisions financières.

RÉSILIER PLUS RAPIDEMENT, C'EST POUR QUAND ?



CAS VÉCU

N.H., Bruxelles

Le 20/04/2006 (il y a presque 19 ans), j'ai souscrit une assurance auto chez X. Souhaitant changer d'assureur, j'ai envoyé une lettre de résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception le 18/01/2025 avec un préavis de 2 mois. X me confirme dans un courrier du 27/01/2025 accepter la résiliation à la date d'échéance du contrat, c'est à dire le 20/04/2025, soit pour un préavis de 3 mois.

En lisant la nouvelle modification de la loi relative aux assurance sur le site du SPF Economie, je constate qu'il y a deux cas de figures:
- Soit une résiliation avant la première échéance annuelle (= nouveau contrat).
- Soit une résiliation après la reconduction tacite.

Dans mon cas, nous sommes dans la deuxième situation (étant donné que le contrat a été établi il y a 19 ans) et donc que je peux résilier mon contrat à tout moment et sans frais, moyennant un préavis de deux mois. Je lis ensuite « qu'un contrat tacitement reconductible de la branche non-vie qui est conclu par le consommateur avant le 1er octobre 2024 et renouvelé tacitement à partir du 1er octobre 2024 peut être résilié à tout moment et sans frais ».

X avance qu'il y a une année transitoire pour appliquer la loi et qu'il faut attendre la date d'échéance du contrat (c'est à dire le 20/04/2025) pour que s'applique la nouvelle législation. Or, ce n'est pas l'interprétation que je me fais de la loi.

Près d'une demande d'intervention sur dix concerne la résiliation d'un contrat d'assurance, qui reste donc une source importante de réclamations auprès de l'Ombudsman. Ce motif est présent dans toutes les branches, principalement en assurances auto et incendie mais aussi en assurance maladie.

Le 1er octobre 2024, la nouvelle loi sur la résiliation d'un contrat d'assurance(Loi du 9 octobre 2023 simplifiant les règles de résiliation des contrats d'assurance, M. B. 18 octobre 2023, qui modifie l'art. 85 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) **est entrée en vigueur**. Désormais, le preneur d'assurance peut résilier son contrat d'assurance à partir de la deuxième année du contrat à tout moment avec un **préavis de 2 mois**.

Cette loi était attendue avec impatience et peut apporter une solution aux plaintes que l'Ombudsman reçoit depuis de nombreuses années. Toutefois, après l'entrée en vigueur de la loi, l'Ombudsman a été interrogé par des consommateurs quant aux **dispositions transitoires**.

La loi prévoit son entrée en vigueur le premier jour du douzième mois qui suit sa publication au Moniteur Belge et s'applique aux contrats conclus ou tacitement reconduits à partir de cette date. La question se pose donc de savoir si, pour pouvoir bénéficier du nouveau délai de résiliation raccourci prévu par la loi, le contrat d'assurance doit être à nouveau reconduit après le 1er octobre 2024 ou s'il est suffisant que le contrat ait déjà été reconduit avant le 1er octobre (avec donc une application immédiate de la loi à partir du 1er octobre 2024). S'il faut attendre une nouvelle reconduction, le délai d'entrée en vigueur de loi, qui était déjà d'un an, se trouve encore prolongé.

D'autres questions sont posées au niveau du champ d'application de la loi, à propos des **contrats d'assurance maladie**. La loi semble exclure l'assurance maladie de ce système de résiliation allégé car il ne s'agit pas d'un contrat tacitement reconductible au sens de l'article 85 § 1er de la loi relative aux assurances. De plus, les contrats d'assurance maladie non liés à une activité professionnelle sont en principe conclus à vie(Art. 203 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.).

Les discussions à la Commission des Assurances(Avis du 10 mars 2022 de la Commission des Assurances relatif à la législation en matière de résiliation des contrats d'assurance, à la proposition de loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, visant à permettre au consommateur de résilier le contrat d'assurance à tout moment après la fin de la première année, sans frais ni pénalités, et à la proposition de loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances en ce qui concerne le transfert de l'assurance automobile en vue de charger le nouvel assureur de régler ce transfert, www.fsma.be.) et les travaux préparatoires de la loi ne mentionnent pas cette exception pour l'assurance maladie. Il paraissait plutôt évident que ces contrats étaient aussi visés par cette adaptation de la loi.

L'Ombudsman a soumis les deux interprétations possibles sur ces deux sujets au secteur de l'assurance. Celui-ci n'a pas suivi les suggestions et préfère une application stricte de la loi. L'Ombudsman déplore cette lecture minimaliste et ce manque de flexibilité. Quel est l'intérêt de garder un assuré qui souhaite mettre fin au contrat car la confiance est rompue ou car il ne sait plus payer la prime ?

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.

895
demandes d'intervention

une croissance de 7 %

772

2022

837

2023

895

+7 % 2024

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

UN BON DOSSIER CLIENT PERMET D'ÉVITER DES PLAINTES

L'intermédiaire en assurances doit constituer un dossier client(Art. 290 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) mais, en pratique, ce dossier est régulièrement incomplet. Ce dossier doit reprendre l'ensemble des communications que l'intermédiaire a échangées avec son client, les informations recueillies et les documents contractuels. Il est essentiel pour démontrer l'exécution correcte des obligations de l'intermédiaire et expliquer les changements de contrats opérés voire pour transférer le portefeuille de l'intermédiaire correctement.

Il est primordial de **préciser** dans les documents d'analyse des besoins et exigences (Art. 284 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) **les garanties souscrites et celles refusées par l'assuré**, surtout lorsque ce dernier ne suit pas le conseil de l'intermédiaire. Par exemple, mentionner que l'assuré n'a pas souhaité souscrire une garantie contre le vol dans un contrat habitation ou une assurance omnium pour un véhicule récent, et la raison sous-jacente, est important pour justifier la non-souscription d'un produit.

Les dossiers bien constitués limitent donc les durée de conservation des documents est dis durée du contrat plus 5 ans. Étant donné que de supprimer les informations après 5 ans alo

Il est également insuffisant de justifier la vente du produit par la seule mention que l'assuré souhaite le produit surtout pour des produits dont l'étendue peut varier fortement comme les contrats d'assurance protection juridique.

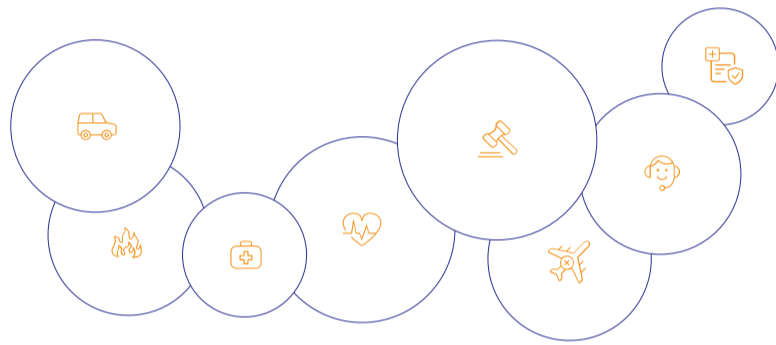
LE RÔLE DE L'INTERMÉDIAIRE EN CAS DE SINISTRE

Les assurés sont souvent peu informés du rôle de leur intermédiaire en cas de sinistre et il n'existe pas de directives claires à ce sujet. Certains bureaux assurent une gestion active, tandis que d'autres transfèrent juste les courriers reçus. Des problèmes d'information surviennent aussi quand la communication de l'entreprise d'assurances est limitée et que l'intermédiaire omet de la compléter pour son client.

Une **clarification des services fournis par les intermédiaires lors d'un sinistre** permettrait de mieux répondre aux attentes des consommateurs. Il serait utile de créer un document expliquant le rôle du courtier en cas de sinistre et précisant la répartition des tâches entre l'intermédiaire et l'assureur.

