



JAARVERSLAG 2025

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

KERNCIJFERS



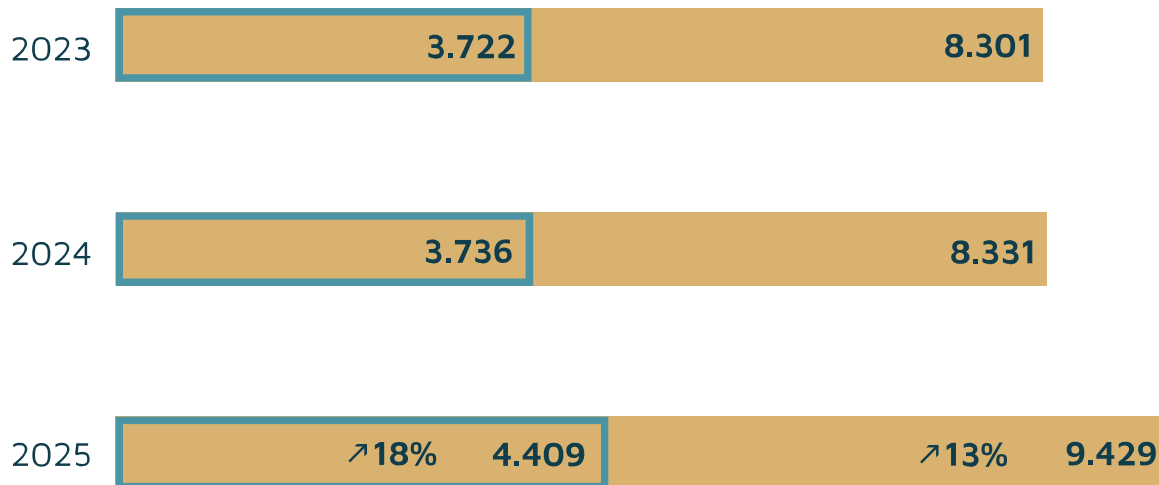
Dit hoofdstuk geeft de algemene trends van 2025 weer voor de hele sector. De Ombudsman stelt een sterke stijging vast, zowel in het aantal aanvragen tot tussenkomst als in het aantal onderzochte dossiers.

GLOBALE CIJFERS

9.429

VRAGEN TOT TUSSENKOMST

EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

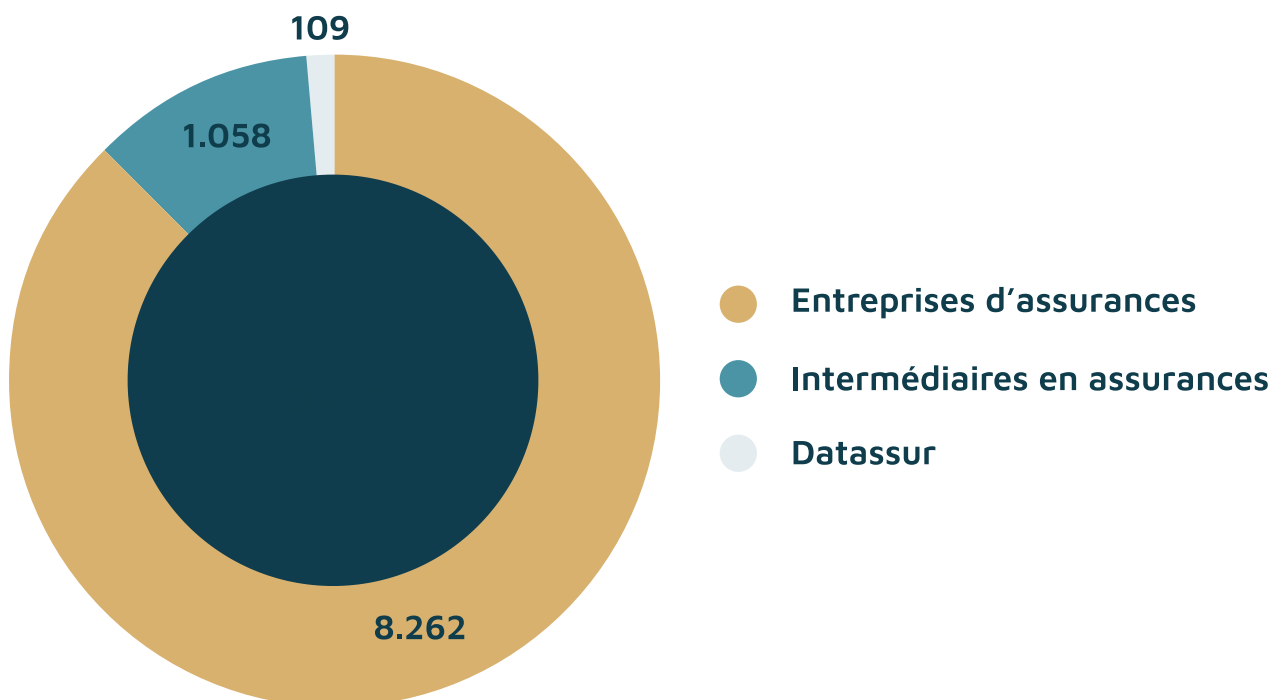


 Demandes analysées

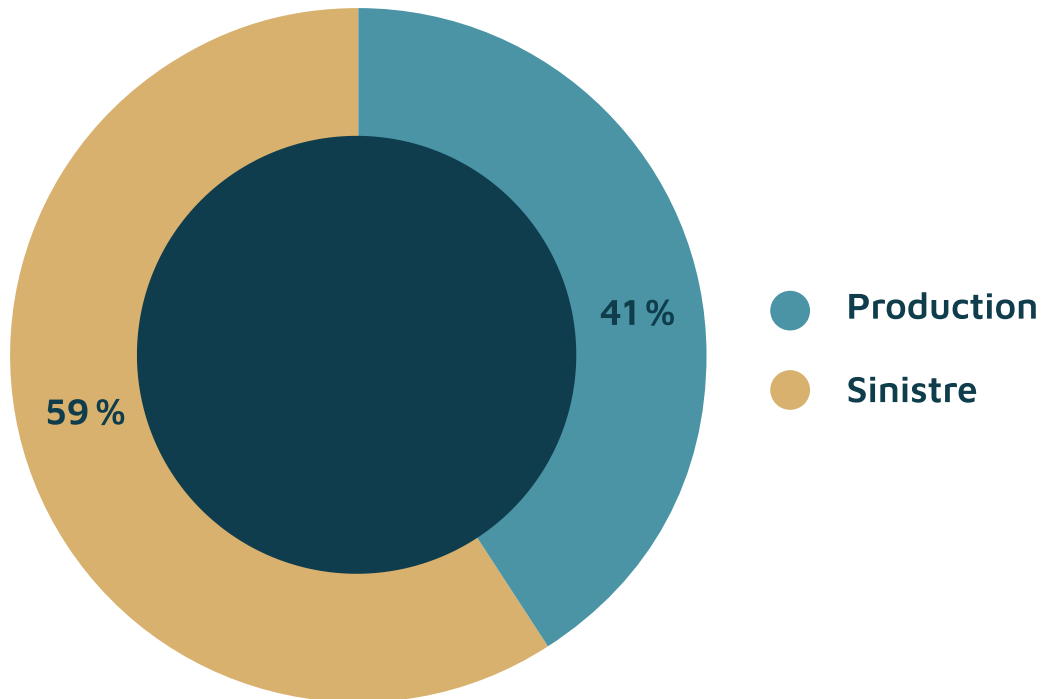
 Demandes d'intervention

Een algemene stijging van 13%

SPREIDING (2025)

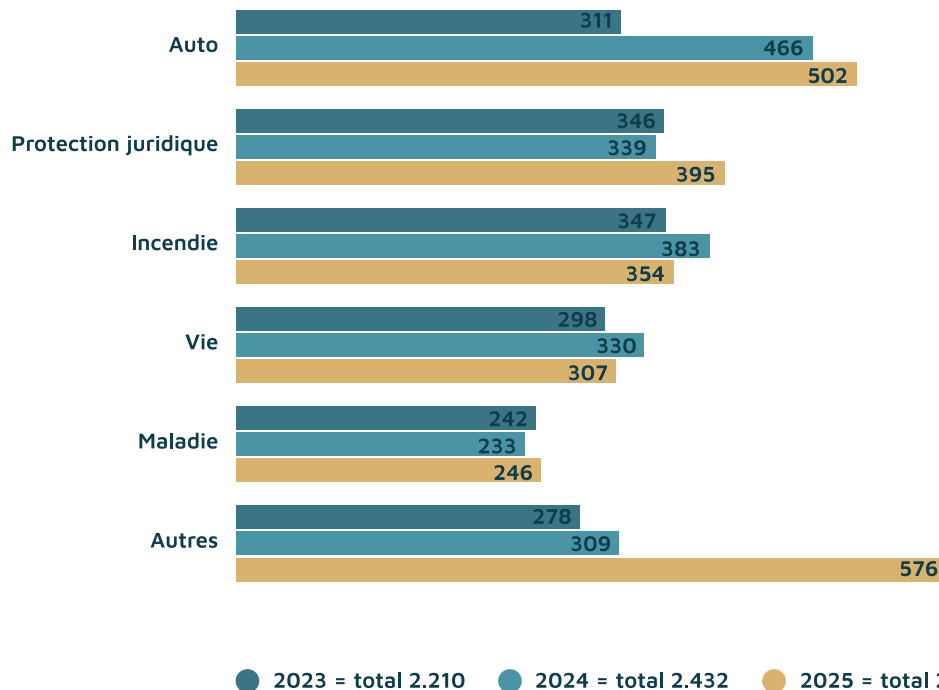


VERDELING PRODUCTIE/SCHADE (2025)



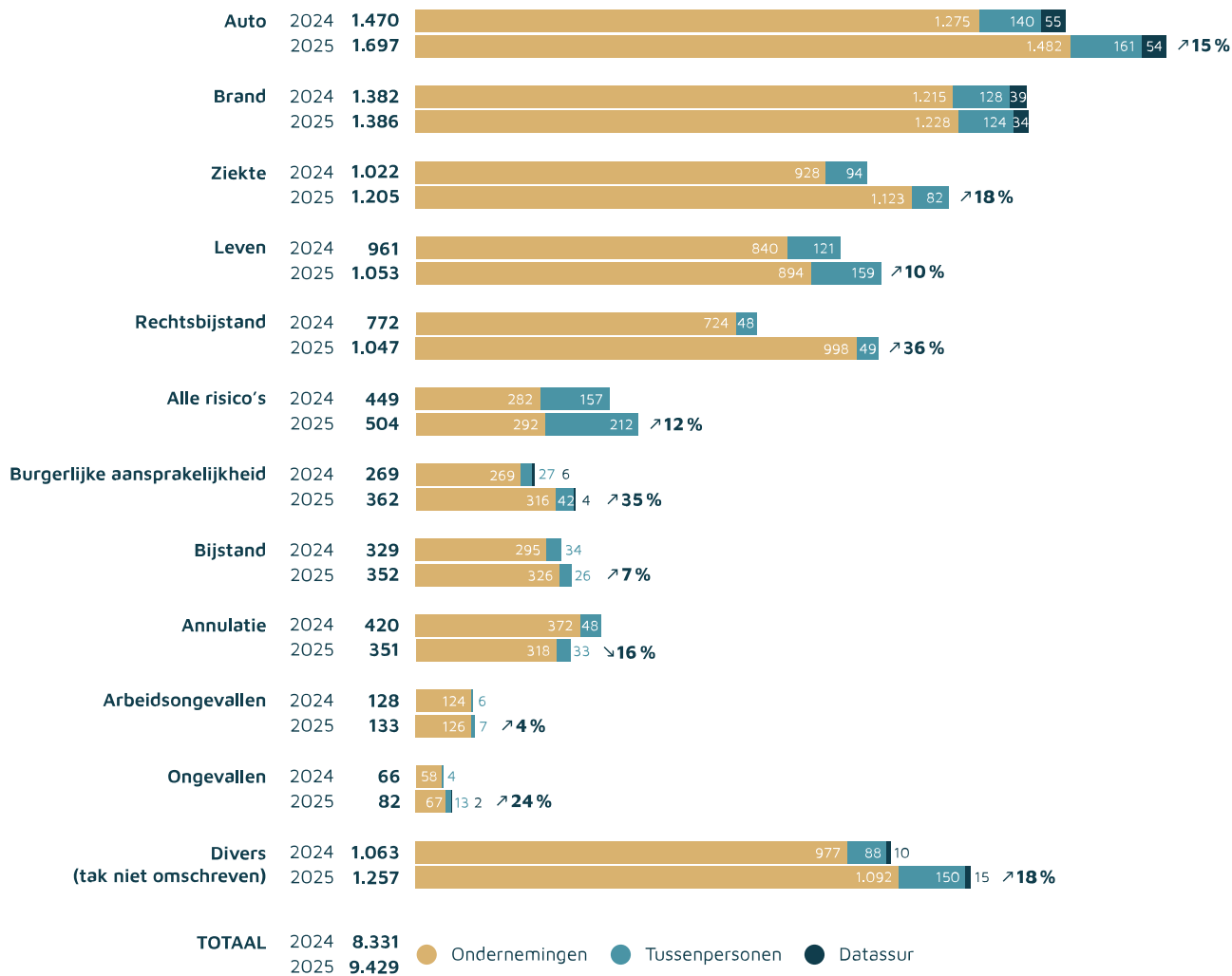
Opnieuw zijn er meer vragen over de afhandeling van de schadegevallen dan over het beheer van de verzekeringscontracten.

BEHEERTERMIJNEN EN BEREIKBAARHEID

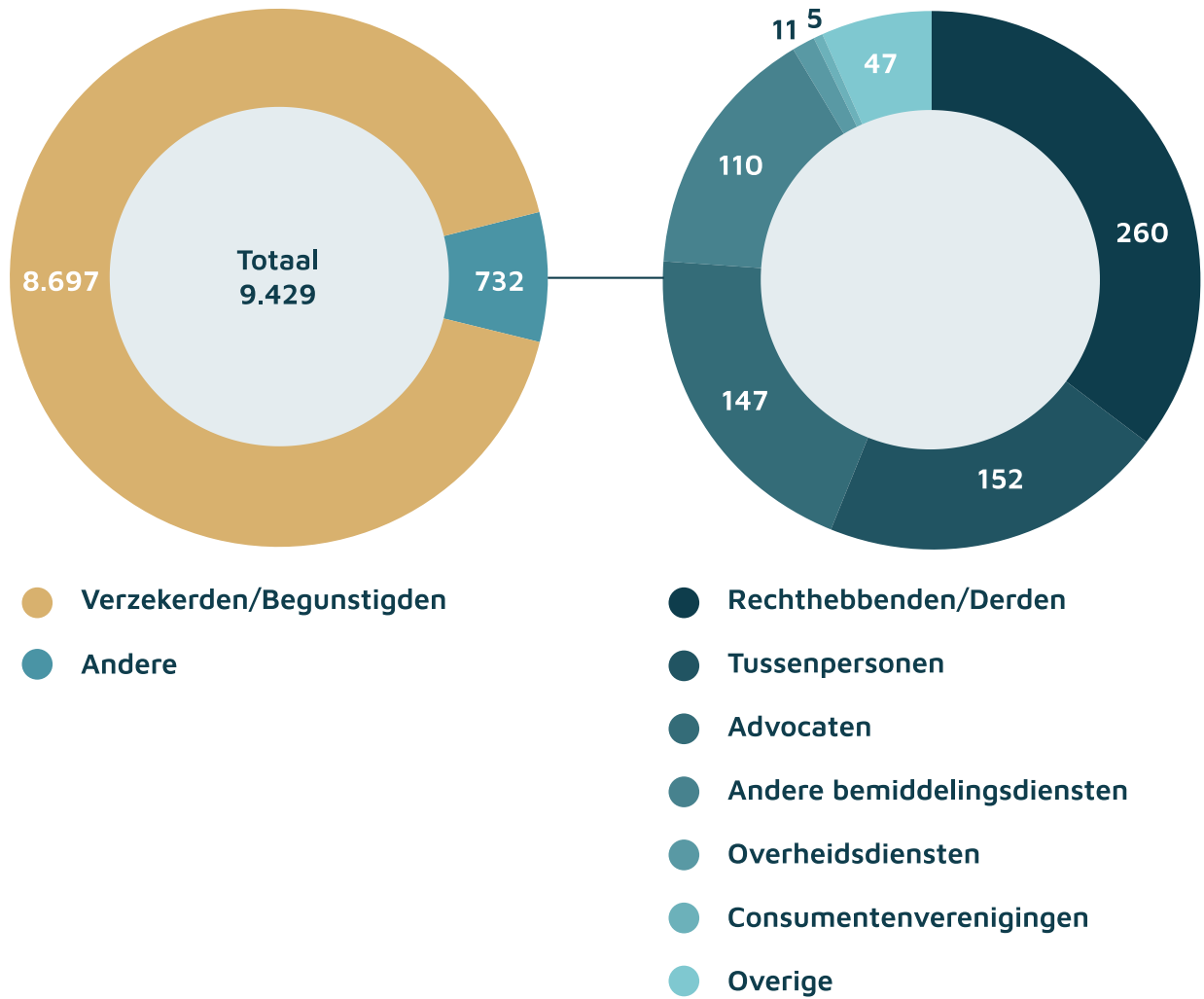


De Ombudsman stelt in 2025 een lichte verbetering vast van de termijnen en de bereikbaarheid van de verzekeringsondernemingen. Niettemin handelt nog steeds 1 klacht op 4 hierover. In de annulatie- en bijstandsverzekering is dit zelfs bijna 1 klacht op 3, wat het hoge cijfer verklaart in de categorie "overige".

UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK

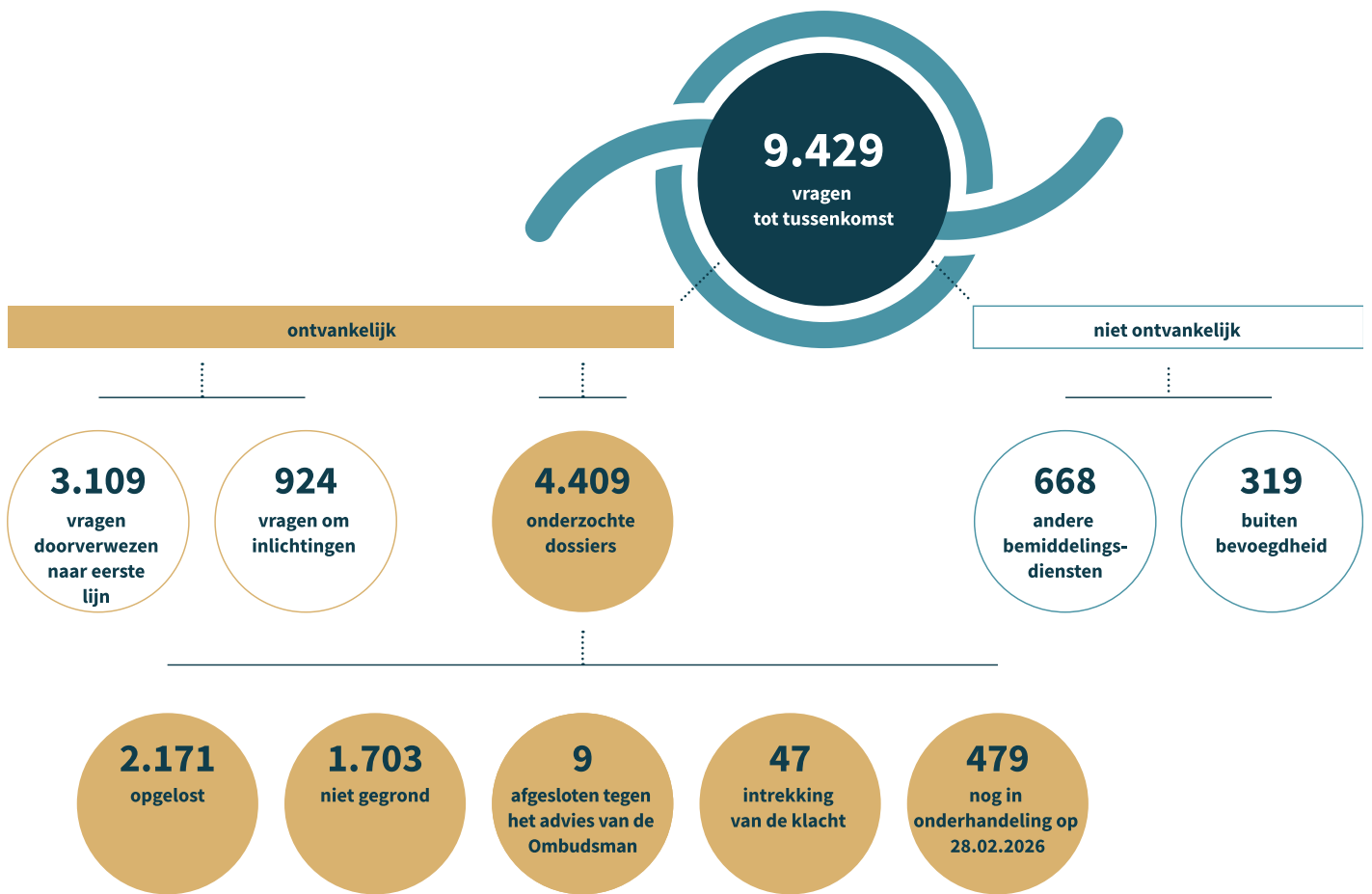


OORSPRONG (2025)



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

RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



Van de 9.429 vragen tot tussenkomst die in 2025 werden geregistreerd, heeft de Ombudsman er 4.409 verder onderzocht. Op 28 februari 2026 waren hiervan 3.930 dossiers afgesloten. **In 56% van deze onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.**

In 44% van de onderzochte dossiers was de vraag niet gegrond. In dat geval kreeg de consument hierover wel een duidelijke en precieze toelichting. 479 dossiers van 2025 (5%) waren op 28 februari 2026 nog in onderhandeling.

In 3.109 gevallen (33%) heeft de Ombudsman de consument doorverwezen naar de klachtendiensten van de verzekeringsondernemingen of -tussenpersonen en in 668 gevallen naar een andere bemiddelingsdienst.

De consument heeft zich in 924 dossiers (10%) tot de Ombudsman gericht voor inlichtingen en informatie. Dankzij het neutrale en objectieve advies van de Ombudsman kon een klacht worden vermeden. 319 vragen (3%) vielen buiten de bevoegdheid van de Ombudsman. Tenslotte werden slechts 9 dossiers (< 1%) afgesloten tegen het advies van de Ombudsman in.

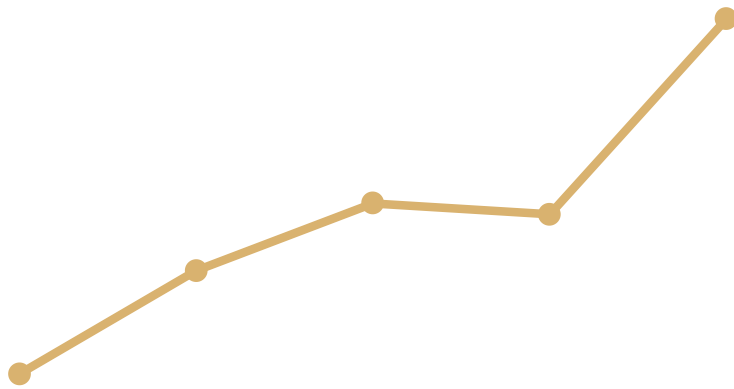
VERZEKERINGSON- DERNEMINGEN

8.262

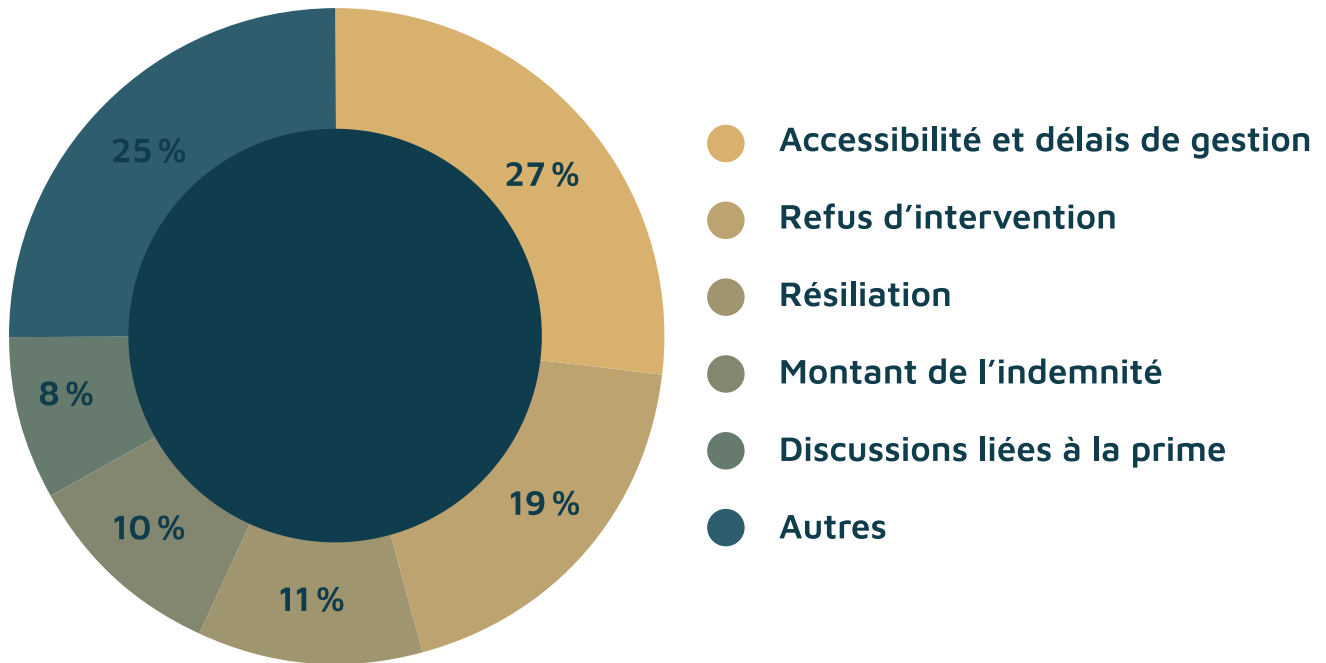
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 13 %

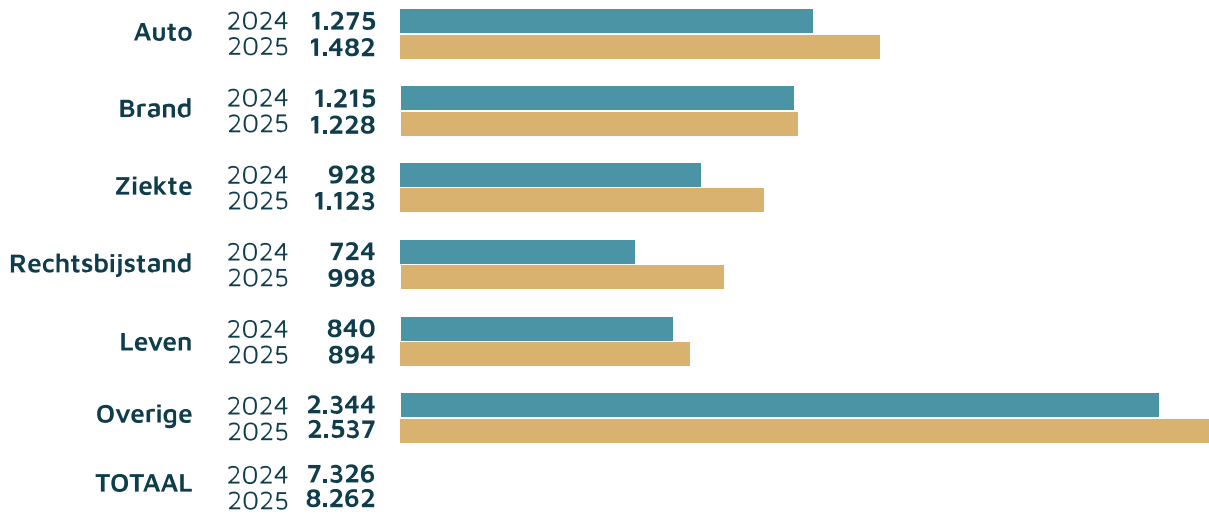
EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



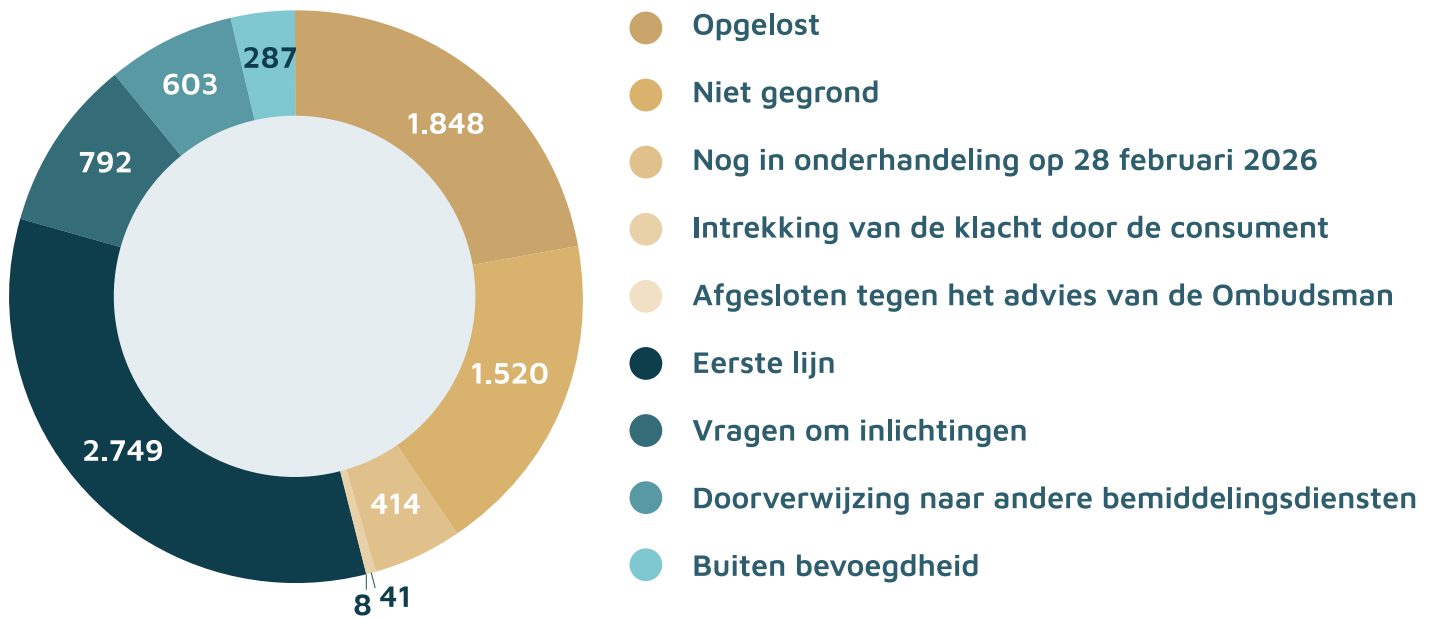
MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



Op 28 februari 2026 heeft de Ombudsman 3.368 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 55% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.** In 2.749 gevallen (33%) heeft de Ombudsman hem doorverwezen naar de interne klachtendiensten van de verzekeraars.