Par ailleurs, quand un intermédiaire se charge de la **gestion d'un sinistre pour le compte de l'assureur**, il supporte habituellement aussi les risques d'un mécontentement de son client. L'augmentation des réclamations pour des sinistres gérés par les intermédiaires (+ 60 %) est particulièrement notable dans la branche **tous risques multimédia**. Ces dossiers sont souvent gérés par des entreprises enregistrées comme intermédiaires qui n'ont pas de contact direct avec les clients lors de la vente et se chargent uniquement de la gestion des sinistres. Les principaux problèmes observés sont les longs délais de traitement, la fourniture de GSM reconditionnés sans garantie, des exclusions de couverture méconnues et des refus de prise en charge manquant d'éléments objectifs.

DEMANDES PAR BRANCHE D'ASSURANCE



ASSURANCE AUTO



1.470

demandes d'intervention

une augmentation de 34 %

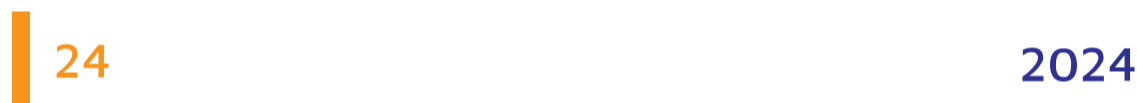
RC AUTO



DÉGÂTS MATÉRIELS (OMNIUM)

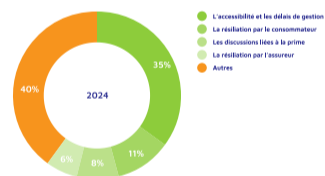


VOL

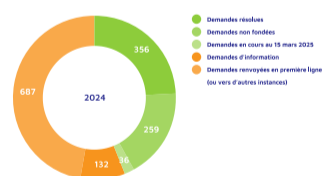


● Total 2022 = 1.163 ● Total 2023 = 1.094 ● Total 2024 = 1.470

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 58 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

DE PETITES DÉFAILLANCES ADMINISTRATIVES, DE GRANDES FRUSTRATIONS

Le nombre de dossiers liés au suivi administratif dans le cadre de l'assurance auto a doublé en 2024. L'Ombudsman relève entre autres de nombreux problèmes relatifs aux attestations de sinistre et aux demandes d'immatriculation.

Ces problèmes sont une conséquence de la **difficulté d'accessibilité des entreprises d'assurances et des intermédiaires**. Lorsque les assurés n'obtiennent pas de réponse à ces demandes simples mais urgentes, ils ont tendance à se tourner vers l'Ombudsman.

EN SAVOIR PLUS

On constate que les modes de communication ont évolué, notamment avec un recours de plus en plus marqué vers des solutions en ligne. Cela peut entraîner un déficit d'information. L'Ombudsman note par exemple que l'importance de la souscription d'une garantie protection juridique liée à une assurance RC auto pourrait être mieux expliquée. La gestion du paiement des primes peut également entraîner des soucis supplémentaires. C'est le cas avec des domiciliations mensuelles ou avec des formules d'assurance au kilomètre. En gestion de sinistres, les assurés ne sont pas toujours informés des démarches entreprises par leur assureur.

Ces dossiers concernent principalement des questions qui peuvent être rapidement résolues et qui ne nécessitent pas d'analyse juridique complexe. L'Ombudsman encourage le consommateur à s'adresser au point de contact de plaintes auprès de l'instance concernée.

Les contrats de leasing prévoient généralement, en matière de dommages matériels, une participation financière à la charge du locataire, définie contractuellement, plutôt qu'une véritable assurance(Voir aussi R. VANBERGEN, « Le contrat de leasing et les assurances automobiles », L'assurance au présent, mars 2025, numéro 3.). Même si des termes comme prime, franchise ou assurance sont utilisés, ces contrats ne sont pas soumis à la législation relative aux assurances.

EN SAVOIR PLUS

Les conditions des contrats proposés par les sociétés de leasing ne sont pas toujours comparables à celles d'un contrat d'assurance. Dans certains contrats de leasing, les dommages matériels en cas de perte totale sont pris en charge sans dégressivité ni franchise, pendant un délai déterminé. Néanmoins, le consommateur n'est pas toujours au fait que cette absence de franchise implique le rachat d'un véhicule de la même marque. A défaut, une franchise parfois fort importante s'applique.

L'Ombudsman soulève que pour les autres garanties, par exemple la responsabilité civile et la protection juridique, les sociétés de leasing et de renting sont considérées comme des intermédiaires avec les obligations et sanctions que cela implique. On peut regretter cette situation hybride qui entraîne la confusion du consommateur. L'Ombudsman des Assurances n'est pas compétent pour les aspects qui ne relèvent pas de la législation relative aux assurances et doit renvoyer le plaignant vers le service de médiation pour le consommateur.