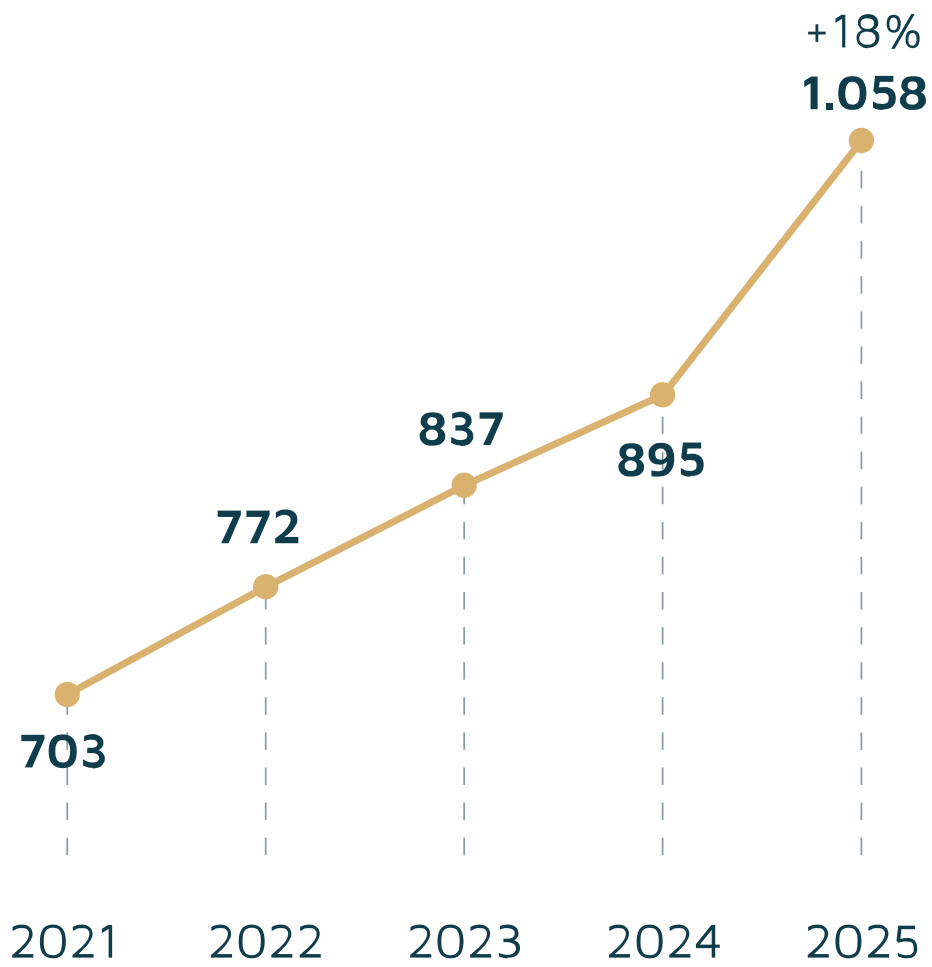
VERZEKERINGSTUS- SENPERSONEN

1.058

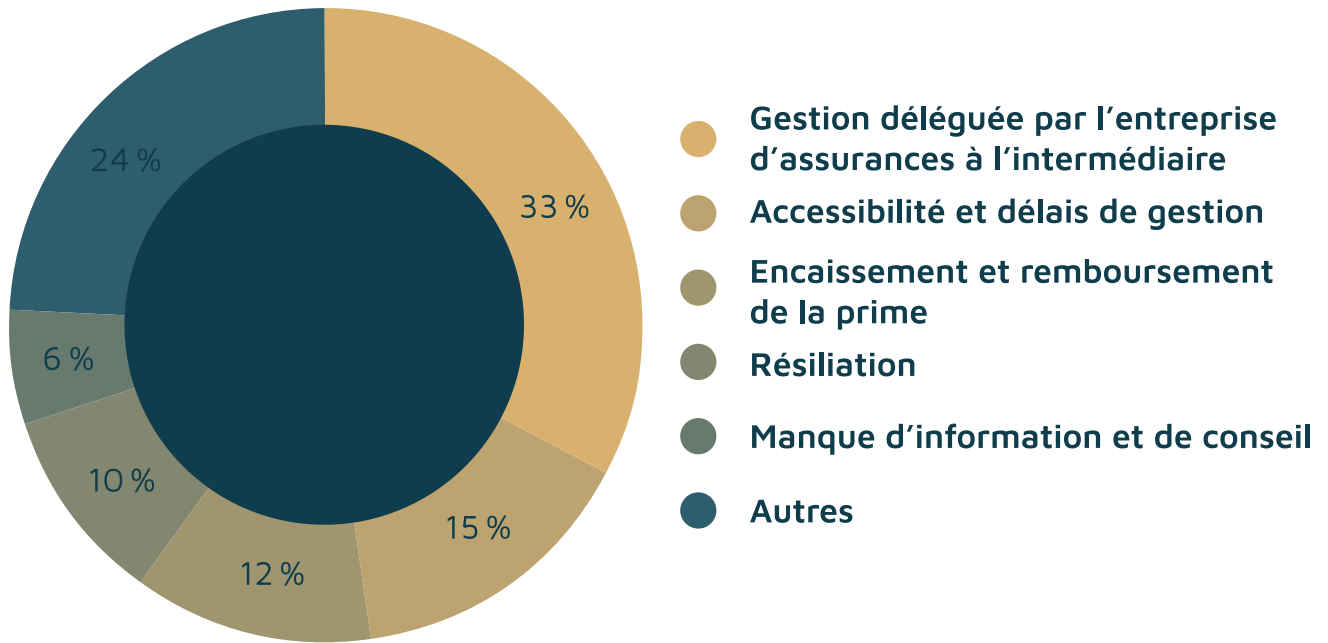
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 18 %

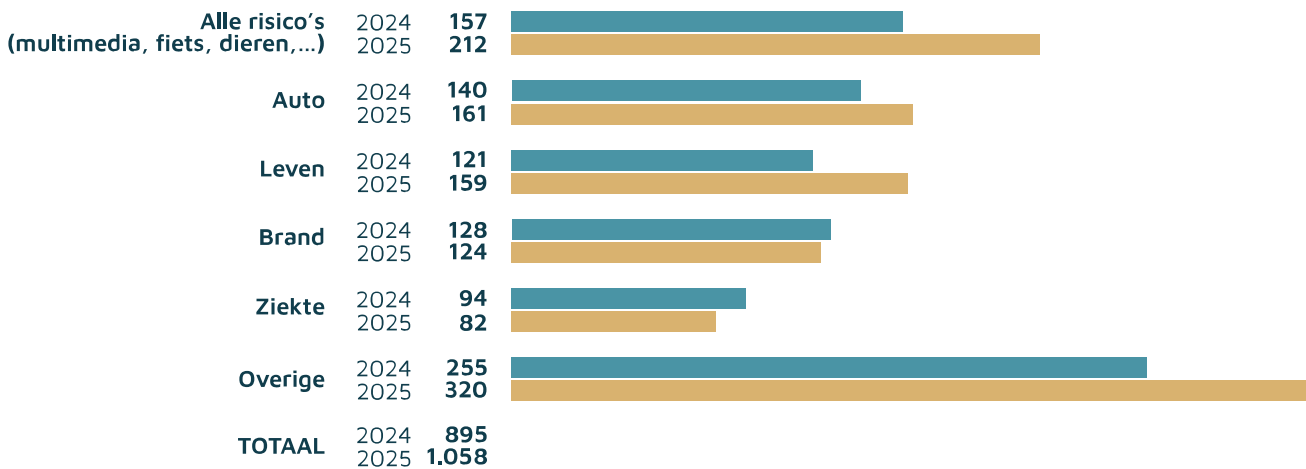
EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



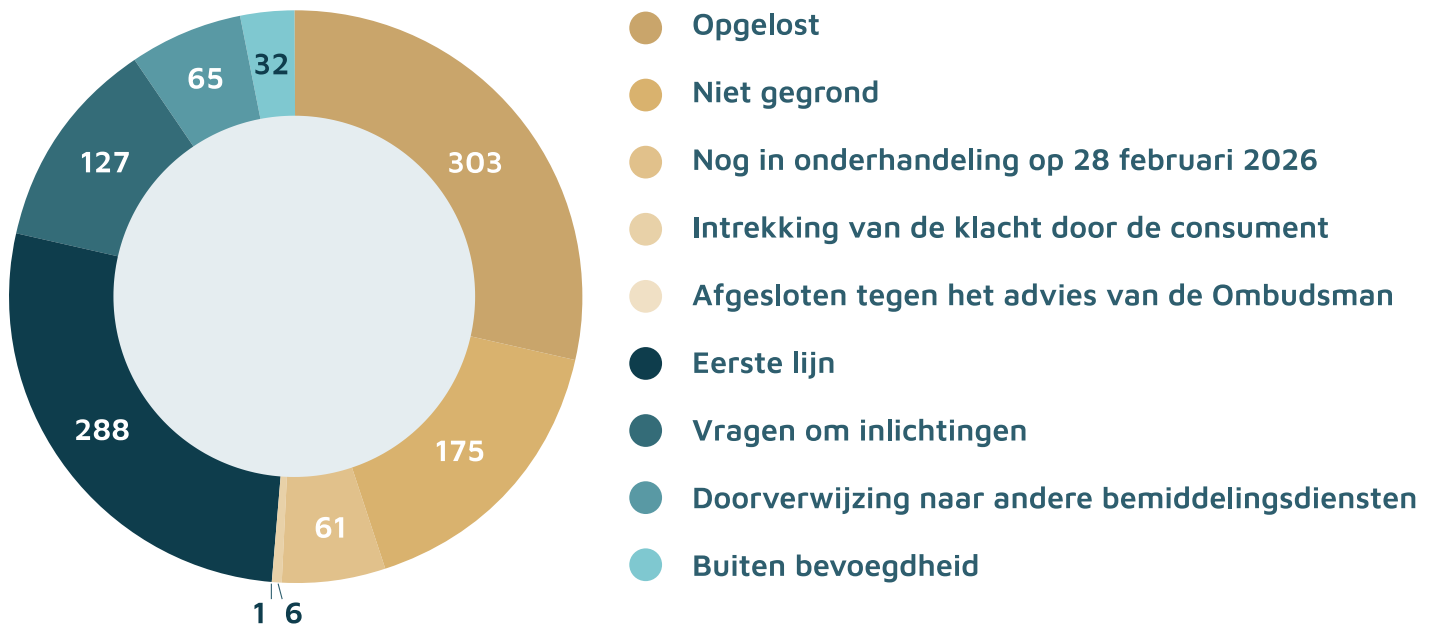
MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



Op 28 februari 2026 heeft de Ombudsman 478 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 63% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.** De Ombudsman heeft de consument in 27% van de gevallen doorverwezen naar de tussenpersoon zelf.

DATASSUR

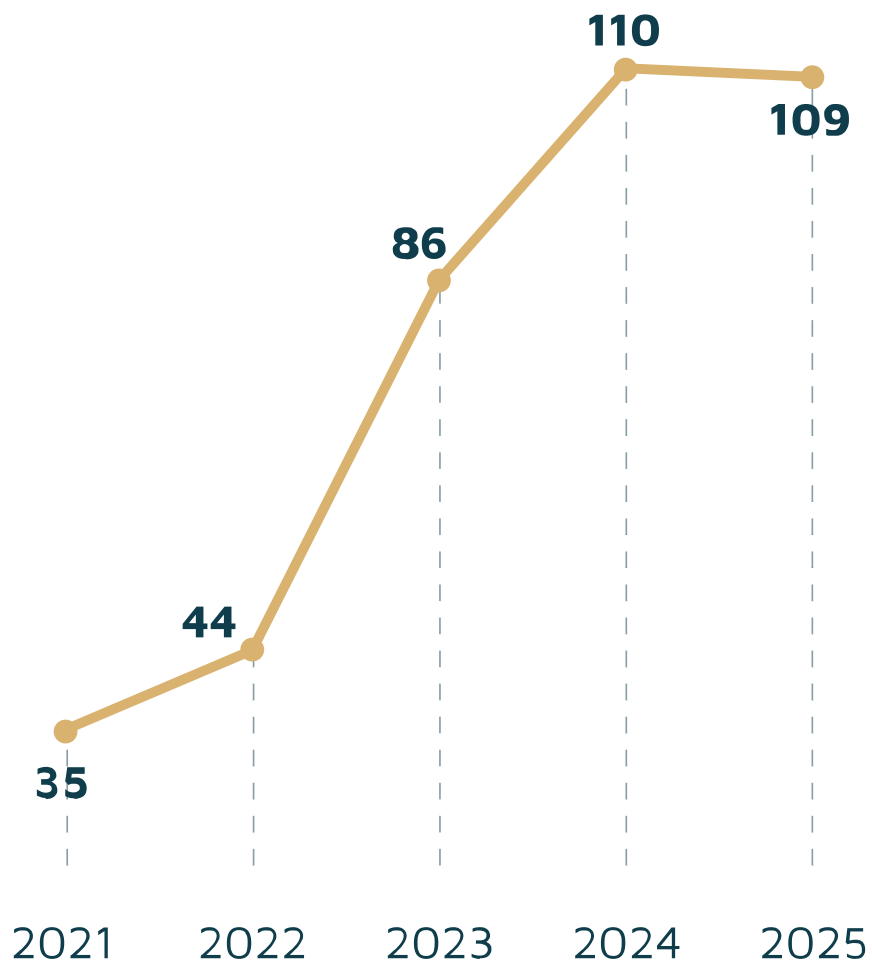
109

VRAGEN TOT TUSSENKOMST

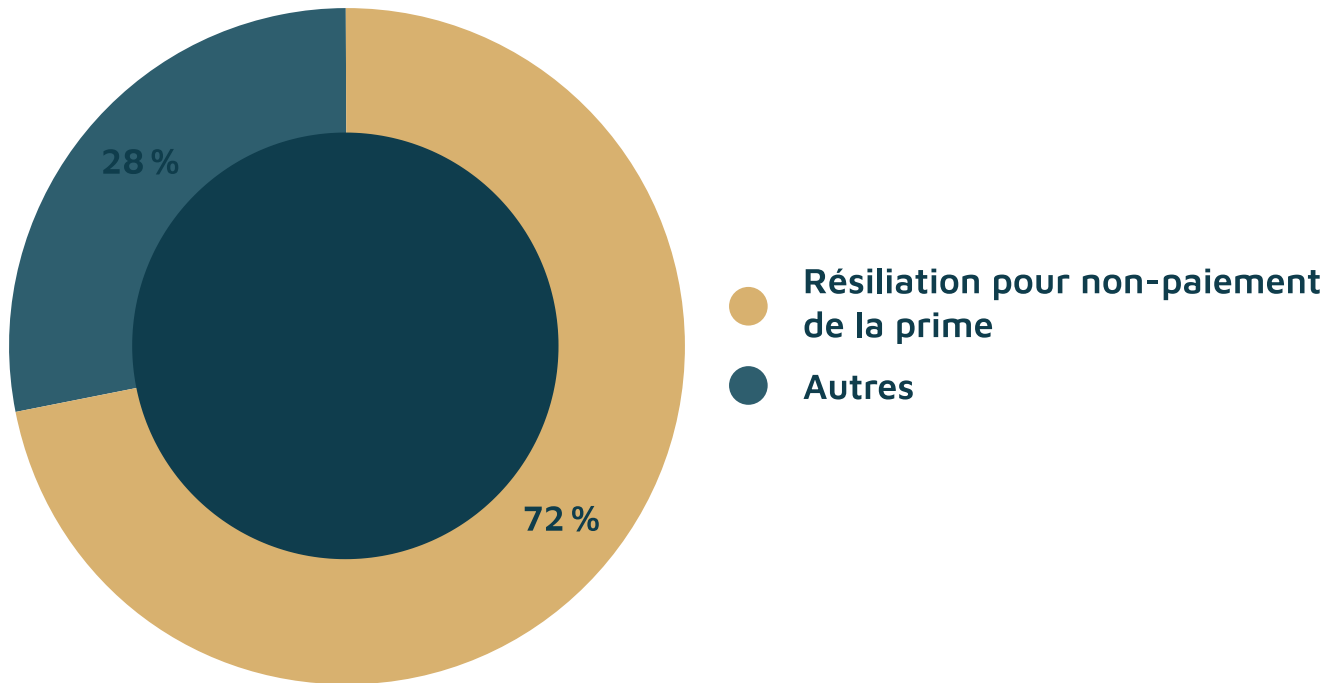
Stabiliteit

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

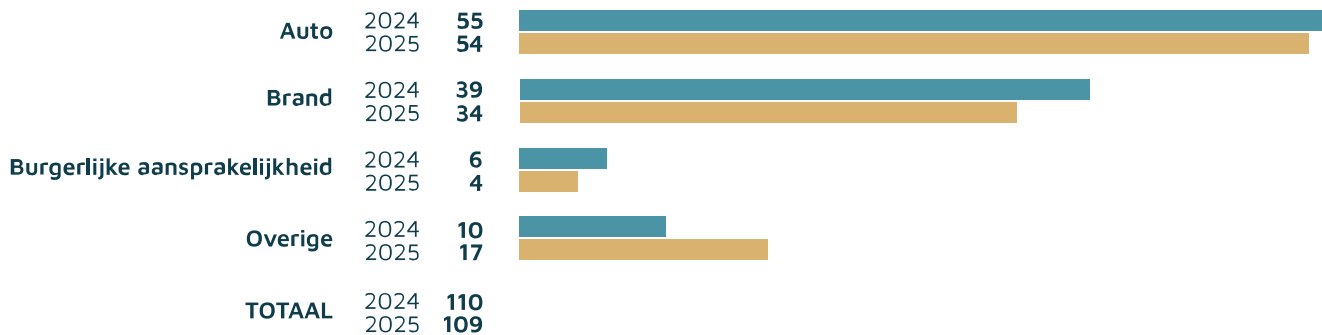
EVOLUTIE VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



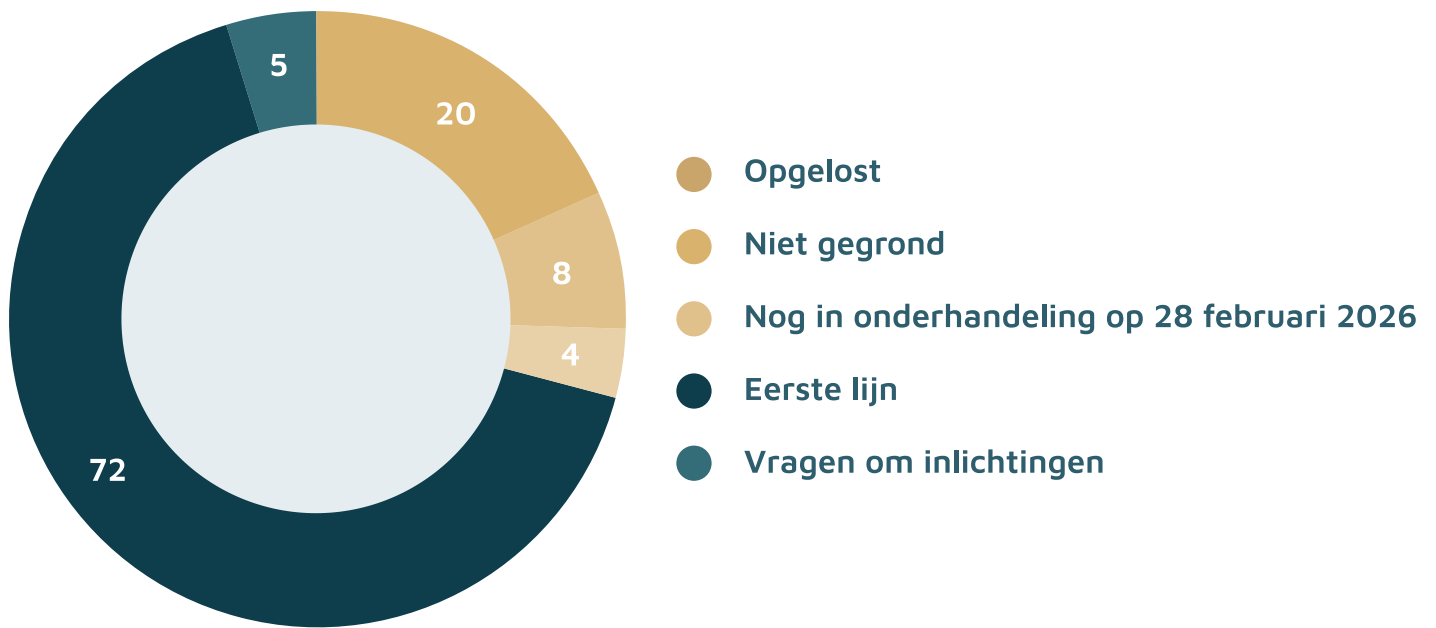
MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



UITSPLITSING PER VERZEKERINGSTAK



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST (2025)



Aangezien de Ombudsman enkel tussenkomt als beroepsinstantie voor klachten tegenover Datassur, heeft hij de consument in 66% van de gevallen eerst doorverwezen naar Datassur zelf.