ASSURANCE INCENDIE



1.382
demandes d'intervention

une stabilité

INCENDIE

647

2022

687

2023

644

2024

DÉGÂTS DES EAUX

350

2022

385

2023

485

2024

TEMPÊTE

141

2022

80

2023

77

2024

VOL

77

2022

85

2023

76

2024

CATASTROPHES NATURELLES

352

2022

81

2023

43

2024

BRIS DE VITRAGES

12

2022

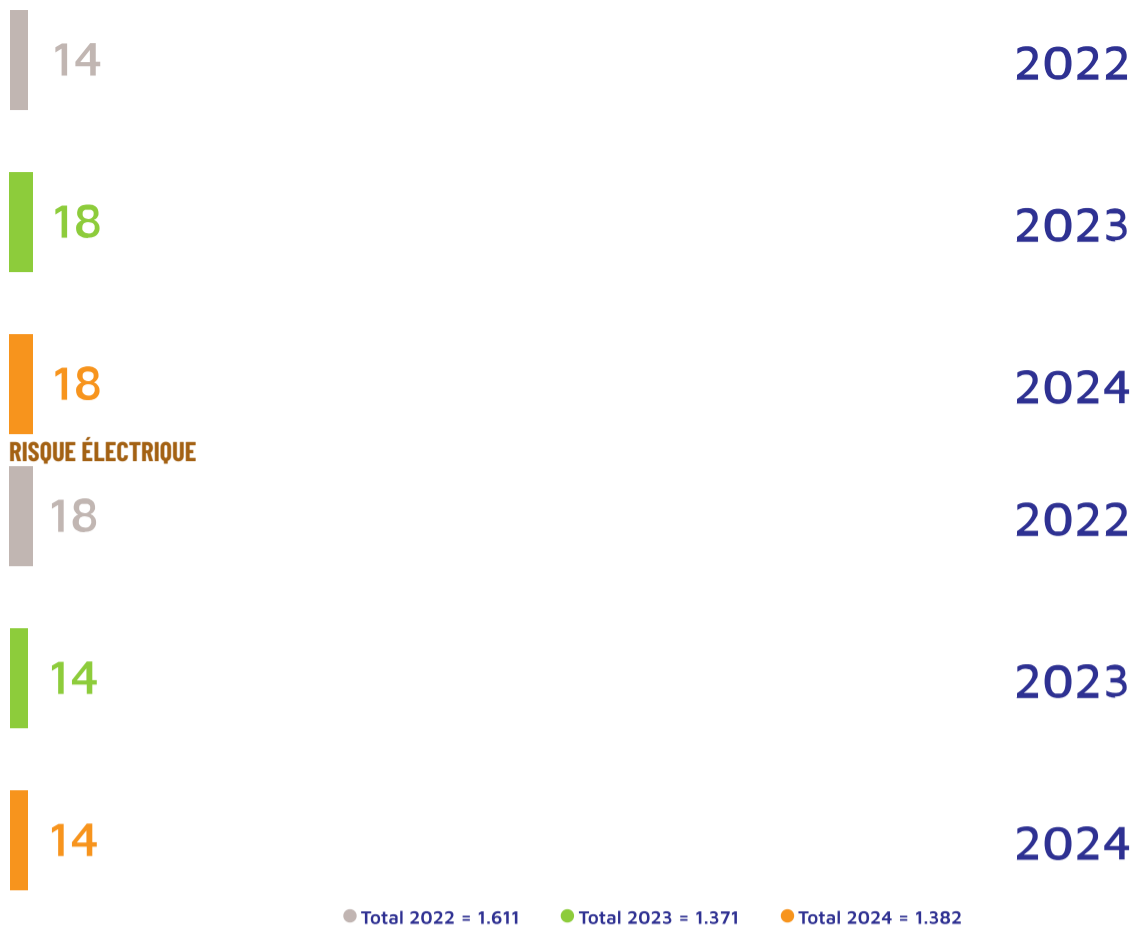
21

2023

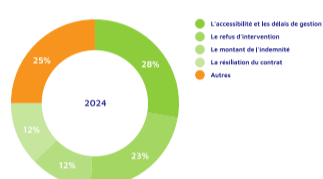
28

2024

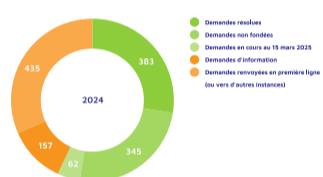
RC IMMEUBLE



MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

LA GARANTIE DÉGÂTS DES EAUX DÉBORDE UN PEU

En 2024, la garantie dégâts des eaux a connu une hausse significative de réclamations en sinistres. Les demandes s'orientent autour de trois axes principaux : le montant de l'intervention, l'étendue des dégâts et la communication.

Concernant le montant de l'intervention, les assurés signalent qu'ils ne trouvent **pas de prestataire au tarif fixé par l'expert** de l'entreprise d'assurances. Les experts des compagnies indiquent qu'ils se basent sur les prix du marché mais ne proposent pas de sociétés travaillant aux tarifs proposés. D'autres experts refusent de chiffrer sans devis ou les contestent sans offrir d'alternative.

L'apparition de plusieurs dégâts peut entraîner l'application d'autant de **franchises**. Ce principe peut être exact dans certains contrats mais d'autres mettent l'accent sur l'origine du sinistre. Des dommages distants parfois de plusieurs mètres peuvent ainsi avoir une cause unique, telle qu'une infiltration par la toiture. Une vérification des termes du contrat peut être utile avant d'accepter l'application de plusieurs franchises.

En ce qui concerne l'étendue des dommages, l'Ombudsman attire l'attention sur la limite entre le dommage indemnisable et le **dommage esthétique**. Le dommage à un mur nécessite-t-il de refaire tous les murs de la pièce, le mur endommagé ou uniquement la surface abîmée ? Une certaine cohérence visuelle doit guider la solution. Certains contrats spécifiques prévoient une couverture plafonnée du dommage esthétique mais la définition de l'esthétique et de la vétusté reste sujette à discussion.

En cas de désaccord sur l'évaluation, la loi prévoit le paiement de l'incontestablement dû(Art. 121 § 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) et le mandat d'un expert pour l'assuré, dont les frais sont avancés par l'assureur. A défaut d'appliquer ces dispositions en temps utile, il existe un risque que les devis, soumis à une durée de validité, deviennent caducs.

Enfin, la communication peut être laborieuse entre les différentes parties, en particulier en présence de plusieurs assureurs, ce qui aboutit parfois à des **rapports d'expertise** aux conclusions opposées.

Par ailleurs, le refus de l'entreprise d'assurances de transmettre le rapport d'expertise accroît la méfiance de l'assuré, donnant l'impression que l'assureur cache des informations pour ne pas intervenir dans son sinistre. Un nouveau code de conduite(« Code de conduite pour Experts », www.assurialia.be , entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025.), qui prévoit que l'expert donne les explications nécessaires pour permettre à l'assuré de comprendre comment le montant des dommages est déterminé, pourrait enlever cette méfiance.

Ce manque de communication se retrouve également au niveau du service de **réparation en nature**. Certains assureurs décident unilatéralement de l'application ou non de ce service sans préciser les critères d'attribution, ce qui peut engendrer des indemnités différentes auprès des assurés et des incompréhensions supplémentaires.

LE CUMUL D'ASSURANCES : DEUX FOIS N'EST PAS MIEUX

L'Ombudsman est, cette année encore, saisi par des consommateurs qui découvrent qu'ils sont doublement couverts pour un même risque. Ils ont parfois payé deux primes pour le même risque pendant plusieurs années. Ils souhaitent alors faire annuler une des deux polices d'assurance faisant double emploi et obtenir le remboursement des primes payées.

Ces situations surviennent souvent lors d'un déménagement, d'une séparation, à la suite d'un décès ou lors d'un changement d'entreprise d'assurances quand les formalités de résiliation sont oubliées ou mal exécutées. L'Ombudsman examine dans ce cas également la responsabilité éventuelle de l'intermédiaire.

En pratique, cette double assurance peut entraîner des difficultés de remboursement de la prime. L'assureur limite parfois ce remboursement à trois ans, il invoque même des différences dans les conditions générales pour justifier l'intérêt de deux contrats d'assurance.

L'Ombudsman estime que cette double assurance ne fait supporter quasiment aucun risque à l'un des assureurs et recherche une solution équitable, allant au-delà d'un remboursement de trois années de primes, correspondant au délai de prescription(La demande en remboursement des primes payées peut être considérée comme une répétition de l'indu, pour laquelle le délai de prescription est de 10 ans et non comme une action dérivant du contrat d'assurance pour laquelle le délai de prescription aurait été de 3 ans, art. 2262bis, ancien Code civil.). Sachant que les conditions minimales(A.R. du 24 décembre 1992 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples, M.B. 31 décembre 1992.) s'imposent à tous les assureurs, les petites différences dans les conditions générales doivent servir à se distinguer de la concurrence mais ne justifient pas le maintien d'une double assurance.

ASSURANCE MALADIE



1.022

demandes d'intervention

une augmentation de 4 %

ASSURANCE MALADIE

NON LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE



REVENU GARANTI



ASSURANCE MALADIE

LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE



ASSURANCE DENTAIRE



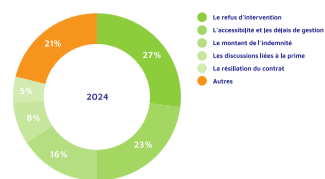
COUVERTURES SPÉCIFIQUES

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

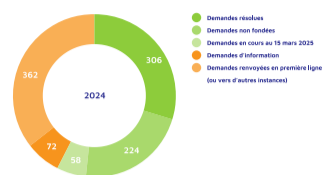


● Total 2022 = 821 ● Total 2023 = 978 ● Total 2024 = 1.022

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 58 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

INFLUENCE DU RELÈVEMENT DE L'ÂGE LÉGAL DE LA RETRAITE SUR L'ASSURANCE REVENU GARANTI

CAS VÉCU

TRADUIT DU NÉERLANDAIS

L.F., Brasschaat

Mon client est assuré chez X par une police de revenu garanti. Cette police est en vigueur depuis le 01/09/2001 et se termine lorsque mon client atteint l'âge de 65 ans. Au moment de la souscription de la police, c'était l'âge légal de la retraite.

Cependant, la loi du 10 août 2015 augmente progressivement l'âge légal de la retraite à 67 ans en 2030. Cela affecte également mon client, qui doit travailler jusqu'à 66 ans, soit un an de plus que la durée de sa police de revenu garanti. Mon client se retrouve donc sans couverture de sa police de revenu garanti pendant une année entière.

De plus, mon client est invalide à 4 % (...). Il reçoit donc une indemnité de sa police de revenu garanti (...) par mois. Cette problématique fait que mon client se retrouvera également sans cette indemnité pendant un an.

ASSURALIA, l'Association professionnelle des entreprises d'assurance, a tenté de remédier à cette lacune en établissant un code de conduite. Dans les limites définies par le code de conduite, les assureurs s'engagent, dans un délai de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur de ce code de conduite, à proposer aux preneurs d'assurance de souscrire une police de revenu garanti avec une durée prolongée (article 3, §1 Code de conduite).