Op 28 februari 2026 had de Ombudsman 28 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 20 (71%) van deze dossiers ontving de consument een oplossing.**

IN DE KIJKER



COMMUNICEREN MET DE VERZEKERAAR IN HET DIGITALE TIJDPERK

Als de chatbot zich vergist...

De digitalisering en de diversificatie van communicatiekanalen beïnvloeden steeds meer de relatie tussen de consument en zijn verzekeraar of zijn verzekeringstussenpersoon. In het huidige digitale tijdperk verwacht de consument dan ook meer en meer transparantie en een snelle adequate reactie.

De Ombudsman stelt echter vaak vast dat de communicatie niet altijd vlekkeloos verloopt wanneer de consument digitaal contact wil opnemen met zijn verzekeraar. Het wijdverspreide gebruik van **chatbots** en **digitale platformen**, net gemaakt om een vlug en eenvoudig antwoord te bieden op de vragen, kan leiden tot frustratie. Geautomatiseerde antwoorden houden immers niet altijd rekening met het specifieke karakter van een dossier. De afwezigheid van een menselijke gesprekspartner bemoeilijkt het vinden van een oplossing voor bijzondere situaties of om bepaalde contractvoorwaarden toe te lichten.

MEER WETEN

De Ombudsman ontving bovendien de eerste dossiers waarin chatbots, die werken met artificiële intelligentie (AI), foutieve informatie aan de consument hebben meegegeeld. In deze dossiers namen de betrokken verzekeringsondernemingen hun verantwoordelijkheid op voor hun virtuele agenten en kon er voor de consument een oplossing worden gevonden. Deze situaties zullen nog toenemen, zeker wanneer AI bijvoorbeeld ook een beslissingsfunctie zou krijgen bij het online onderschrijven.

Sommige verzekeraars beschikken over een **applicatie (app)** of een **digitale tool** waarmee de verzekerde zijn **persoonlijk dossier** of zijn contract online kan raadplegen. Hoewel deze tools nuttig zijn en veel gebruikt worden, zijn ze nog voor verbetering vatbaar.

Zo zouden ze systematisch alle polisvoorwaarden kunnen opnemen van het contract dat de consument daadwerkelijk heeft onderschreven. Indien dit niet het geval is, moet de consument op een duidelijke wijze worden gewaarschuwd dat slechts bepaalde informatie is opgenomen en dat het contract beperkingen of uitsluitingen kan bevatten. Hierbij moet er ook een verwijzing naar de betrokken documenten zijn, eventueel via een specifieke link. Het streefdoel blijft immers zijn dat deze applicaties volledige en correcte gegevens bevatten en vlot raadpleegbaar zijn.

Als een verzekeraar bovendien beslist om een verzekeringsovereenkomst op te zeggen via een aangetekende brief, is hiervan niet altijd een spoor terug te vinden in het persoonlijke digitale dossier van de verzekeringsnemer, wat nochtans nuttig kan zijn.

Ter herinnering, de wet

heeft voor de verzekeringsnemer al de mogelijkheid ingevoerd om **zijn verzekeringsovereenkomst op te zeggen via een digitale omgeving** die door de verzekeraar ter beschikking wordt gesteld. In dat geval moet de opzeg worden ondertekend met een elektronische handtekening. Verzekeraars zijn momenteel niet verplicht om zo'n digitale omgeving te voorzien: het is voor hen slechts een mogelijkheid.

Tot slot mag ook de digitale kloof

www.imec.be/sites/default/files/2025-03/imec.digimeter-2024-rapport.pdf niet worden vergeten: een aanzienlijk deel van de bevolking heeft nog steeds geen toegang tot een digitale omgeving.

... en de telefoon voor verwarring zorgt

Hoewel heel wat consumenten er nog steeds de voorkeur aan geven om hun verzekeringsmaatschappij telefonisch te contacteren, verloopt dit niet altijd vlekkeloos. Lange wachttijden, het doorlopen van keuzemenu's en het veelvuldig doorverbinden zorgen terecht voor frustratie.

Indien er bovendien wordt meegegeven dat de **gesprekken worden opgenomen** geeft dit dikwijls een groter veiligheidsgevoel, wat niet altijd overeenstemt met de realiteit. De verzekeraar bepaalt immers welke gesprekken worden opgenomen en hoelang ze worden bewaard. Wanneer de opname, die in het kader van een geschil wordt opgevraagd, niet (meer) beschikbaar is, kan het voor de consument lijken alsof de bewijsstukken door de verzekeringsonderneming worden achtergehouden of vernietigd.

Ook de betrouwbaarheid van mondeling meegeede informatie blijft een aandachtspunt, zeker wanneer er geen schriftelijke bevestiging volgt van wat is afgesproken tijdens het gesprek.

Bovendien stelde de Ombudsman in verschillende onderzochte dossiers vast dat soms onjuiste of onvoldoende duidelijke telefonische informatie verstrekt werd door verzekeringsprofessionals. Dit kan leiden tot misverstanden over de dekking en draagwijdte van waarborgen, het bedrag van de vrijstelling of de te volgen stappen bij een schadegeval.

Communicatie: de uitdaging van gisteren én morgen!

Op basis van deze vaststellingen is het essentieel dat de verschillende spelers van de verzekeringssector de kwaliteit van hun communicatiekanalen versterken, zowel digitaal als telefonisch. Het uitwerken van procedures die zowel de traceerbaarheid als de nauwkeurigheid van de uitgewisselde informatie garanderen, evenals het vastleggen van de bewaartermijn van deze communicatie, is essentieel binnen een professionele context. Digitalisering mag daarnaast ook nooit ten koste te gaan van persoonlijk contact wanneer dit noodzakelijk is.

VERZEKERINGSFRAUDE, EEN GEVOELIG ONDERWERP

Heel wat ingediende dossiers, handelen over personen die menen dat zij ten onrechte van fraude worden beschuldigd, over wantrouwige verzekeraars en over inspecteurs die soms hun opdracht te buiten gaan. Sommigen proberen bovendien de procedure bij de Ombudsman te gebruiken om toegang te krijgen tot gevoelige informatie, zoals de fraude-elementen waarover de verzekeraar beschikt.

Verzekeringsfraude is een plaag (www.assuralia.be/nl/artikel/nieuwe-assuralia-campagne-tegen-verzekeringsfraude) voor zowel de sector als de samenleving zelf. Ze leidt tot financiële verliezen voor verzekeraars, verhoogt de premies voor alle verzekerden en ondermijnt op die manier het vertrouwen in verzekeraars. Maatregelen tegen fraude, zoals inspecties en bijzondere onderzoeken brengen bovendien hoge kosten met zich mee.

De wet voorziet verschillende bepalingen over verzekeringsfraude, zoals artikelen (Onder andere art. 59 en 76 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014. over het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst en over de aangifte van een schadegeval. Daarnaast bevatten verzekeringsovereenkomsten vaak ook specifieke clausules, die bepalen wat als fraude wordt beschouwd en welke sancties kunnen worden toegepast. In de praktijk blijkt de toepassing van die bepalingen echter niet altijd uniform. Sommige verzekeraars hanteren strikte procedures, terwijl andere meer ruimte laten voor interpretatie.

Zo is er dikwijls discussie over wat als **voldoende bewijs** geldt bij een vermoeden van fraude. Twijfelgevallen vragen een genuanceerde aanpak: louter subjectieve vermoedens mogen niet leiden tot disproportionele sancties. Het is essentieel dat consumenten en verzekeraars kunnen rekenen op een transparante procedure, gebaseerd op feiten en niet op veronderstellingen.

Een consument die bijvoorbeeld een woningbrand aangeeft, kan worden geconfronteerd met bijkomende vragen en controles, zelfs wanneer er geen concrete aanwijzingen van fraude zijn. In sommige gevallen stelt de Ombudsman vast dat de verzekeraar al een standpunt heeft ingenomen zonder over een volledig dossier te beschikken. In andere situaties legt de consument twee keer hetzelfde bewijsstuk voor bij twee afzonderlijke diefstallen. Deze voorbeelden tonen aan hoe complex fraudedossiers kunnen zijn, en hoe een gebrek aan objectiviteit en waakzaamheid tot onrechtvaardige situaties kan leiden.

De nieuwe wet op de private opsporingen (Wet van 18 mei 2024 tot regeling van de private opsporing, B.S. 6 december 2024. zorgt overigens voor een strikter kader voor de onderzoeken die door inspecteurs worden uitgevoerd.

Wanneer fraude vaststaat, moet een passende procedure worden gevolgd en moeten de **feiten worden gemeld aan de bevoegde autoriteiten**. Voldoende objectief bewijs met respect voor de rechten van alle partijen blijft echter belangrijk. Het spreekt ook voor zich dat, bij bewezen fraude, de verzekeraar het recht heeft om de kosten van het fraudeonderzoek te verhalen bij de dader. Deze kosten moeten wel redelijk en verantwoord blijven.

De strijd tegen de verzekeringsfraude blijft een uitdaging voor de sector. De Ombudsman pleit dan ook voor een correcte en evenwichtige behandeling van alle partijen, met oog voor zowel de belangen van consumenten als van verzekeraars.

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN

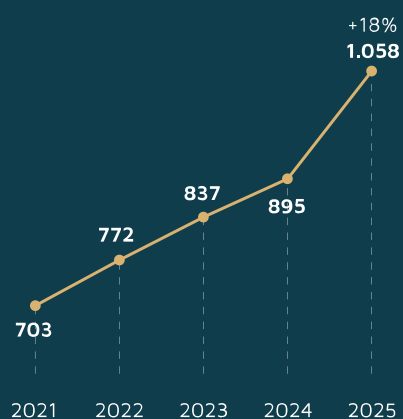


De Ombudsman behandelt ook klachten tegen verzekeringsmakelaars, -agenten en nevenverzekeringstussenpersonen.

1.058

VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 18 %



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

Het aantal aanvragen tegen verzekeringstussenpersonen is met 18% gestegen. Dat is onder meer te verklaren door talrijke dossiers over het verzekeringsproduct tak 26 (+71%), die in de praktijk vaak wordt gebruikt voor de huurwaarborg. De consument is ontevreden omdat de vrijgave van de waarborg aansleept en de betrokken tussenpersoon moeilijk bereikbaar is.

GOED ADVISEREN, GOED COMMUNICEREN

Een **gebrek aan communicatie** ligt bijna altijd aan de oorsprong van een klacht tegen een verzekeringstussenpersoon. Bij de onderschrijving werden bijvoorbeeld de behoeften en verlangens van de kandidaat-verzekerde in de precontractuele fase niet voldoende in kaart gebracht, zoals de wetgever (Art. 284 §1 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014. nochtans voorschrijft.

Bij schadegevallen klaagt de consument dat hij onvoldoende wordt geïnformeerd over de vooruitgang van het dossier. Regelmatige communicatie over de evolutie van het dossier kan dit soort vragen voorkomen.

In 2025 trokken twee situaties, die het belang van de rol van de verzekeringstussenpersoon illustreren, de aandacht van de Ombudsman.

MEER WETEN

Dubbele verzekering en opzeg

11% van de aanvragen tegen verzekeringstussenpersonen heeft nog altijd betrekking op de opzeg of dubbele verzekering. De tussenpersoon vergeet bijvoorbeeld de opzeg door te geven van een bestaande verzekeringsovereenkomst, terwijl er al een nieuwe overeenkomst loopt.

Specifiek voor de **schuldsaldoverzekering** is de consument zich er niet altijd van bewust dat de verzekeringsovereenkomst niet automatisch eindigt bij een vervroegde terugbetaling van het krediet. Hierdoor komt het voor dat er een nieuwe verzekering wordt onderschreven terwijl de bestaande verzekering nog loopt.

Bij (vervroegde) terugbetaling of wijziging van het krediet moet de tussenpersoon, die op de hoogte is, zijn klant informeren over de mogelijkheden en nagaan of de klant de schuldsaldoverzekering wil stopzetten dan wel wil laten doorlopen. Dit is voornamelijk een belangrijk aandachtspunt voor tussenpersonen, die ook het statuut van een tussenpersoon in bankdiensten hebben. Zij beschikken immers automatisch informatie over de vervroegde terugbetaling van het hypothecair krediet.

Ook een wijziging in de gezinssituatie, zoals een echtscheiding of een adreswijziging, kan gevolgen hebben op verzekeringsvlak. Ook hier moet de tussenpersoon aandacht voor hebben.

Diefstalverzekering: het belang van precontractueel advies en een checklist

In 2025 was er een stijging van het aantal aanvragen ten opzichte van tussenpersonen in de waarborg diefstal binnen de brandverzekering.

De Ombudsman stelt vast dat de consument nog te vaak onvoldoende geïnformeerd is over de beperkingen, uitsluitingen of voorwaarden van zijn verzekeringsovereenkomst. Pas bij een schadegeval realiseert hij zich dat de dekking beperkter was dan hij dacht. Zo ontdekt hij bijvoorbeeld dat bepaalde facultatieve waarborgen hem niet werden voorgesteld, zoals een afzonderlijke dekking voor waardevolle juwelen. Soms stelt hij ook vast dat er specifieke preventievoorwaarden bestaan, zoals een alarmsysteem of de verplichting om de deur van de kamer op slot te doen wanneer deze apart wordt verhuurd in een woning.

Het advies en de analyse door de tussenpersoon zijn van groot belang bij de onderschrijving van de verzekeringsovereenkomst, zodat het specifieke risico dat de consument verzekerd wil zien, ook effectief correct wordt verzekerd in overeenstemming met zijn behoeften en verlangens. Helaas worden de informatiedocumenten inzake de behoefte- en verlangensanalyse nog te vaak onvolledig ingevuld. De rubriek om het risico te omschrijven en eventueel specifieke verlangens op te nemen blijft vaak leeg, terwijl die net bijzonder nuttig kan zijn.

Daarnaast pleit de Ombudsman ervoor dat de tussenpersoon vóór het onderschrijven van het contract **de waarborgen overloopt**, waarbij een aantal veel voorkomende uitsluitingen of preventieverplichtingen toegelicht worden, om later bij een schadegeval onaangename verrassingen te vermijden.

EEN VERGELIJKING(SITE) HEEFT NIET ALTIJD GELIJK

De prijsbewuste consument maakt steeds vaker gebruik van online vergelijkingssites om een verzekering te vinden.

Sommige van deze vergelijkingssites verrichten in werkelijkheid **activiteiten van verzekeringsdistributie** en zouden dus onder de toepasselijke regels inzake verzekeringsdistributie moeten vallen. Die beoordeling moet echter geval per geval gebeuren. De FSMA licht uitvoerig toe op welke aandachtspunten men moet letten om een vergelijkingssite te herkennen

(
als een site die, in werkelijkheid, activiteiten van verzekeringsdistributie verricht.

Zo leiden verschillende sites de consument door naar een online onderschrijving en kan men ze in dat geval als distributiekanaal voor verzekeringen beschouwen. De doorverwijzing gebeurt immers vaak naar verzekeraars die bij deze sites zijn aangesloten, vaak verzekeringsondernemingen die werken zonder fysieke verzekeringstussenpersoon.

Bovendien moet de consument bijzonder aandachtig zijn voor **onderschrijvingsfouten**. Zo stelde de Ombudsman vast dat de simulatie op vergelijkingssites voor autoverzekeringen soms wordt berekend op basis van een andere kilometerbasis dan diegene die op de website van de gekozen verzekeraar wordt overgenomen. Bij een brandverzekering bijvoorbeeld is het cruciaal om het evaluatierooster correct in te vullen om de toepassing van de evenredigheidsregel te vermijden. Zonder de begeleiding van een verzekeringstussenpersoon is dit niet altijd evident.