Mon client a demandé des informations à ce sujet à X, qui a répondu comme suit : "Étant donné que le code de conduite ne s'applique pas aux personnes assurées ayant une invalidité en cours, comme c'est actuellement le cas pour vous, vous ne pouvez pas demander une prolongation de l'âge de fin de votre police jusqu'à l'âge légal de la retraite dans le cadre de ce code de conduite. Cependant, si cette invalidité en cours prend fin avant la fin du code de conduite, soit le 31/12/2026, X vous contactera et vous pourrez demander une prolongation."

Il est cependant certain que l'invalidité de mon client ne prendra pas fin. Il perd son indemnité pour sa dernière année de travail obligatoire, mais il n'a pas la possibilité de prolonger sa couverture. Pourtant, mon client se serait évidemment assuré jusqu'à ses 67 ans s'il avait su, au moment de la souscription de la police, que l'âge de la retraite serait prolongé jusqu'à cette date.

Les demandes d'intervention en assurance revenu garanti ont augmenté de 23 % en 2024. Une partie de cette augmentation concerne les modalités d'application du nouveau code de bonne conduite d'Assuralia « Assurances revenu garanti : prolongation de la durée en raison du relèvement de l'âge légal de la retraite ».

À plusieurs reprises, Assuralia a mis en place un **code de bonne conduite** afin de faire face à l'augmentation progressive de l'âge de la retraite. En novembre 2023, un nouveau code a été adopté pour adapter les contrats à l'âge de pension porté à 67 ans. Ce code impose notamment aux compagnies d'assurances de prendre contact avec les assurés afin de leur proposer une prolongation de leur contrat d'assurance revenu garanti.

À la suite de cette initiative, l'Ombudsman a reçu, en 2024, plusieurs plaintes relatives à la prolongation de la durée des contrats d'assurance, dans le contexte de la réforme de l'âge légal de la retraite. Plusieurs points sont soulevés :

- L'impossibilité de prolonger l'assurance revenu garanti en cas d'incapacité de travail
- L'impossibilité de prolonger l'assurance revenu garanti si la prolongation a déjà été proposée par le passé
- Le code prévoit l'interdiction d'une nouvelle acceptation médicale mais l'assureur peut tenir compte de la statistique sinistres individuelle de l'assuré.

EN SAVOIR PLUS

Face à ces plaintes, l'Ombudsman s'est tourné vers le secteur de l'assurance qui a soulevé des contraintes techniques et légales(Art. 5, 14° de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) ne permettant pas de solutionner la situation. L'Ombudsman a renvoyé la question aux autorités compétentes. La décision d'augmenter l'âge légal de la retraite à 67 ans a été prise par le législateur et non par les acteurs du secteur de l'assurance.

De plus, il existe actuellement un droit à la souscription(Art. 206 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) d'un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle jusqu'à 65 ans, mais cette limite d'âge fixée à 65 ans ne correspond plus à celle de l'âge légal de la retraite et pose donc question dans le contexte d'un relèvement de l'âge de la retraite.

Aucune solution immédiate ne semble pouvoir être apportée à ces problématiques, en raison de la difficulté d'équilibrer les exigences légales liées à l'âge de la retraite et les contraintes techniques des assurances concernant les affections préexistantes. Dans ce contexte, il est souhaitable que le législateur intervienne pour proposer une solution viable, telle que la mise en place d'une prolongation de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

FACE À LA SURCHARGE DU SECTEUR MÉDICAL, LES DÉLAIS DES ASSUREURS SONT-ILS ENCORE RÉALISTES ?

Les dossiers introduits dans le cadre de l'assurance revenu garanti doivent être traités rapidement car l'assuré se retrouve sans revenu. Cependant, ils restent fréquemment en suspens en raison des **longs délais d'attente pour les visites de contrôle** auprès des médecins-conseils des assureurs, causés par une pénurie de ceux-ci.

En outre, les **délais fixés pour les périodes pré et post-hospitalisation** posent également des problèmes. En raison des longs délais d'attente pour les traitements et consultations dans les hôpitaux, la période usuelle de 30 jours avant l'hospitalisation et de 90 jours après l'hospitalisation est souvent trop courte. Par conséquent, une partie des frais liés à l'hospitalisation n'est pas couverte et ces dossiers ne trouvent pas de solution en raison de conditions contractuelles strictes sur ce point.



961
demandes d'intervention

une augmentation de 4 %

RÉPARTITION ASSURANCE VIE

BRANCHE 21



Classique

Solde restant dû

Assurance funéraires

ASSURANCE GROUPE



BRANCHE 23



BRANCHE 26



GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ACRI/ACRA



EMPRUNT HYPOTHÉCAIRE

3

2022

1

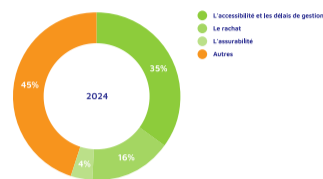
2023

2

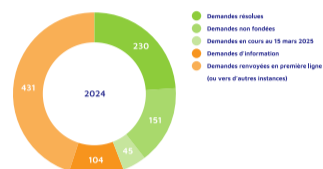
2024

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

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

INFLUENCE DU RELÈVEMENT DE L'ÂGE LÉGAL DE LA RETRAITE SUR L'ASSURANCE GROUPE

CAS VÉCU

N.S., X

Suite au décès de mon époux M.Y. né en 1963 l'assurance X refuse de payer le capital décès de mon époux. Sous prétexte que la société Y a cessé les paiements au 60 ans de mon époux, les explications qui nous avaient été données à l'époque nous ont induit en erreur. Nous pensions que l'argent déjà versé restait sur un compte bloqué et que nous y avions droit au décès de mon époux.

Mon époux étant décédé dans l'année de ses 60 ans.

J'espère que vous pourrez m'aider parce que là je me retrouve dans une situation difficile étant donné que je me retrouve sans argent avec énormément de frais à payer.

L'augmentation de l'âge de la pension entraîne diverses préoccupations et réclamations, particulièrement au niveau de l'assurance groupe (les pensions complémentaires). Un des points de tension majeurs réside dans le fait que la prestation d'assurance groupe est automatiquement versée **au moment du départ à la retraite** légale. Les assurés expriment également des inquiétudes concernant les garanties complémentaires telles que le revenu garanti et l'assurance décès.

Un autre effet indirect de l'augmentation de l'âge de la pension est le report de la liquidation d'une assurance groupe qui est utilisée **pour rembourser un emprunt à 65 ans**. Les consommateurs qui comptaient sur le versement du capital vie de leur assurance groupe à leurs 65 ans pour mettre un terme à leur emprunt hypothécaire devront trouver une solution alternative.

EN SAVOIR PLUS

Pour les contrats arrivant à échéance à 60 ou 65 ans, les assurés se retrouvent souvent dans une situation d'incertitude, les conditions de prolongation de la couverture n'étant pas clairement précisées dans la loi. Cela soulève notamment des questions sur l'impact sur le taux d'intérêt du capital en cas de vie, ainsi que sur la prolongation des garanties décès et revenu garanti. Bien que les assureurs informent généralement sur les conditions de gestion du capital jusqu'à la date de la retraite, il est également recommandé d'attirer l'attention sur les options alternatives, comme l'intégration dans une structure d'accueil ou le transfert vers un autre assureur. À cet égard, il serait pertinent de renvoyer les assurés vers le site internet de la FSMA sur lequel ces options sont expliquées.

La question se pose également pour d'autres types d'assurance, comme les assurances maladie et revenu garanti. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la recommandation ci-dessous.

LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES RETARDENT LE PAIEMENT

Certaines demandes d'intervention concernent la lourdeur des formalités administratives liées à la **légalisation contre le blanchiment d'argent** (AML). Lorsque l'assureur sait qu'une police arrive prochainement à terme et que des contrôles doivent encore être réalisés conformément à cette loi, il serait utile qu'il anticipe ces démarches pour éviter des retards dans le paiement du capital.

Comme les années précédentes, des questions sont soulevées concernant les documents à fournir et la sécurité de ces documents. Par exemple, faut-il envoyer une copie de sa carte bancaire ? L'assureur peut-il exiger un document de la banque pour confirmer l'identité du titulaire du compte avant de payer le capital de l'assurance vie ? En outre, savoir qui prend en charge les coûts supplémentaires liés à ces démarches administratives n'est pas toujours clair.