In theorie kunnen vergelijkingssites *an sich* voor de consument wel een nuttige informatiebron zijn. De FSMA (Wikifin) heeft zelf ook een vergelijkingstool

(
ontwikkeld voor de verzekering BA-privéleven. Een grondige vergelijking tussen de verschillende verzekeringsovereenkomsten blijft evenwel onmisbaar. Een detail dat op het eerste zicht onbelangrijk lijkt, kan immers een belangrijke en onverwachte impact hebben. Voorzichtigheid blijft dus aangewezen.

PER VERZEKERINGSTAK



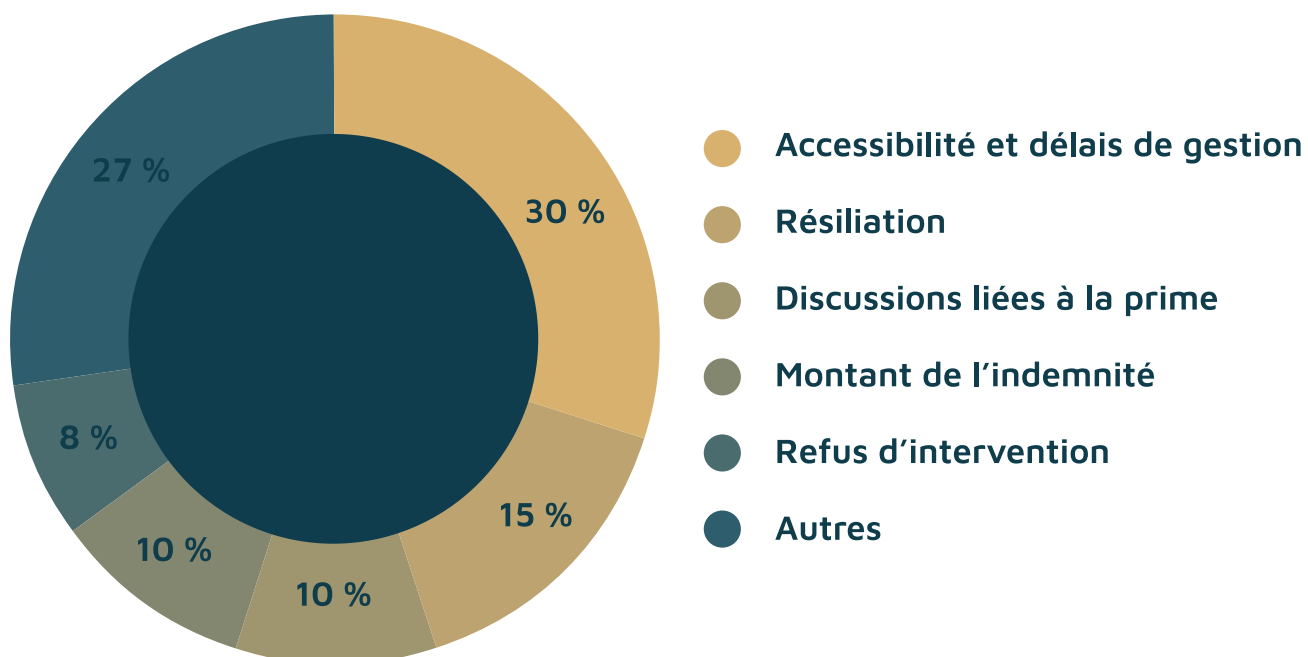
AUTOVERZEKERING

1.697

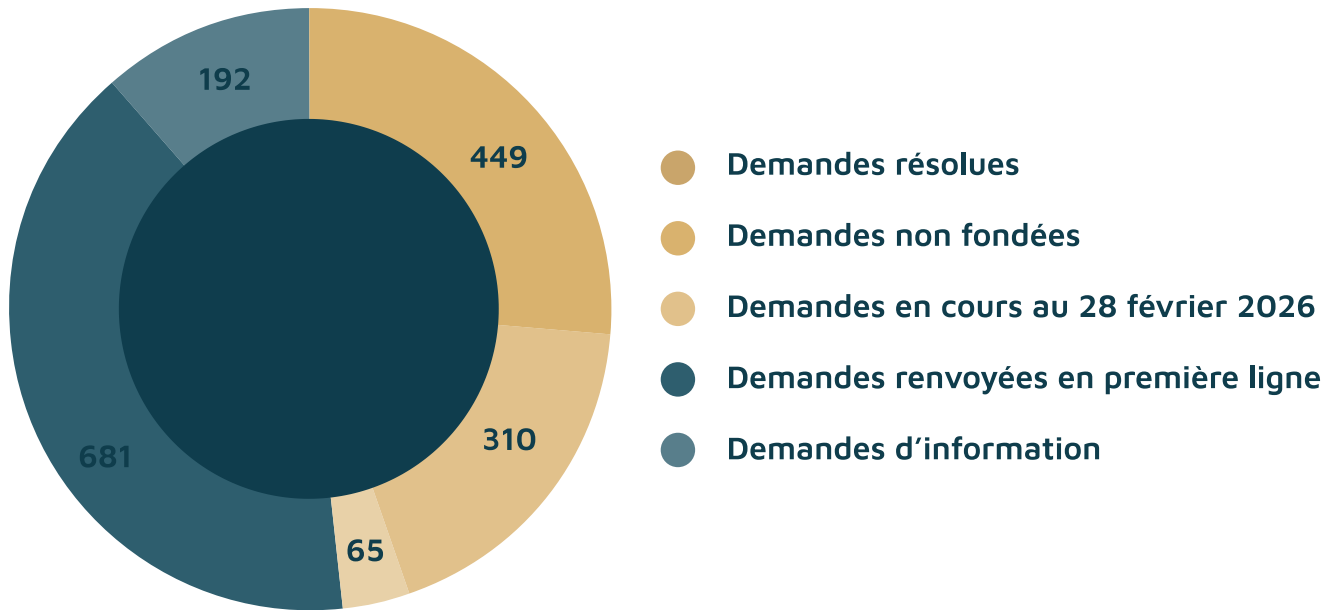
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 15 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

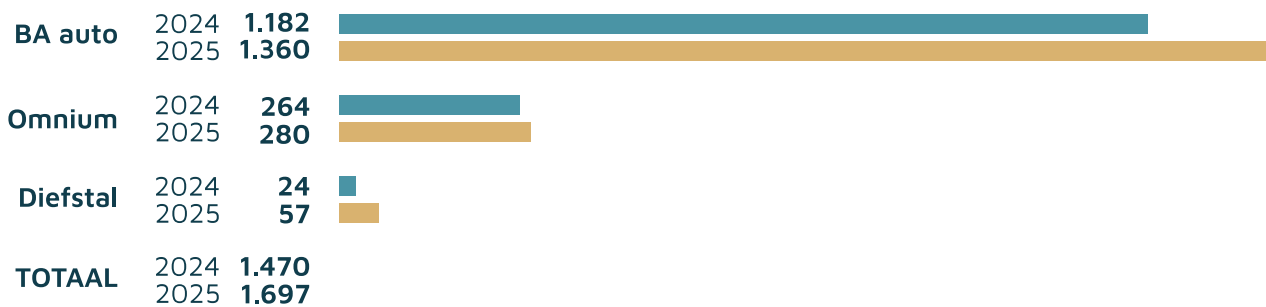


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 59% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

UITSPLOTSING AUTOVERZEKERING



AUTOVERZEKERINGSPREMIES ONDER DE LOEP!

GETUIGENIS

M.P., Chaudfontaine

Ik had voor mijn auto een kilometerverzekering. Op 12-12-2024 vroeg ik de opzeg aan, omdat ik mijn voertuig had verkocht en de nummerplaat was geschrapt. De verzekering liep van 24-06-2024 tot 23-06-2025.

Op 17-12-2024 ontving ik per e-mail een bevestiging dat het contract effectief was stopgezet, met een afrekening van de gereden kilometers. De verzekeraar maakte daarbij een tussentijdse berekening op basis van de laatst gekende kilometerstand en het aantal geraamde kilometers.

Ik reed in werkelijkheid 2.946 km, terwijl bij de start van het contract 2.724 km per jaar werd ingeschat. Ik reed dus 222 km meer. Toch rekent de verzekeraar kilometers aan pro rata van de verstreken periode, namelijk 1.662 geraamde kilometers.

De vragen tot tussenkomst over de premie in de autoverzekering zijn in 2025 sterk toegenomen (+50%). Ze gaan onder meer over de berekening, de aanpassing, de inning en de eventuele terugbetaling van de premie.

In deze dossiers stelt de Ombudsman vast dat de consument vooral naar het bedrag van de premie kijkt en wil begrijpen **hoe die wordt berekend**, zeker bij een **kilometerverzekering**. Bij een tussentijdse opzeg is de berekeningsmethode, die de verzekeraar hanteert om de verschuldigde premies te bepalen, niet altijd duidelijk beschreven in de algemene voorwaarden. Hierdoor kan het zijn dat de consument onverwacht een supplement moet betalen, terwijl hij zich eerder aan een terugbetaling verwachtte. De meeste van deze dossiers konden worden opgelost. De betrokken verzekeraars herevalueren bovendien de formulering van hun algemene voorwaarden.

Soms is de verzekerde ook verbaasd door een **premiestijging** in het tweede contractjaar. Die stijging is vaak het gevolg van het wegvallen van een initiële commerciële korting van het eerste verzekeringsjaar.

Ook de betaling van de premie via **bankdomiciliëring** kan nog steeds (Zie Jaarverslag 2021 Ombudsman van de Verzekeringen,

. voor problemen zorgen, bijvoorbeeld bij een betaling in termijnen wanneer een periodieke premie niet kon worden geïnd of onbetaald bleef.

Bij niet-betaling van de premie kan de verzekeringsonderneming de **waarborgen schorsen**, vóór zij het contract opzegt volgens een strikte procedure (Art. 70 e.v. wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.. In principe dekt de verzekeraar tijdens de schorsing geen schadegevallen meer, maar de premies blijven wel verschuldigd. Sommige verzekeraars laten deze schorsing nog gedurende maanden doorlopen, voordat het verzekeringscontract wordt beëindigd en alle achterstallige premies (Art. 72 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014, die een maximumperiode van 2 jaar voorziet. worden opgeëist.

Tenslotte kunnen er ook **communicatieproblemen** rijzen, bijvoorbeeld bij een verhuis, bij een contractwijziging die werd gevraagd maar niet uitgevoerd, bij een discussie over de bonus-malusgraad, bij een vraag tot terugbetaling van een premie voor een periode die al voorbij is, of door het gebruik van een fout e-mailadres.

AUTODIEFSTAL, NIET ALTIJD VERGOED

Het aantal aanvragen bij de Ombudsman over de waarborg diefstal is in 2025 meer dan verdubbeld. Binnen deze groep nemen vooral de betwistingen over een weigering van tussenkomst toe en maken deze bijna de helft van de dossiers uit.

In de onderzochte dossiers hierover blijkt dat verzekeraars regelmatig hun tussenkomst weigeren omdat de **preventieverplichtingen** niet werden nageleefd. Bijvoorbeeld indien de autosleutel verloren was, of indien een reservesleutel in het voertuig aanwezig was (bijvoorbeeld in het handschoenkastje).

Andere weigeringen zijn gebaseerd op een **vermoeden van fraude** bij het afsluiten van het contract of bij schade. In principe volstaat een bewijs op basis van de aannemelijkheid van de diefstal (R. Vanbergen, « Het vermoeden in de diefstalverzekering », *Verzekeringsnieuws*, november 2025, p. 1-6.. Bij vermoeden van fraude moet de verzekerde echter de diefstal met bijkomende middelen aantonen. Fouten in de datum, het uur of de plaats van de diefstal kunnen soms al leiden tot een vermoeden van fraude en dus tot een weigering door de verzekeraar.

Verzekeringsondernemingen beroepen zich ook op **opzettelijke verzwijging** bij het onderschrijven van het contract en weigeren om die reden de diefstal te dekken. Een opzettelijk onjuiste verklaring over de gebruikelijke bestuurder of over het aantal schadegevallen in het verleden kan leiden tot discussies over de nietigheid van de autoverzekering in zijn geheel (Art. 66 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014., en dus ook over het al dan niet bestaan van de diefstaldekking.

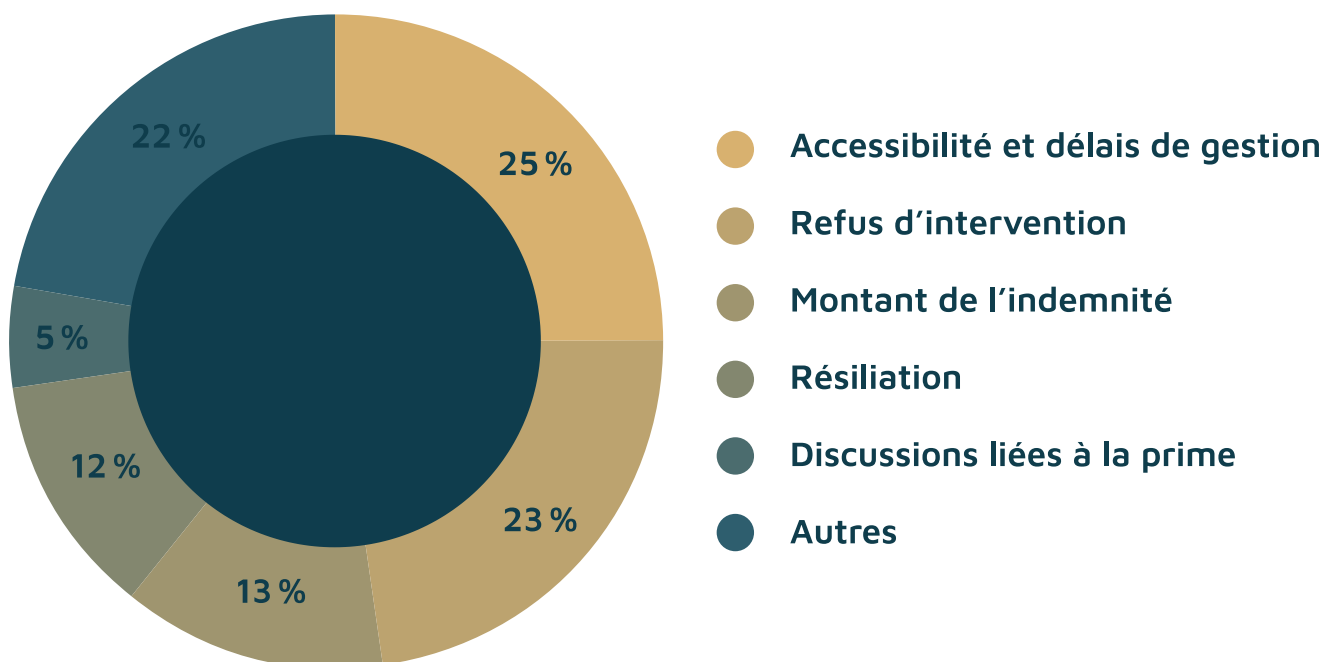
BRANDVERZEKERING

1.386

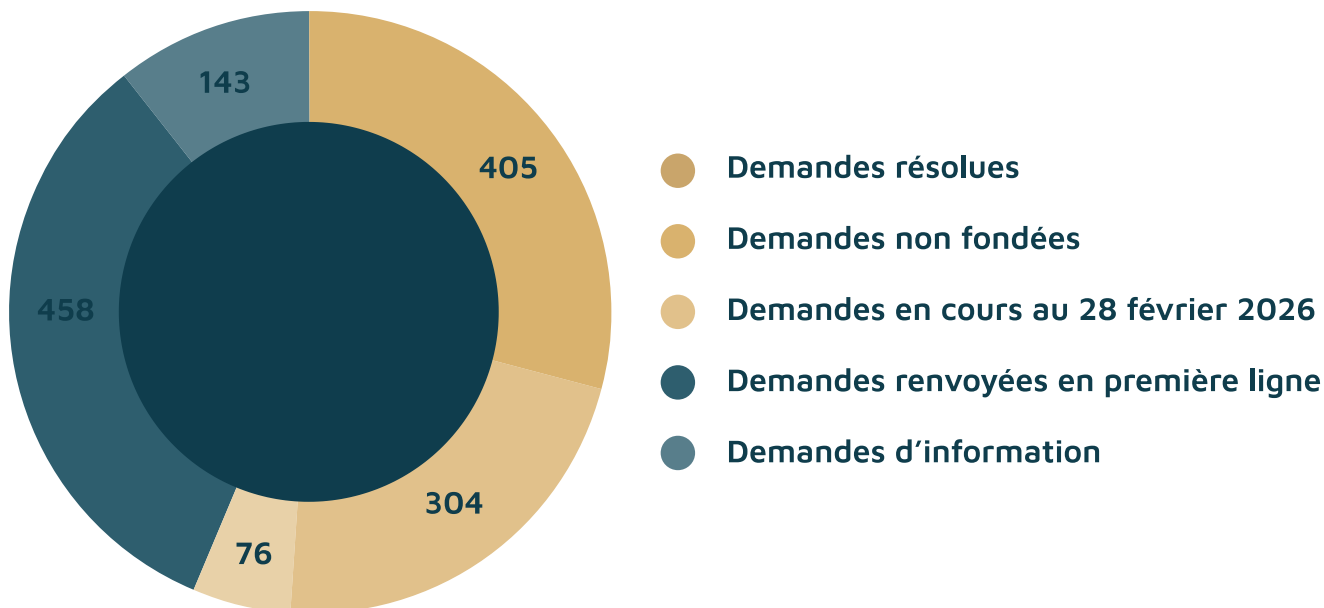
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stabiliteit

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

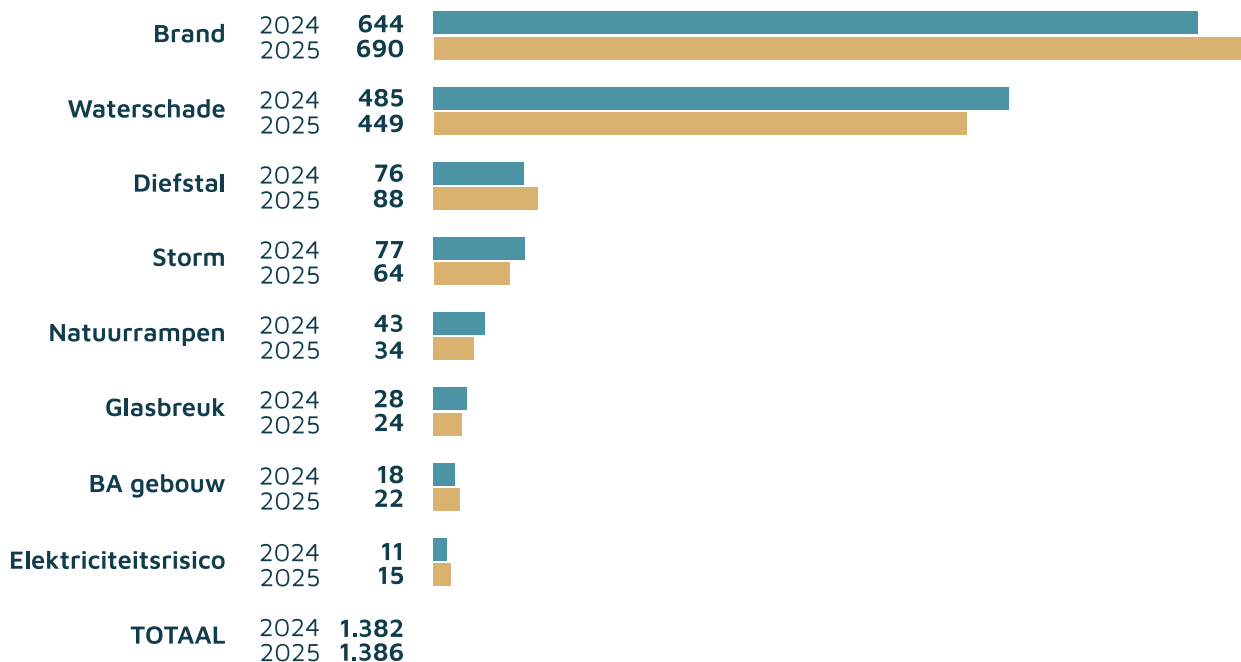


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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

UITSPLITSING BRANDVERZEKERING



NAAR EEN BETERE SAMENWERKING TUSSEN VERZEKERAARS EN EEN CONSEQUENTERE TOEPASSING VAN DE SECTORCONVENTIES

Na de weigering van tussenkomst zijn de regelingstermijnen van een schadegeval in de brandverzekering het tweede belangrijkste motief voor klachten over schadegevallen bij de Ombudsman. De Ombudsman stelt vast dat lange termijnen vooral ontstaan wanneer er meerdere verzekeraars bij hetzelfde schadegeval betrokken zijn.

Nochtans bestaan er verschillende sectorconventies (We denken aan de conventie “waterschade”, de conventie “waterschade niet zichtbaar bij aankoop van een onroerend goed, waarvan de oorsprong mogelijk voorafgaat aan de ondertekening van de akte van verkoop van goed”, de conventie “aanrijding voertuigen” en de conventie “eigenaar-huurder”,

of

gedragscodes. Ondanks hun meerwaarde zijn sommige nog onvoldoende gekend of worden ze niet altijd ingeroepen. Anderzijds kunnen ze ook niet op alle situaties worden toegepast.

Wanneer bij een schadegeval ook de aansprakelijkheid van een derde betrokken is, contacteert de verzekeraar van de benadeelde partij de verzekeraar van die derde om een **tegensprekelijke expertise** te organiseren. Die derde kan bijvoorbeeld de eigenaar, de buur, de huurder, een aannemer, ... zijn. Dit kan leiden tot vertraging bij de verdere afhandeling, onder meer door de praktische organisatie van deze expertise.

Een gebrek aan uitwisseling van informatie tussen de respectievelijke experts vertraagt de afhandeling van het schadegeval. Bovendien worden expertiseverslagen vaak als vertrouwelijk beschouwd, waardoor het moeilijk is om snel tot een technische afstemming te komen.

Concreet zou een efficiëntere samenwerking tussen de verzekeraars en hun experts vertragingen en extra kosten kunnen vermijden.

De sector zou kunnen overwegen om een **conventie uit te werken voor dossiers waarbij meerdere verzekeraars betrokken zijn**, waaronder een brandverzekeraar, en dit naar het model van de expertiseovereenkomst voor autoschade (

). Dit idee steunt onder meer op de vaststelling dat vaak dezelfde expertisebureaus voor verschillende verzekeraars optreden. Dergelijke vergelijkbare stappen werden al gezet in de conventie “waterschade”, die helaas beperkt wordt toegepast.

In kader hiervan zou dit verder kunnen worden uitgewerkt bij schade onder een bepaald bedrag en waarbij niet alleen een brandverzekering is betrokken, maar ook de mogelijke aansprakelijkheid van een derde en zijn verzekeraar. In die gevallen kan het beheer worden toevertrouwd aan **één expertisebureau**. Dat bureau zou de schade kunnen vaststellen (in nieuwwaarde én werkelijke waarde) en tegelijk de elementen noteren die de aansprakelijkheid van de derde aantonen. De verzekeraar van deze tegenpartij zou dan binnen een vaste termijn kunnen reageren of betwisten, zoals bijvoorbeeld reeds is voorzien in de conventie “aanrijding van voertuigen”.

HOE DE SCHADEVERGOEDING SNELLER UITBETALEN?

De Ombudsman stelt vast dat artikel 121 van de wet betreffende de verzekeringen, dat termijnen vastlegt voor de betaling van de schadevergoeding door de verzekeraar, niet altijd strikt wordt toegepast. Vooral een vlotte uitbetaling van het niet betwiste gedeelte van de vergoeding, en het beroep op een tegenexpert – waarvan de kosten trouwens ten laste zijn van de partij die in het ongelijk wordt gesteld (Art. 121 § 2 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014. – blijven hierbij aandachtspunten.

WEETJE ! 

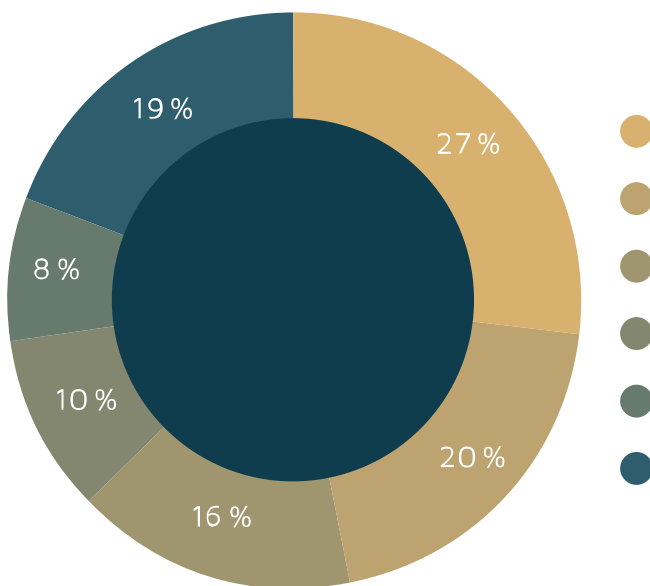
ZIEKTEVERZEKERING

1.205

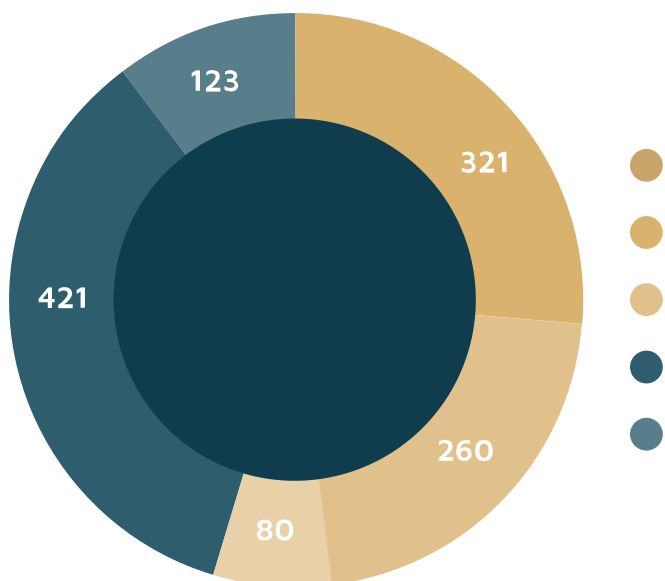
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 18 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 55% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

UITSPLITSING ZIEKTEVERZEKERING

Niet-beroepsgebonden ziekteverzekering	2024	537	
	2025	632	
Beroepsgebonden ziekteverzekering	2024	188	
	2025	223	
Gewaarborgd inkomen	2024	188	
	2025	222	
Tandverzekering	2024	97	
	2025	111	
Specifieke dekking (wachtverzekering, ambulante kosten...)	2024	12	
	2025	17	
TOTAAL	2024	1.022	
	2025	1.205	

DE VERZEKERAAR VERHOOGT MIJN PREMIE, MAAR IK KAN MIJN ZIEKTEVERZEKERING NIET ONMIDDELIJK OPZEGGEN?

In 2025 had 10% van de klachten in de ziekteverzekering betrekking op de premie, wat een stijging van deze klachten impliceerde .

Drie factoren dragen bij tot de **premieverhogingen** in deze tak. Door een stijging van de ziektekosten in het algemeen wordt deze, al niet goedkope, premie steeds duurder door de indexering. Daarnaast zien we dat steeds meer premies evolueren met de leeftijd en dus duurder worden. Tenslotte stijgen sommige premies ook fel door een verhuis naar een duurder regio, zoals Brussel wegens de duurder ziekenhuiskosten in deze regio.

Hierdoor wordt deze premie voor heel wat consumenten **onbetaalbaar**, waardoor ze op zoek gaan naar alternatieve oplossingen. De wet laat echter (nog) geen verkorte opzegperiode toe van de ziekteverzekering, zoals we die kennen in de verzekeringen auto, brand,... De Ombudsman noteerde dan ook een stijging van de klachten over **opzeg** in deze verzekeringstak.

Enkel bij een werkelijke premie-aanpassing van de portefeuille kan men gebruik maken van een voortijdige opzeg. Wanneer de premie stijgt door indexatie of door toepassing van contractuele bepalingen (zoals na een verhuis of na het bereiken van een nieuwe leeftijdscategorie), kan het contract enkel opgezegd worden volgens de klassieke bepalingen van de wet betreffende verzekeringen, namelijk op de jaarlijkse vervalddag en mits het tijdig sturen van een aangetekende brief vóór deze vervalddag. In de praktijk komt dit dikwijls neer op het feit dat de consument nog een jaar langer de voor hem onbetaalbare premie moet betalen.

Zoals aangegeven in het jaarverslag van 2024 (Jaarverslag 2024 Ombudsman van de Verzekeringen,

. blijft de Ombudsman pleiten om de mogelijkheid van de verkorte opzeg tevens toe te laten voor de ziekteverzekeringen.

WEETJE ! ⓘ

DEKT DE VERZEKERING GEWAARBORGD INKOMEN ELKE ARBEIDSONGESCHIKTHEID?

In de verzekeringstak gewaarborgd inkomen stegen de vragen in 2025 met 18%. De discussies hebben meer en meer betrekking op aandoeningen waarbij **objectieve symptomen** (zoals dikwijls vereist in de polisvoorwaarden) **niet** altijd gemakkelijk **aan te tonen** zijn, zoals burn-out, depressie, long-covid,... De arbeidsongeschiktheid voor deze aandoeningen wordt niet altijd aanvaard, of slechts gedeeltelijk.

Een veel voorkomende klacht is dat er een **verschil in beslissing** is tussen, enerzijds, de eigen arts en de **arts van de mutualiteit** en, anderzijds, de **raadsdokter van de verzekeraar**. De beoordeling van de verzekeringsarts beperkt zich niet tot de vraag óf men het uitgevoerde beroep nog kan uitvoeren, maar omvat ook de vraag welke andere activiteit men nog kan uitvoeren op de arbeidsmarkt.

Door schaarste van verzekeringsartsen op de markt, kan de verzekerde trouwens niet altijd worden opgeroepen bij een gespecialiseerde dokter met kennis van de aandoening, of alleszins niet binnen een redelijke termijn. Soms wordt men zelfs niet fysiek opgeroepen en gebeurt de beoordeling via een online-gesprek of louter op basis van een aantal medische attesten.

Het enige alternatief, dat dan vervolgens wordt voorgesteld, is een betwisting via een **minnelijke medische expertise**. Indien het niet duidelijk is wat de precieze argumentatie is om de arbeidsongeschiktheid te weigeren, is dergelijke dure expertise echter niet altijd de aangewezen oplossing.

Een meer persoonlijke aanpak door de raadsdokter (Zoals voorzien in “Guidelines voor medische expertise” van Assuralia: <https://cms.assuralia.be/sites/default/files/2026-03/Guidelines-NL-30-03-26.pdf> met een transparante motivatie zou al een deel van de frustratie kunnen wegnemen bij de consument. De procedure van een minnelijke medische expertise kan hierbij evenwel een instrument tot oplossing blijven als alle andere mogelijkheden tot overleg niet tot een akkoord hebben geleid.

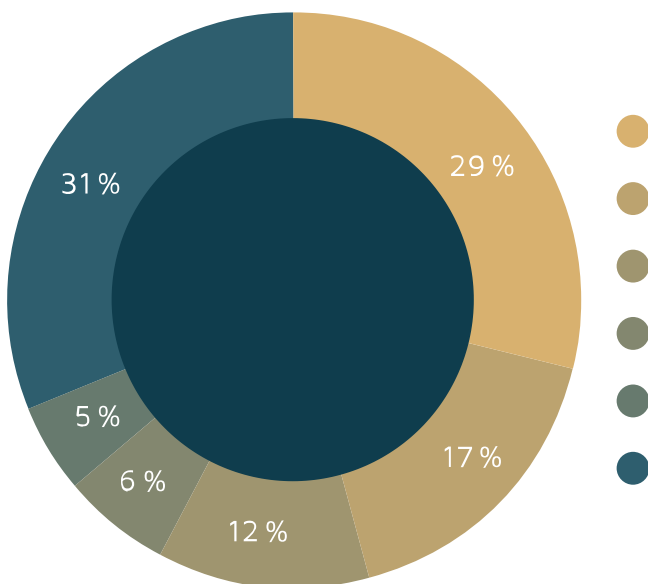
LEVENSVERZEKERING

1.053

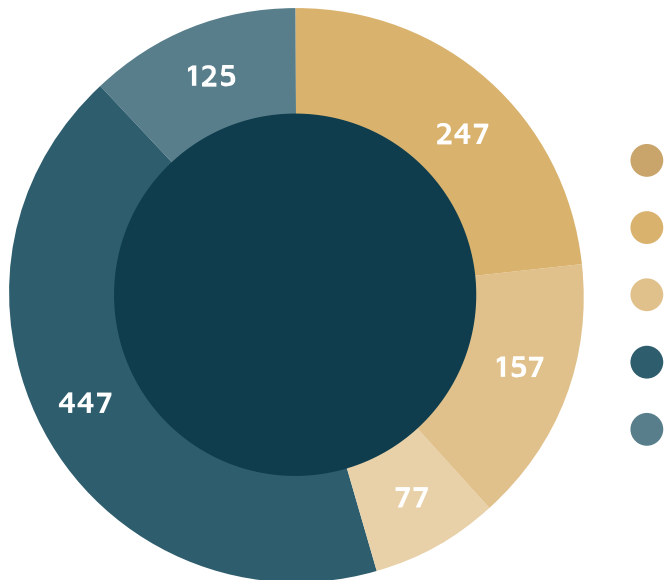
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 10 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