Dans le cas des produits d'assurance liés à la **branche 26** (assurances de capitalisation), tels que ceux associés aux garanties de location, des formalités supplémentaires peuvent aussi entraîner des retards de paiement.

Enfin, bien que cela concerne un nombre limité de dossiers, la question de la **digitalisation** des démarches administratives est toujours présente. L'assureur envoie des documents numérisés et les assurés doivent régulièrement les imprimer, les compléter et les renvoyer. Or, tous n'ont pas forcément accès à ces outils. Généralement, des solutions pratiques sont trouvées mais cela complique le processus. Dans d'autres cas à l'inverse, certains assureurs refusent de liquider le capital si les documents sont uniquement signés par voie numérique, ce qui crée également des frictions.

Comme prévu légalement, la Commission des Assurances s'est penchée sur l'évaluation(Art. 218 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) de la loi sur l'accès à l'assurance solde restant dû, appelée loi Partyka.

Depuis 2023, le nombre de requêtes liées à l'accès à l'assurance solde restant dû est en baisse, une tendance qui s'explique probablement par le ralentissement du marché immobilier.

Les demandes introduites auprès de l'Ombudsman portent souvent sur une **surprime proche de 75 %**, ce qui les place juste en dessous du seuil de compétence(Art. 13 de l'A.R du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, M.B. 10 juin 2014.) du Bureau de suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû. Cependant, ces dossiers visant une surprime inférieure ou égale à 75 % sont généralement moins détaillés et le *hazard ratio*(Le rapport de risque c'est-à-dire la probabilité accrue de décès.) dans les études ne correspond pas toujours à la prime supplémentaire appliquée.

Cela pose la question de la pertinence d'abaisser ce seuil de 75 %(Recommandation 2017 « En assurance solde restant dû, élargir l'accès au Bureau du suivi de la tarification », www.ombudsman-insurance-annualreport.be) afin que davantage de dossiers puissent être examinés par les spécialistes du Bureau de suivi. Par ailleurs, en ce qui concerne les dossiers qui ne sont pas renvoyés vers ce Bureau, il conviendrait de rappeler aux assurés la possibilité de déposer une plainte auprès de l'Ombudsman.

Une attention particulière devrait également être portée aux délais. C'est souvent à la fin du processus de demande de crédit que le consommateur est informé de la surprime, ce qui laisse parfois trop peu de temps pour traiter les demandes adéquatement.

ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE



772
demandes d'intervention

une diminution de 2 %

RÉPARTITION ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

PROTECTION JURIDIQUE NON AUTO

253

2022

328

2023

321

2024

PROTECTION JURIDIQUE AUTO

257

2022

293

2023

297

2024

PROTECTION JURIDIQUE ÉTENDUE

144

2022

165

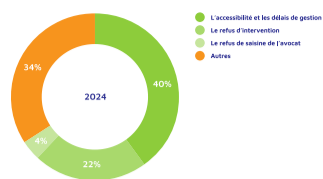
2023

154

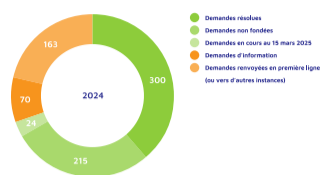
2024

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

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 58 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

LA GESTION EN PROTECTION JURIDIQUE, EN TOUTE CONFIANCE

Comme les années précédentes, de nombreux consommateurs reprochent une gestion trop passive de leur assureur protection juridique (40 %). Pourtant la gestion active de la phase amiable par l'assurance protection juridique permet souvent d'aboutir à une solution sans devoir saisir les cours et tribunaux.

Afin de renforcer la confiance de l'assuré dans les démarches entreprises par son assureur, l'Ombudsman propose de suivre certains principes.

EN SAVOIR PLUS

Une **gestion dynamique** est essentielle pour instaurer une relation de confiance avec l'assuré. Une ouverture de dossier rapide, un message de réception adapté au litige et des conseils pratiques permettent à l'assuré de se sentir soutenu.

Une communication claire et précise apporte une réelle valeur ajoutée. Par exemple, informer plus rapidement l'assuré victime de **dommages corporels** qu'il peut demander à son médecin de suivre les examens et de prendre connaissance des conclusions de l'autre partie.

Il est en outre essentiel d'expliquer clairement l'avis concernant les **chances de succès** d'une procédure judiciaire, en présentant à la fois les arguments favorables et ceux contraires. En cas de divergence d'opinions, il convient de se référer à la clause d'objectivité. Il est aussi primordial de donner une suite favorable à la demande de **désignation d'un avocat** dès qu'une date d'audience est connue, surtout dans les cas sensibles ou en présence de dommages corporels graves.

Le **respect des délais légaux** et des sanctions associées à ceux-ci est probablement le point le plus important à suivre en assurance protection juridique. Cela comprend l'application de la nouvelle loi sur les délais de traitement (Loi du 17 mars 2024 concernant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance, M.B. 2 avril 2024.) mais aussi celle des délais prévus dans les législations relatives aux branches d'assurance spécifiques. L'Ombudsman recommande que le recours aux délais légaux et aux sanctions devienne systématique, avec par exemple l'envoi d'un rappel à la partie adverse après deux mois et demi pour lui rappeler le délai de réponse de trois mois. Enfin, l'assureur doit aussi demander à la partie adverse de procéder au paiement de la partie non contestée, « l'incontestablement dû ».

POUR UNE APPROCHE COHÉRENTE DE LA GARANTIE INSOLVABILITÉ

La garantie insolvabilité des tiers prévoit, de manière générale, que l'assureur protection juridique indemnise son assuré (jusqu'à un plafond) à la place du tiers identifié et reconnu responsable si celui-ci est insolvable.

Les rapports de solvabilité peuvent aboutir à des conclusions, allant d'« excellent » à « très mauvais ». L'Ombudsman observe qu'il n'y a pas d'application cohérente des résultats par les entreprises d'assurance protection juridique. Un assureur peut par exemple estimer qu'avec un résultat « plutôt mauvais », la partie adverse est insolvable, tandis qu'un autre considère qu'avec un résultat entre « plutôt mauvais » et « très mauvais », il y a encore une solvabilité suffisante, avec pour conséquence un refus d'application de la garantie insolvabilité des tiers.

Dans d'autres cas, les assurés estiment que l'application de la clause d'insolvabilité est prématurée ou se fait au détriment de leur souhait d'obtenir une condamnation du responsable.

Il est nécessaire de définir à partir de quel niveau la garantie insolvabilité sort automatiquement ses effets et sur la base de quels critères une solvabilité réduite peut être assimilée à une insolvabilité. Il serait souhaitable que le secteur mette en place des critères clairs. La durée du délai de paiement par le tiers pourrait être un critère déterminant. Il est en effet important de fixer une durée de remboursement raisonnable en fonction du montant de la dette.

ASSURANCE ANNULATION



420
demandes d'intervention

une augmentation de 6 %

489

2022

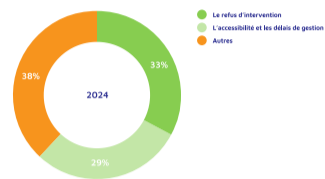
397

2023

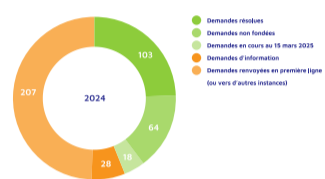
420

2024

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 61 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

MÉDECIN-CONSEIL : ÊTRE TOUT-PUISSANT DANS LE RÈGLEMENT DU DOSSIER ?

Durant l'année 2024, l'Ombudsman a reçu de nombreuses réclamations concernant des dossiers d'annulation de voyage pour raison de santé. Les polices d'assurance annulation ne sont pas des assurances « tous risques ». Seuls les cas mentionnés dans les conditions générales du contrat obligent l'assureur à prendre en charge les frais d'annulation du voyage.

Le **dossier** sinistre est souvent **soumis à un médecin-conseil**. Or, il n'est pas toujours évident de rendre un avis sans avoir procédé à un examen médical de la personne concernée ou sans avoir pris connaissance de tous les documents transmis.

EN SAVOIR PLUS

Dans les dossiers soumis à l'Ombudsman, les avis formulés ne sont généralement pas complets ou suffisamment motivés. L'entreprise d'assurance se retranche pourtant derrière un tel avis pour refuser son intervention. On pourrait efficacement débloquer ces dossiers moyennant une meilleure collaboration de l'assuré, du médecin-conseil et de l'assureur.

Une expertise médicale amiable est souvent une procédure trop lourde pour les enjeux couverts par l'assurance annulation. En revanche, une discussion ouverte entre le médecin-conseil et le médecin traitant est souhaitable. Malheureusement, les médecins-conseils ferment trop souvent la porte à cette solution.

QUAND LES MOTS JOUENT AVEC LES MAUX

En 2024, de nombreuses réclamations ont porté sur l'interprétation de termes utilisés dans les polices d'assurance annulation de voyage. L'assureur définit ces termes dans les conditions générales mais leur sens peut différer du sens commun et ne pas refléter les réalités actuelles.

Par exemple, la notion de **maladie** : la douleur musculaire empêche-t-elle de voyager ? La grossesse est-elle considérée comme une maladie ? La question de savoir si la maladie est antérieure à la souscription du contrat d'assurance est également fréquente. Faut-il un diagnostic médical ou des symptômes suffisent-ils ? La notion de maladie stable au moment de la souscription est aussi discutée. La charge de la preuve pèse principalement sur l'assuré mais une collaboration avec le médecin-conseil est essentielle.

La définition de la **famille** a évolué avec les couples divorcés, les familles recomposées et les cohabitations légales et de fait. Les assureurs ne tiennent pas suffisamment compte de ces nouvelles réalités. Doivent-ils revoir leurs définitions ? Ou les consommateurs doivent-ils accepter que leur situation familiale ne soit pas couverte ?

En cas d'**examen de rattrapage**, l'assuré doit déclarer le sinistre dès qu'il sait que ses résultats sont insuffisants ? A partir de quand y a-t-il insuffisance ? Cette notion est trop large et sujette à discussions.

ASSURANCE ASSISTANCE



329
demandes d'intervention

une croissance de 23 %

212

2022

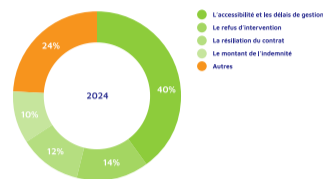
267

2023

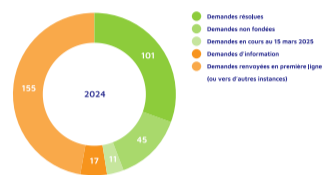
329

2024

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 69 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

QUAND L'ASSISTANCE NE VOUS SOUTIENT PAS

Par son essence, l'assistance ne devrait pas générer de dossiers auprès de l'Ombudsman. Le consommateur contacte cependant celui-ci pour faire part de sa frustration quant aux difficultés qu'il a rencontrées avec son assureur.

Les reproches formulés sont principalement la mauvaise accessibilité, la langue différente et le manque de clarté dans les démarches entreprises et le suivi concret pour trouver une solution. De plus, les compagnies promettent de rappeler sans indiquer de délai précis.

Ces problèmes sont particulièrement prononcés pendant les périodes de vacances et surtout le rush de l'été. Pendant cette période, il arrive que l'entreprise d'assurances se trouve dans l'incapacité de trouver une solution pour l'assuré, tous les hôtels étant remplis, les garages étant fermés et la demande étant plus élevée de manière générale.

Il est essentiel que les compagnies d'assurances **améliorent leur communication** et leur réactivité pour répondre aux attentes légitimes des assurés et fournir une assistance efficace, même pendant les périodes de forte demande qui sont cycliques. Cela peut également impliquer des procédures alternatives qui ne sont pas mentionnées dans les conditions générales ou d'accepter les solutions ad hoc que les assurés ont trouvées par eux-mêmes.

LE DÉLAI DE RAPATRIEMENT DU VÉHICULE

Les conditions entourant le rapatriement des véhicules manquent de clarté, en particulier en ce qui concerne les délais et la communication. Les assurés se retrouvent souvent sans information sur l'état d'avancement ou le suivi de l'opération.

Les contrats d'assurance ne prévoient généralement **pas de délais spécifiques pour le rapatriement des véhicules** et ne proposent pas de solutions alternatives, comme la possibilité de bénéficier d'un véhicule de location pendant l'attente. Si une location est accordée, sa durée est souvent inférieure à celle du rapatriement.

EN SAVOIR PLUS

Les modalités du rapatriement sont souvent mal comprises, notamment lorsqu'il s'agit de rapatriements en masse avec un ou des camions remplis de véhicules en panne, ce qui peut prendre plusieurs semaines.

Il est nécessaire que les compagnies d'assurances améliorent la clarté de leurs conditions et leur communication pour répondre aux attentes légitimes des assurés et fournir une assistance efficace, même pendant les périodes de forte demande. Cela permettrait de réduire les frustrations et d'assurer une meilleure satisfaction des clients.

LES NOUVEAUX RISQUES



449

demandes d'intervention

une diminution de 58 %

RÉPARTITION DES NOUVEAUX RISQUES

TOUS RISQUES MULTIMÉDIA

534

2022

959

2023

298

2024

TOUS RISQUES (BIJOUX ...)

85

2022

60

2023

62

2024

ASSURANCE VÉLO*

0

2022

56

2023

57

2024

ASSURANCE INTERNET*

0

2022

6

2023

9

2024

ASSURANCE ANIMAUX**

0

2022

0

2023

23

2024

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

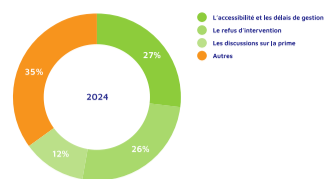
* Nouvelle catégorie à partir de 2023

** Nouvelle catégorie à partir de 2024

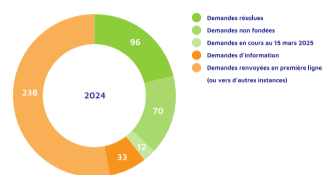
En 2024, l'Ombudsman enregistre une **diminution importante de 69 %** des demandes d'intervention en assurance multimédia. Cette diminution est principalement due à la liquidation de la société SFAM qui était souvent visée dans les réclamations liées à des augmentations de prime, à des cashback et à des paiements.

Cette baisse des réclamations liées aux assurances GSM ne doit toutefois pas être perçue comme une amélioration. Cette assurance reste coûteuse par rapport à la valeur de l'appareil assuré et génère encore des réclamations diverses.

MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 58 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

ASSURANCE ANIMAUX : QUAND MIRZA EST SOUFFRANT, L'ASSUREUR EST-IL PRÉSENT?

CAS VÉCU

L.D., Waterloo

J'ai souscrit en janvier 2022 une assurance pour chien chez X avec une limite d'indemnisation de € 1.500,00 et une franchise à 20 % par sinistre.

En novembre 2022, notre chien (Ralph) a eu un sinistre (cause maladie) à l'œil gauche. L'œil droit n'était pas atteint par la maladie et nous avons été indemnisé.

En novembre 2023, la maladie touche cette fois l'œil droit, mais X considère qu'il s'agit du même sinistre (alors que ce n'est pas le même organe) en invoquant l'article 1 du contrat : « Nos conditions générales mentionnent que les symptômes appartenant au même diagnostic que la maladie originelle, indépendamment de leur fréquence ou de la partie du corps affectée, sont considérés comme relevant du même sinistre.

Nous ne pouvons donc plus intervenir pour l'affection à l'œil de Ralph. »

Mais,

Le contrat de X indique que :

Les affections récurrentes et/ou chroniques sont considérées comme un seul sinistre à condition que les symptômes appartiennent au même diagnostic que la maladie ou l'accident originel (indépendamment de la fréquence ou de la partie du corps) et soient la conséquence d'une prédisposition existante ou d'une sensibilité de votre chien.