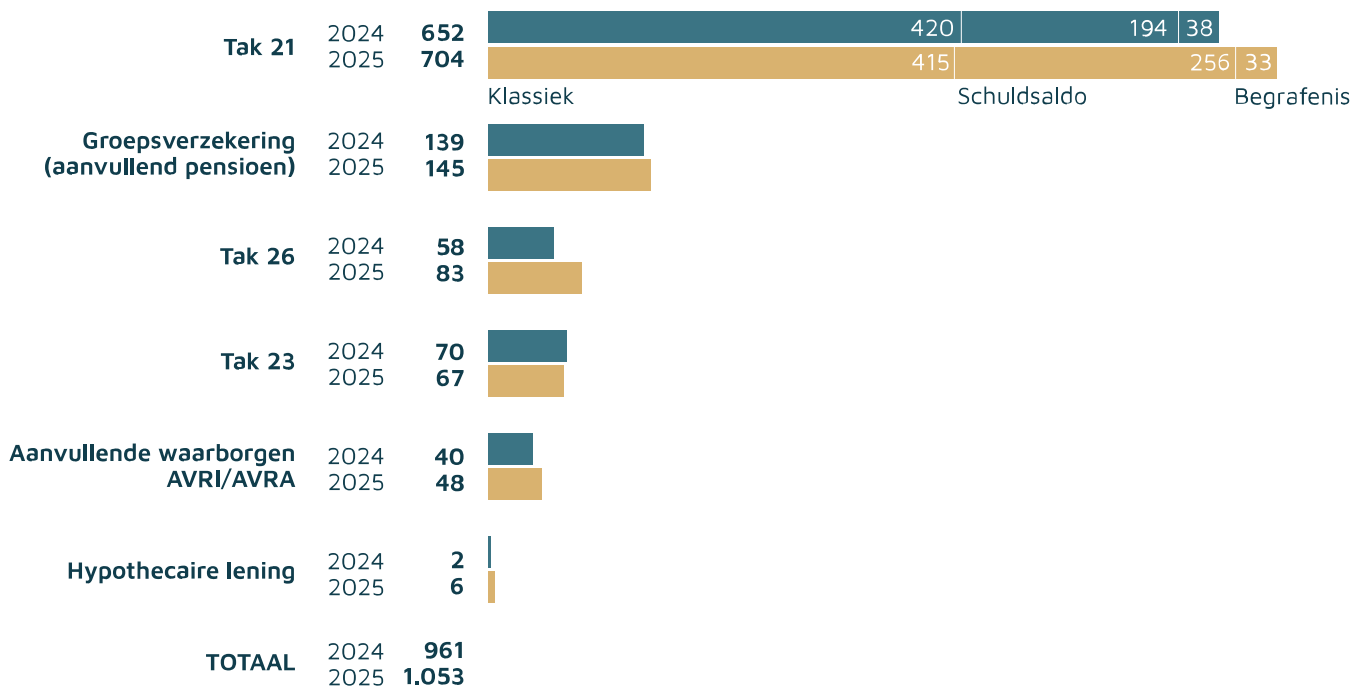


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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

UITSPLITSING LEVENSVZERZEKERING



OVERLIJDENSVERZEKERING EN ZIJN VALKUILEN BIJ ONDERSCHRIJVING

Bij de onderschrijving van het contract...

In 2025 registreerde de Ombudsman een toename van dossiers waarin consumenten vragen stelden over mogelijke discriminatie bij schuldsaldoverzekeringen. Het ging onder meer om discussies rond **medische aanvaarding** en het opleggen van **bijpremies**. In sommige dossiers bleek de motivatie voor een bijpremie onvoldoende onderbouwd met medische studies of niet duidelijk genoeg gekoppeld aan concrete medische elementen.

Het gaat voornamelijk om dossiers met een psychische component (zoals burn-out, autisme of OCD) of met gewichtsproblemen (zowel onder- als overgewicht). Veelal wordt in deze dossiers dan ook een bijkomende motivering opgevraagd. Indien deze niet kan worden gegeven, dringt de Ombudsman aan om de bijpremie aan te passen of te schrappen. In 50% van deze dossiers werd er een oplossing bereikt.

... en wanneer er een overlijden is

De voorbije jaren ontving de Ombudsman een aantal klachten over een buitenlandse verzekeringsonderneming en de tussenpersonen die deze overlijdensverzekeringen verkopen, veelal aan bejaarde personen. Bij het overlijden **weigert de verzekeraar tussenkomst** omdat de medische verklaringen die bij de onderschrijving werden ondertekend **onjuiste of onvolledige informatie bevatten**.

De nabestaanden geven aan dat de verzekerde tijdens het verkoopgesprek wel degelijk gezondheidsproblemen heeft meegedeeld. Deze informatie is echter niet terug te vinden in de gezondheidsverklaring, die tijdens het bezoek van de makelaar op een tablet werd ondertekend. Hierbij geven de nabestaanden dikwijls aan dat het document niet werd getoond, maar enkel de plaats waar de handtekening moest worden gezet.

De verzekeraar beschouwt deze ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring echter wel als hét doorslaggevend document. Eventuele fouten of onjuistheden die door de tussenpersoon werden opgetekend, kunnen meestal moeilijk worden weerlegd. De verzekeraar verwijst hierbij ook naar de aansprakelijkheid van de makelaar die de producten verkoopt en hierbij als onafhankelijk tussenpersoon handelt.

Voor de nabestaanden, overtuigd van de goede trouw van de verzekerde, is het niet evident om een fout van de tussenpersoon te bewijzen, wat kan leiden tot een weigering van dekking wegens onjuiste verklaring.

AANVULLENDE PENSIOENEN : ONBEWUST VAN HET VERDWIJNEN VAN DE OVERLIJDENSWAARBORG

GETUIGENIS

W.K., Vichte

Van april 2001 tot en met mei 2014 was mijn echtgenoot, de heer W.K., tewerkgesteld bij A. In juni 2004 werd aan zijn loonpakket een groepsverzekering bij X toegevoegd. (...)

In april 2014 ging A failliet. Nadien is mijn echtgenoot tewerkgesteld bij B, waar hem een nieuwe groepsverzekering werd aangeboden.

Mijn echtgenoot heeft gedurende tien jaar tegen kanker gestreden en is overleden in maart 2025. De groepsverzekering via B werd na enkele weken correct uitbetaald.

Vervolgens contacteerde ik X met betrekking tot de groepsverzekering via A. Tijdens dit contact werd mij meegedeeld dat er geen recht meer zou bestaan op uitbetaling van het opgebouwde kapitaal, omdat mijn echtgenoot bij het faillissement van A nooit een zogenaamd "antwoordformulier van uittreding" zou hebben teruggestuurd.

Ik was niet op de hoogte van dit document en heb dit formulier ook nooit ontvangen. Volgens de verzekeraar zou dit destijds per post naar ons adres zijn verzonden. Wij bewaren al onze werkgerelateerde documenten zorgvuldig, en in de map van mijn echtgenoot bevinden zich wel documenten betreffende de groepsverzekering, maar niet het betreffende antwoordformulier.

De Ombudsman ontving het afgelopen jaar verschillende klachten over het wegvallen van de overlijdensdekking bij een aanvullende pensioensverzekering. In veel groepsverzekeringopolissen vervalt de overlijdensdekking zodra de aangeslotene geen actief personeelslid meer is. In dat geval volgt enkel een uitkering indien de aangeslotene de (intussen verhoogde) pensioenleeftijd bereikt.

Bij het verlaten van de werkgever ontvangt de aangeslotene echter een **document waarin de mogelijke opties over de opgebouwde pensioenreserve** worden toegelicht (<https://www.wikifin.be/nl/pensioen-en-pensioenvoorbereiding/aanvullend-pensioen/aanvullend-pensioen-voor-een-werknemer/wat-1>). Zo kan de verzekerde op dat moment kiezen of hij de **dekking “overlijden” al dan niet behoudt**, wetende dat dit ook een (negatieve) invloed zal hebben op het eindbedrag bij “leven”. Indien er geen keuze wordt gemaakt, bepaalt de wet (Art. 32 § 3 wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid, B.S. 15 mei 2003. dat de verworven reserves van de pensioentoezegging, in de praktijk veelal enkel de reserve van het kapitaal leven, behouden blijft.

Deze situatie is niet in alle gevallen problematisch. Vaak stapt de aangeslotene over naar een nieuwe werkgever met een groepsverzekering die eveneens een overlijdensdekking voorziet.

Maar er zijn ook andere situaties, zoals bij ontslag zonder onmiddellijke tewerkstelling, een overstap naar een werkgever zonder groepsverzekering of met een regeling die enkel voorziet in een uitkering bij leven op de eindvervaldag.

In de klachten die de Ombudsman ontvangt over het gebrek aan een overlijdensdekking roepen de nabestaanden soms in dat er geen document om de keuze vast te leggen werd ontvangen. In aansluiting met het pensioenreglement werd enkel het opgebouwde pensioenkapitaal behouden, met een uitkering bij leven op de eindvervaldag. De overlijdensdekking was uitgedoofd. Door niet te hebben kunnen hebben kiezen voor een overlijdensdekking, blijft bij de nabestaanden een gevoel van teleurstelling en frustratie over. Tijdens de loopbaan werden immers aanzienlijke bedragen aan premies betaald, die bij overlijden geen uitkering meer opleveren. De Ombudsman formuleert hierover dan ook een aanbeveling.

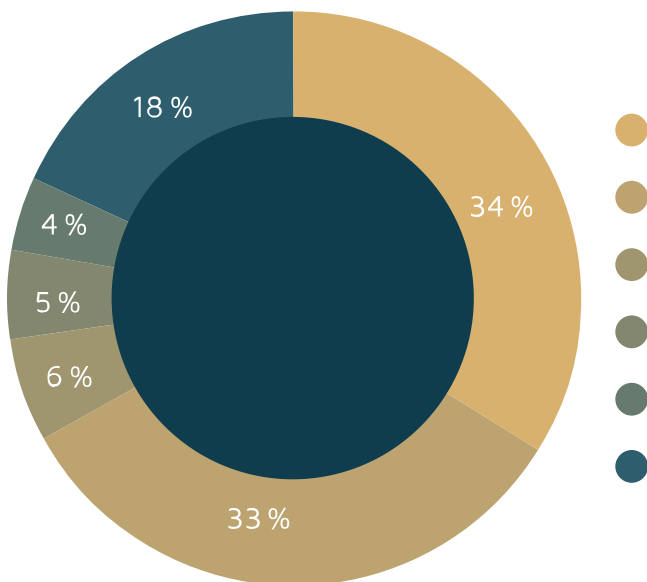
RECHTSBIJSTANDS- VERZEKERING

1.047

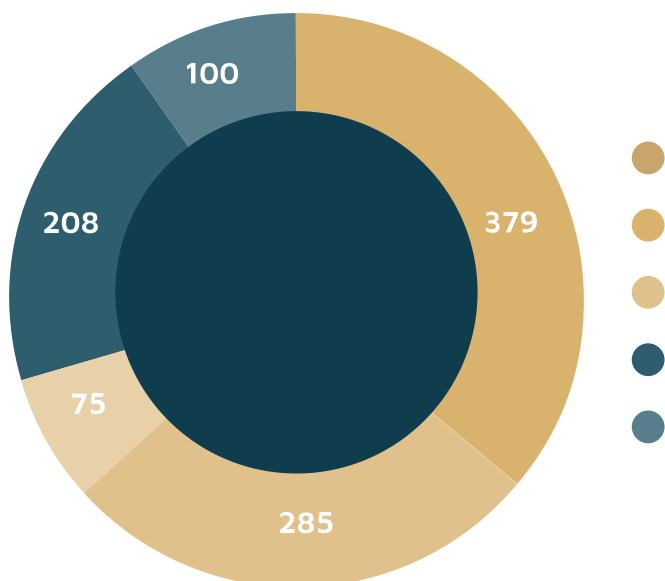
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 36 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

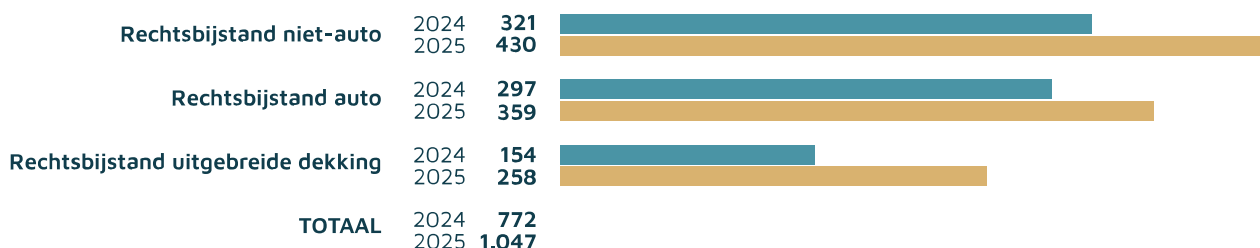


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



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

UITSPLITSING RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING



UITDAGINGEN VOOR EEN BETAALBARE RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING

In de rechtsbijstandsverzekering was 2025, vanuit financieel perspectief, geen evident jaar voor de consument. Enerzijds werden sommige verzekerden geconfronteerd met **aanzienlijke premiestijgingen**. Klachten over de berekening of de aanpassing van de premie namen exponentieel toe. Anderzijds voelde hij ook de (retroactieve) afschaffing van de fiscale aftrek (Art. 70 wet 18 december 2025 houdende diverse bepalingen, B.S. 30 december 2025, die art. 145/9 Wetboek Inkomstenbelastingen 1992 (WIB 92) afschaft. van de premies, die nochtans bedoeld was om de toegankelijkheid tot justitie te verbeteren.

Die afschaffing maakte de uitgebreide rechtsbijstandsverzekering, die conform de wet Geens (Wet van 22 april 2019 tot het toegankelijker maken van de rechtsbijstandsverzekering, B.S. 8 mei 2019. in een aantal minimumdekkingen voorzag, minder aantrekkelijk voor consumenten. Sommige verzekeraars gingen zelfs zo ver dat ze hun contracten, opgesteld volgens de wet Geens, aanpasten door bepaalde waarborgen te schrappen of te beperken.

Rechtsbijstandsverzekeraars hanteren bovendien steeds vaker een strikter aanvaardingsbeleid voor hun klanten. Bepaalde criteria die bij **segmentatie** worden gebruikt, kunnen vragen oproepen, zoals leeftijd en precieze locatie van het risico.

De Ombudsman stelt ook vast dat er op de markt steeds vaker **schade-attesten** in rechtsbijstand circuleren, hoewel hierover wettelijk niets geregeld is. Discussies rijzen over de inhoud en de relevantie van de opgenomen informatie. Sommige attesten gaan zelfs terug tot de begindatum van het contract (wat meer dan 10 jaar kan zijn) en daarbij wordt elk contact met de verzekeraar opgenomen als een schadegeval.

Verzekeraars stellen daarnaast een stijging vast van de **erelonen van advocaten**, wat ook een invloed heeft op de premies. Het minnelijk beheer door de verzekeraar om deze premie betaalbaar te houden mag echter niet onnodig verlengd worden door een zekere terughoudendheid om een advocaat aan te stellen wegens zijn kost.

Al deze elementen kunnen leiden tot onzekerheid voor de consument, die het risico loopt dat zijn rechten niet optimaal meer worden verdedigd. Er is dan ook een bredere denkoefening nodig om de toegankelijkheid van dit verzekeringsproduct te behouden. Men zou bijvoorbeeld kunnen denken aan algemene plafondbedragen of een begrenzing van het gedekte uurtarief van advocaten.

WEIGERING VAN TUSSENKOMST: SOMS EEN KWESTIE VAN INTERPRETATIE?

In 2025 heeft één klacht op drie in de rechtsbijstandsverzekering betrekking op een weigering van tussenkomst. Dit motief komt in alle waarborgen rechtsbijstand voor, maar de stijging laat zich het sterkst voelen in rechtsbijstand auto.

Zo ontvangt de Ombudsman regelmatig aanvragen van consumenten die tussenkomst willen voor de **herzieningsprocedure na intrekking van hun rijbewijs**. De consument meent dat die procedure (Art. 44 wet van 16 maart 1968 betreffende de politie over het wegverkeer, B.S. 27 maart 1968. aansluit bij de eerdere, gedekte procedure waarin de rechter de rijongeschiktheid had uitgesproken, en dat ze dus onder dezelfde waarborg strafrechtelijke verdediging valt. De verzekeraar vindt dan weer dat het om een afzonderlijke procedure gaat, die niet onder de waarborg strafrechtelijke verdediging valt omdat er geen vervolging door het parket meer is. Verzekeringscontracten zouden duidelijker moeten aangeven of deze situatie al dan niet gedekt is.

Ook **andere weigeringen van tussenkomst** kunnen tot discussie leiden. Contracten bepalen bijvoorbeeld vaak dat deelname aan vechtpartijen of rellen niet gedekt is. De vraag rijst hierbij in welke mate een verzekerde zich kan verdedigen tegen een belager zonder zijn recht op dekking te verliezen?

Ook de definitie van materiële schade die sommige verzekeraars hanteren om te beslissen of er dekking is, kan aanleiding geven tot betwistingen. De consument ervaart de weigering van dekking in dergelijke situaties soms als te strikt.

De Ombudsman beveelt aan om deze situaties geval per geval te beoordelen en herinnert aan het principe dat de contractvoorwaarden in het voordeel van de verzekerde moeten worden geïnterpreteerd. (Art. 23 § 2 wet van 4 april 2024 betreffende de verzekeringen, B.S. 30 april 2014.