Or, les mesures des yeux faites par le vétérinaire en novembre 2022 montrent bien que l'œil droit était bon et que par conséquent il n'y a pas de prédisposition existante.

En 2024, l'Ombudsman a été saisi de diverses demandes concernant les assurances pour animaux. Les assurés sont régulièrement déçus par les couvertures limitées qu'ils qualifient parfois de "boîte vide". Les contrats contiennent de nombreuses exclusions qui peuvent paraître excessives.

Les **exclusions** portant sur les affections préexistantes sont définies **de manière vague et large** et incluent les problèmes qui se manifestent sur un autre membre du corps. Par exemple, une blessure musculaire à une patte peut être exclue si elle est survenue précédemment à une autre patte, même si les deux blessures n'ont aucun lien entre elles. De plus, dans le cadre de sinistres, certains assureurs invoquent "une prédisposition aux maladies pour une race spécifique" afin de justifier un refus. Il serait préférable de mentionner les affections spécifiques exclues pour chaque race.

Ces discussions rappellent les refus en assurance annulation : dans ces dossiers, le pouvoir du médecin ou vétérinaire de la compagnie est prépondérant. Aucun processus clair n'est prévu en cas de contestation. Une expertise contradictoire est le plus souvent difficilement envisageable vu l'enjeu des discussions.

On note que bien que ces produits s'apparentent à une assurance maladie, ils ne sont pas soumis aux règles strictes régissant les assurances maladie pour les humains (Art. 203 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.). Il est dès lors possible pour un assureur de **résilier le contrat d'assurance** d'un animal qui présente un risque trop élevé, comme un animal âgé.

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

ADAPTER L'ASSURANCE AU RELÈVEMENT DE L'ÂGE DE LA PENSION

L'augmentation progressive de l'âge de la retraite à 67 ans a un impact sur les assurances liées à la santé, telles que l'assurance revenu garanti, ainsi que sur les assurances groupe incluant une couverture décès.

Historiquement, bon nombre de ces couvertures étaient prévues jusqu'à l'âge de 60 ou 65 ans, correspondant alors à l'âge de la retraite. Des solutions ont été proposées par le secteur, telles que la possibilité de prolonger la garantie revenu garanti (Entre autres le code de bonne conduite « Assurances revenu garanti : prolongation de la durée en raison du relèvement de l'âge légal de la retraite », www.assuralia.be). Elles tiennent compte des principes généraux de l'assurance. Pour les affections déjà connues, il n'est pas possible de prolonger la couverture. Il existe là une lacune dans la protection du consommateur.

Ainsi, un travailleur qui tombe en incapacité de travail de manière définitive à l'âge de 63 ans et qui a une assurance revenu garanti avec un terme à 65 ans voit ses prestations s'arrêter avant le nouvel âge de la retraite.

De même, la couverture décès d'une assurance groupe peut prendre fin pour une personne qui tombe en incapacité avant ses 60 ans et décède entre ses 60 et ses 67 ans.

En outre, il existe également des contrats « dormants », c'est-à-dire d'anciennes assurances dont le capital de l'assurance groupe est resté auprès de l'assureur de l'employeur après que l'assuré a quitté l'entreprise. Souvent, les assurés ont opté pour le maintien de la réserve sans couverture décès jusqu'à 60 ans. En raison de l'obligation de lier la prestation à l'âge de la retraite légale, ils sont désormais confrontés à une prolongation obligatoire jusqu'à 67 ans, avec le risque de perdre l'intégralité du capital accumulé.

Enfin, le phénomène se manifeste également en matière d'assurance hospitalisation, branche dans laquelle le droit à la souscription d'un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle est prévu jusqu'à l'âge de 65 ans. Bien que les personnes qui quittent leur employeur après 65 ans gardent la possibilité de poursuivre individuellement (Art. 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014.) leur assurance maladie collective, la loi ne prévoit pas la possibilité de souscrire un contrat auprès d'un autre assureur à partir de cet âge.

RECOMMANDATION

Afin de protéger les intérêts des consommateurs tout en respectant les principes fondamentaux du droit des assurances, il faudrait que le législateur, les employeurs et le secteur de l'assurance collaborent pour trouver conjointement des solutions aux contrats arrivant à échéance avant l'âge légal de la retraite. Il est envisageable :

- De clarifier l'obligation d'information des assureurs à l'approche de la date de fin de la couverture. Il faudrait signaler aux assurés les implications de l'augmentation de l'âge de la retraite et les alternatives possibles auprès de l'employeur. Si aucun employeur actif n'est présent, des alternatives peuvent être développées au sein des structures d'accueil ou via un transfert vers un autre assureur (« Information pour les travailleurs salariés », www.fsma.be).
- D'élaborer des solutions permettant la continuité de la couverture jusqu'à l'âge de la retraite, sans remettre en cause les principes habituels de l'assurance. Il est possible de s'inspirer des mesures temporaires prises pendant la crise du coronavirus (www.fsma.be/fr/quelles-mesures-speciales-ont-ete-prises-pour-la-pension-complementaire-de-ces-travailleurs-en) : si le règlement de pension ne prévoyait pas de solution pour la couverture en cas de chômage lié à la crise du coronavirus, une fiction a été créée pour maintenir cette couverture avec l'appui financier des employeurs.
- De s'inspirer également de la loi relative aux assurances, qui prévoit déjà un droit de prolongation individuelle sous certaines conditions pour l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.
- Que le législateur développe des alternatives telles que la création d'un fonds de garantie ou d'une caisse de dépôt pour les risques qui ne peuvent plus être assurés d'un point de vue technique.

Il va de soi que le financement de ces solutions à un problème temporaire ne doit pas reposer exclusivement sur les employeurs et sur le secteur de l'assurance. La décision de relever l'âge de la pension implique que les pouvoirs publics en supportent une partie des conséquences. A défaut, l'augmentation des primes nécessaires au financement pourrait rendre ces produits d'assurance inabordable pour son public cible.

LES RECOMMANDATIONS PRÉCÉDENTES, AFFAIRE À SUIVRE

En raison du contexte électoral de 2024, aucune nouvelle évolution de la législation sur les assurances n'a été observée qui n'ait déjà été mentionnée dans nos rapports précédents. L'Ombudsman en profite pour rappeler ses deux dernières recommandations (www.ombudsman-insurance-annualreport.be) en espérant un suivi :

RECOMMANDATION DE 2023:

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.

RECOMMANDATION DE 2022:

APRÈS GUÉRISON, UNE ASSURANCE MALADIE SANS RESTRICTION ?

L'Ombudsman est fréquemment contacté par des consommateurs qui sont entièrement remis d'une maladie mais qui obtiennent un contrat d'assurance prévoyant que la maladie dont ils ont souffert est exclue.

Lorsqu'un contrat prévoit une telle exclusion, elle n'est généralement pas accompagnée d'un délai de validité et est donc en pratique applicable à vie. Ce qui signifie que l'exclusion perdure durant tout le contrat même si l'affection ne nécessite plus aucun traitement depuis plusieurs années.

Il conviendrait de réexaminer cette situation afin de permettre aux personnes concernées de retrouver une assurance avec couverture intégrale après l'écoulement d'un délai déterminé débutant à la fin du traitement réussi.

FUNCTIONNEMENT



BUDGET DU SERVICE OMBUDSMAN ASSURANCES

Le Service Ombudsman Assurances est une association sans but lucratif dont les actes constitutifs ont été publiés le 9 octobre 2006.

Conformément à l'article 11 des statuts de l'asbl(www.ombudsman-insurance.be), le budget des frais de fonctionnement du Service pour l'exercice de l'ensemble de ses missions est approuvé annuellement par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration fixe le montant ainsi que le mode de la répartition des cotisations entre les membres et les adhérents.

Le budget global pour 2025 s'élève à 2.490.196,17 euros. Il est divisé en deux catégories :

- Dépenses de personnel : 2.079.284,14 euros
- Dépenses de fonctionnement : 410.912,03 euros

Les comptes annuels sont approuvés chaque année par le réviseur d'entreprise et sont publiés, conformément à la législation, à la Banque nationale de Belgique sous le numéro d'entreprise 0884.072.054(<http://cri.nbb.be/bc9/web/catalog?execution=e1s1>).

DÉLAIS DE GESTION

La loi relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation(Loi du 4 avril 2014 portant insertion du Livre XVI, « Règlement extrajudiciaire des litiges de consommation » dans le Code de droit économique, M.B. 12 mai 2014.) instaure des délais stricts. Sur cette base, les conclusions de l'examen doivent être rendues dans un délai de 90 jours. Lorsque le dossier est complexe, ce délai peut être prolongé une seule fois pour une durée équivalente et le délai de gestion total est donc de 180 jours.

Le 15 mars 2025, le Service Ombudsman Assurances a clôturé 8.046 demandes d'intervention parmi les 8.331 dossiers reçus. En 2024, le délai moyen de traitement d'un dossier qui a fait l'objet d'une enquête s'élève à 70 jours. Ce délai est de 69 jours pour les dossiers à l'égard des entreprises d'assurances, de 71 jours pour ceux vis-à-vis des intermédiaires en assurances et de 73 jours concernant Datassur.

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 2024, l'Ombudsman a reçu 9 demandes d'intervention provenant du réseau FIN-NET.

EN BREF



LE RAPPORT ANNUEL 2024 EN 10 POINTS !



1

EVOLUTION ET RÉSULTAT DES DEMANDES

En 2024, l'Ombudsman des Assurances a reçu 8.331 demandes d'intervention de la part des consommateurs. À première vue, ce nombre semble stable par rapport à l'année précédente. Cependant, la croissance en 2023 avait été poussée par plus de 400 dossiers visant les domiciliations illégales de l'entreprise SFAM. Cette stabilité apparente masque donc une réalité plus nuancée.

En 2024, les branches d'assurance auto et assistance enregistrent la plus forte augmentation du nombre de demandes. Dans 57 % des dossiers examinés, l'Ombudsman a trouvé une solution.



**2**

LES DÉLAIS DE GESTION ET L'ACCESSIBILITÉ

Les délais de traitement et l'accessibilité restent le motif principal des réclamations auprès de l'Ombudsman, représentant 29 % de l'ensemble des dossiers. En assurance auto en particulier, ces motifs représentent 35 % des demandes. Des défaillances administratives concernant les certificats d'immatriculation, les attestations de sinistre ou l'accessibilité en cas de sinistre entraînent des frustrations.

**3**

L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION FINANCIÈRE, UN DÉFI POUR LE SECTEUR

Le langage des assurances repose sur un jargon complexe, avec des notions qui peuvent être difficiles à comprendre pour le grand public, ce qui génère frustration et incompréhension en cas de refus de prise en charge.

L'Ombudsman appelle à une meilleure éducation financière des consommateurs, qui peut commencer dans les écoles. Il faut aussi continuer à accorder une attention particulière à un langage clair dans les documents d'assurance en privilégiant une présentation visuelle simple et en évitant les termes ambigus.

**4**

DATASSUR : L'INSCRIPTION DANS LE FICHIER RSR

Les demandes concernant le fichier RSR géré par Datassur ont augmenté de 28 %. Un assuré peut être inscrit dans ce fichier à la suite de la résiliation d'un contrat pour non-paiement de prime, de la sinistralité ou de la fraude établie. L'Ombudsman constate que les consignes de fichage ne sont pas toujours appliquées de manière homogène par le secteur, ce qui peut entraîner une différence de traitement. A la lumière de ces informations, Datassur a rappelé les principes d'inscription à ses membres.

**5**

INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES : L'IMPORTANCE D'UN DOSSIER CLIENT COMPLET

L'intermédiaire en assurances est un maillon important dans la relation entre l'assuré et l'assureur. Il a un devoir de conseil lors de la souscription d'un contrat d'assurance et doit préciser les garanties souscrites et celles refusées par l'assuré, ainsi que la raison de ces choix. De plus, il joue un rôle crucial dans la communication lors d'un sinistre. Pour que cette relation se déroule de manière optimale, il est conseillé que l'intermédiaire tienne un dossier client complet et clarifie son rôle en cas de sinistre.

**6**

ASSURANCE INCENDIE : LA GARANTIE DÉGÂTS DES EAUX DÉBORDE UN PEU

En 2024, la garantie dégâts des eaux a connu une hausse significative des réclamations en sinistres. Les demandes concernent :

- Le montant de l'intervention : les assurés ne trouvent pas de prestataire au tarif fixé par l'expert de l'entreprise d'assurances ou déplorent l'application de plusieurs franchises.
- L'étendue des dommages : où se situe la limite entre le dommage indemnisable et le dommage esthétique ?
- La communication entre les différentes parties, en particulier en présence de plusieurs assureurs et experts ou en cas de refus de l'assureur de transmettre le rapport d'expertise.

**7**

ASSURANCE MALADIE : FACE À LA SURCHARGE DU SECTEUR MÉDICAL, LES DÉLAIS DES ASSUREURS SONT-ILS ENCORE RÉALISTES ?

Les demandes d'indemnisation en assurance maladie se heurtent à deux types de problème. D'une part, de longs délais d'attente pour les visites de contrôle auprès des médecins- conseils des assureurs revenu garanti. D'autre part, les périodes habituelles de couverture pré et post-hospitalisation sont souvent trop courtes à cause des longs délais pour les traitements et consultations dans les hôpitaux.

**8**

ASSURANCE VIE : LA LOI PARTYKA, 10 ANS PLUS TARD

La Commission des Assurances s'est penchée sur l'évaluation de la loi sur l'accès à l'assurance solde restant dû, dénommée loi Partyka, comme prévu légalement. L'Ombudsman relève que les demandes qu'il reçoit portent souvent sur une surprime proche de 75 %, ce qui les place juste en dessous du seuil de compétence du Bureau de suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû. Serait-il pertinent d'abaisser ce seuil de 75 % afin que davantage de dossiers puissent être examinés par les spécialistes du Bureau de suivi ?

**9**

ASSURANCES ANIMAUX : QUAND MIRZA EST SOUFFRANT, L'ASSUREUR EST-IL PRÉSENT ?

En 2024, divers assurés ont exprimé leur mécontentement concernant les assurances pour animaux, souvent jugées insuffisantes. Les contrats comportent de nombreuses exclusions ; celles portant sur des affections préexistantes sont définies de manière vague et large et incluent les problèmes qui se manifestent sur un autre membre du corps. Les exclusions spécifiques à certaines races et les résiliations par l'assureur sont également source de réclamations. Le pouvoir du vétérinaire de la compagnie est prépondérant. En cas de contestation, aucun processus clair n'est prévu.

**10**

RECOMMANDATION DE L'OMBUDSMAN : ADAPTER L'ASSURANCE AU RELÈVEMENT DE L'ÂGE DE LA PENSION

L'augmentation de l'âge de la pension a entre autres un impact sur les assurances revenu garanti et les assurances groupe avec une couverture décès, souvent prévues jusqu'à 60 ou 65 ans. La situation des travailleurs en incapacité de travail ou en cas de décès avant le nouvel âge de la retraite peut être problématique. Des solutions de prolongation de garantie existent mais elles ne couvrent pas les affections connues.

L'Ombudsman plaide pour que le législateur, les employeurs et le secteur de l'assurance collaborent afin de trouver conjointement des solutions aux contrats prenant fin avant l'âge légal de la retraite. Il cite les pistes suivantes : améliorer l'information des assurés sur les implications de l'augmentation de l'âge de la retraite et les alternatives disponibles ainsi que développer des solutions permettant d'étendre la couverture jusqu'à l'âge de la retraite et pour les risques techniquement non assurables.

Les pouvoirs publics devraient contribuer au financement de ces solutions pour éviter une forte augmentation des primes.



OMBUDSMAN
ASSURANCES
VERZEKERINGEN

Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles

Fax : 02/547.59.75

Design