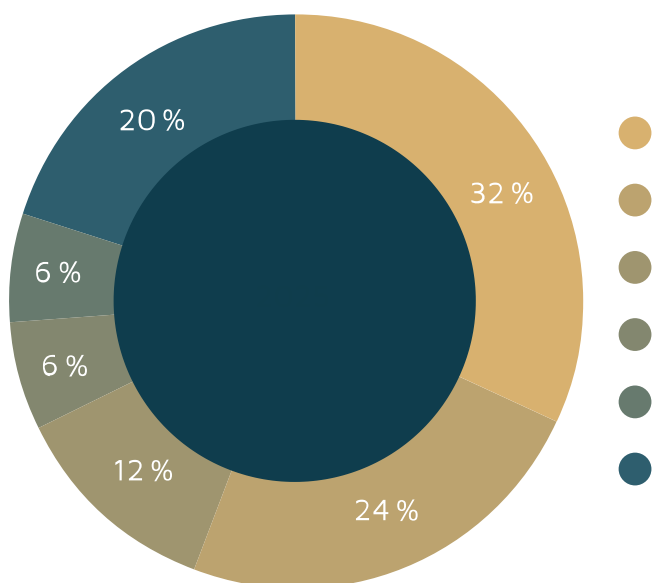
ALLE RISICO'S

514

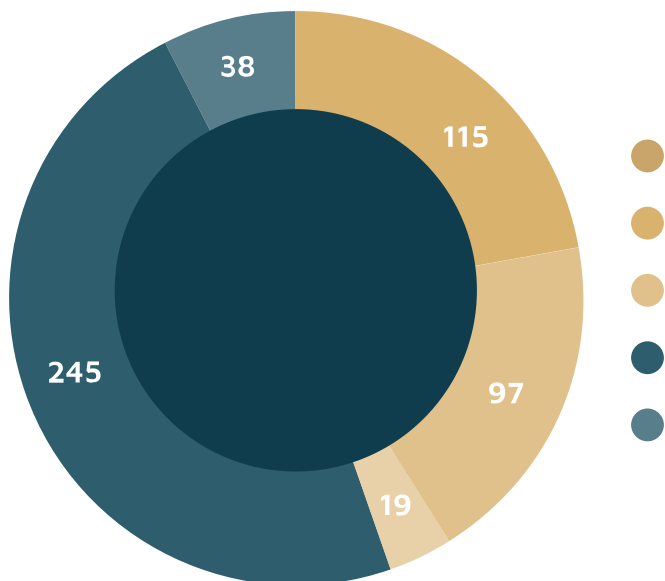
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 15 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

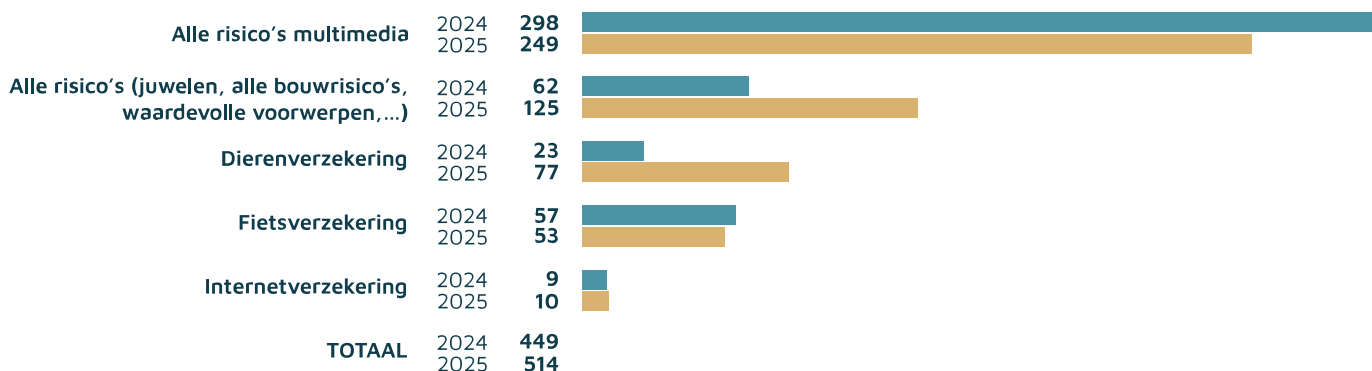


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 54% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

UITSPLITSING ALLE RISICO'S



Om de trends van nieuwe risico's weer te geven, worden ook verzekeringen met betrekking tot internet in deze tak opgenomen.

ALLE-RISICOVERZEKERINGEN: WANNEER DE CONSUMENT ONBEKEND TERREIN BETREEDT

Multimediaverzekering

In 2025 zijn de aanvragen over multimedieverzekeringen, waaronder gsm-verzekeringen, opnieuw gedaald. Als we de dossiers in verband met SFAM in 2024 (Jaarverslag 2024 Ombudsman van de Verzekeringen,

. buiten beschouwing laten, blijft het totale aantal klachten in 2025 slechts licht stijgen. Dit wijst eerder op een **stabilisatie** van de markt.

77% van de aanvragen gaat over schadegevallen. De klassieke discussies keren terug, onder meer over het gebrek aan duidelijke informatie over de waarborgen bij de onderschrijving. Zo weet de verzekerde niet altijd in welke situaties bijvoorbeeld de diefstal van een gsm gedekt is. Er blijft ook verwarring bestaan over het precieze voorwerp dat gedekt is. Sommige contracten leggen bijvoorbeeld een link tussen het toestel en de simkaart (Zie ook jaarverslag 2024 Ombudsman van de Verzekeringen,

..

Dierenverzekering

Hoewel het totale aantal vragen over dierenverzekeringen bij de Ombudsman beperkt blijft, is het aantal in 2025 wel meer dan verdrievoudigd, door ondermeer een groter aanbod van deze producten de afgelopen periode.

De Ombudsman stond in het jaarverslag van 2024 (Zie ook jaarverslag 2024 Ombudsman van de Verzekeringen, . al stil bij de

beperkingen van deze producten. Deze komen vooral aan het licht bij een schadegeval, wanneer een medisch dossier van het dier wordt opgevraagd en blijkt dat bepaalde informatie bij de onderschrijving niet werd meegedeeld of dat er sprake is van een uitsluiting.

In die gevallen stelt de Ombudsman vast dat de consument dikwijls niet goed op de hoogte is van de dekkingsvoorwaarden, vaak omdat hij het contract online onderschreef na een korte raadpleging van een brochure bij de dierenarts.

Fietsverzekering

In 2025 daalt het totale aantal klachten licht (-7%). Die daling heeft vooral betrekking op schadegevallen.

De discussies gaan voornamelijk opnieuw over de manier waarop men de fiets met een slot moet **beveiligen** om bij diefstal gedekt te zijn.

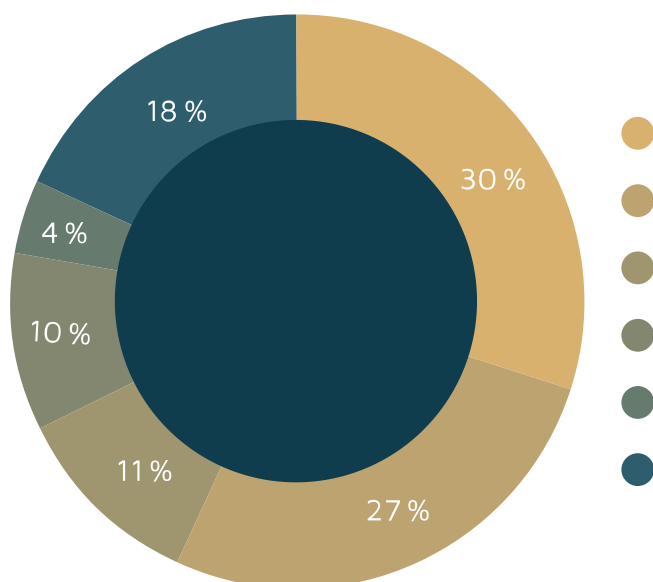
BURGERLIJKE AANSPRAKELIJK- HEIDSVERZEKERING

362

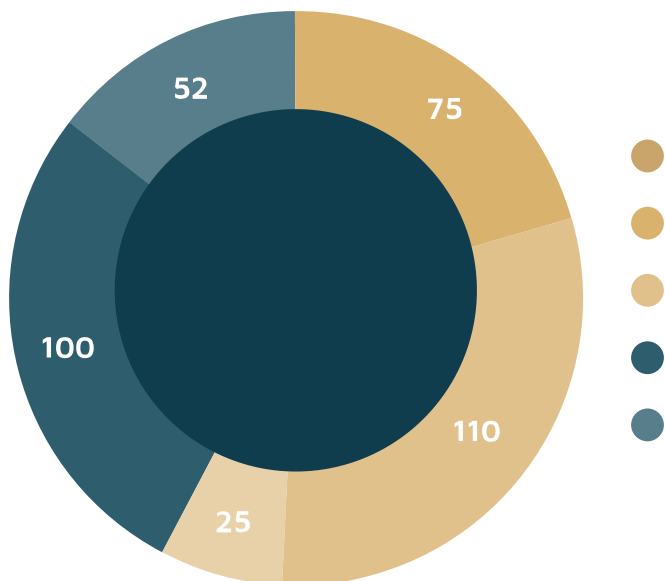
VRAGEN TOT TUSSENKOMST

Stijging van 35 %

MOTIEVEN VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST

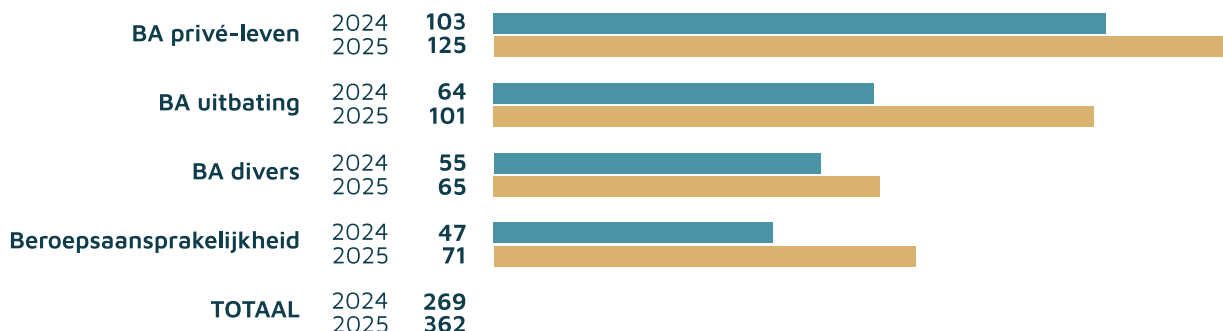


RESULTAAT VAN DE VRAGEN TOT TUSSENKOMST



In 40% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

UITSPLITSING AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERING



TOEVERTROUWD GOED IN DE VERZEKERING BA-PRIVÉLEVEN

25% van de aanvragen in BA privéleven gaat over een weigering van tussenkomst, vaak door misverstanden over de dekking van een **toevertrouwd goed**.

De wetgeving (Art. 6, 7° K.B. van 12 januari 1984 tot vaststelling van de minimumgarantievoorwaarden van de verzekeringsovereenkomsten tot dekking van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé-leven, B.S. 31 januari 1984. voorziet dat verzekeraars de dekking kunnen uitsluiten voor schade aan goederen, die een verzekerde **onder zijn bewaring** heeft. Denk bijvoorbeeld aan een geleend werktuig van een buur of een geleende camera van een vriend.

De meeste verzekeringscontracten vermelden in hun algemene voorwaarden dat deze situatie niet gedekt is. Dit impliceert dat, zelfs als de schade aan het toevertrouwd goed het gevolg is van een fout van de verzekerde, hij dan geen beroep kan doen op zijn verzekering BA-privéleven.

Anderzijds kan de definitie zelf van “toevertrouwd goed” aanleiding geven tot discussie, afhankelijk van de concrete omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer de eigenaar van het goed slechts even afwezig is. In de meeste gevallen stelt de Ombudsman vast dat de weigering van tussenkomst door de verzekeraar gegrond is.

Het is eventueel wel mogelijk om een toevertrouwd goed toch te verzekeren via een specifieke, aanvullende waarborg tegen een bijkomende premie.

BA-UITBATING: WERKING, GEDEKTE SITUATIES EN BEPERKINGEN

De klachten bij de Ombudsman over de verzekering BA-uitbating zijn in 2025 met 58% gestegen. De consument klaagt ook hier vaak over een weigering van tussenkomst door de verzekeraar.

Deze verzekering dekt een onderneming tegen de financiële gevolgen van schade die zij, in het kader van de normale uitoefening van haar professionele activiteit, veroorzaakt aan derden (klanten, leveranciers, bezoekers...). Die schade (materieel of lichamelijk) moet zich voordoen los van de contractuele verplichtingen van de onderneming: de verzekering dekt dus enkel de **buitencontractuele aansprakelijkheid**.

Voorbeelden van gedekte schadegevallen zijn: de val van een klant in een winkel, diefstal van persoonlijke spullen van een klant in een wellnesscentrum of schade aan een voorwerp bij een klant tijdens een technische interventie.

Deze waarborg heeft echter ook zijn beperkingen. Bepaalde zuiver contractuele schades zijn uitgesloten, zoals schade aan een toevertrouwd goed (Deze kunnen wel worden verzekerd mits een facultatieve uitbreiding met een meerpremie. of bepaalde beroepsfouten, zoals slecht uitgevoerde werken.

De verzekerde activiteit moet bovendien nauwkeurig in het contract worden omschreven. Elke taak buiten de aangegeven activiteit kan leiden tot een weigering van dekking.

In deze verzekeringstak moet de Ombudsman opnieuw vaststellen dat het standpunt van de verzekeraar doorgaans moeilijk te betwisten is.

Tenslotte ontving de Ombudsman enkele aanvragen over het **beheer van het contract**. BA-uitbatingscontracten kunnen worden afgesloten voor een periode van één jaar met stilzwijgende verlenging of, wat doorgaans gebruikelijk is voor deze contracten, voor een looptijd van drie jaar. In dat geval heeft een opzeg op initiatief van de verzekeringnemer doorgaans pas uitwerking na afloop van deze periode van drie jaar (Art. 1 K.B. van 24 december 1992 tot uitvoering van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, B.S. 31 december 1992..

WIE DEKT HET BESCHADIGD WEGDEK?

De Ombudsman ontvangt regelmatig klachten van consumenten over een beschadigde openbare weg. Zij krijgen geen vergoeding voor de schade aan hun voertuig van de verzekeringsondernemingen die de burgerlijke aansprakelijkheid van gemeentes of gewesten dekken. Het gaat vooral om autobestuurders, maar ook om fietsers of voetgangers die vallen en zich verwonden.

De verzekeraar roept regelmatig in dat de **feiten** niet voldoende zijn **aangetoond**: er is met andere woorden geen voldoende bewijs dat de schade zich effectief heeft voorgedaan op de aangegeven locatie. Volgens de verzekeraar volstaat een eenzijdige verklaring van de bestuurder met foto's en een herstellingsofferte niet als er geen getuige, vaststellingen door de politie of tussenkomst van een pechverhelper was. Zelfs een klachtneerlegging of een proces-verbaal van verhoor bij de politie wordt niet altijd aanvaard.

Verzekeringsondernemingen betwisten bovendien geregeld de aansprakelijkheid van hun verzekerde. Ze verwijzen dan bijvoorbeeld naar een fout van het slachtoffer zelf of naar het argument dat de betrokkene de plaats van het ongeval kende.

De Ombudsman spreekt zich niet uit over de aansprakelijkheid bij een schadegeval, maar gaat wel na of de verzekeraar alle gegevens in het dossier heeft onderzocht en of hij zijn standpunt inzake aansprakelijkheid voldoende heeft gemotiveerd (Het nieuw Burgerlijk wetboek versterkt de aansprakelijkheid van de bewaarder van een gebrekkig goed (artikel 6.16)..

Wanneer de consument een rechtsbijstandsverzekering heeft onderschreven, kan hij deze vragen om de slaagkansen van een vordering tot verhaal van zijn schade bij de wegbeheerder of zijn aansprakelijkheidsverzekeraar verder te onderzoeken.

AANBEVELINGEN

Op basis van de ingediende dossiers, formuleert de Ombudsman aanbevelingen naar de sector of de overheid toe. Deze aanbevelingen kaderen binnen zijn preventierol.

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



AANBEVELINGEN VAN DE OMBUDSMAN

SAMEN ROND ÉÉN EXPERT : NAAR EEN SNELLER EN EFFICIËNTER BEHEER

De doorlooptijden blijven het belangrijkste struikelblok voor de consument bij de afhandeling van een schadegeval. Eén van de oorzaken hiervan ligt bij de expertises. Hierbij wordt het beheer nog complexer wanneer er meerdere verzekeraars betrokken zijn, die elk hun eigen expert aanstellen om technische vaststellingen te doen. Elke verzekeraar wil hierbij immers beschikken over een eigen expertiseverslag, terwijl de feiten en vaststellingen in essentie identiek zijn. Bovendien is er een zekere terughoudendheid om de vaststellingen van de experten met elkaar te vergelijken of een expertise tussen “collega’s” te organiseren.

Deze problematiek beperkt zich niet alleen tot schadeverzekeringen, maar strekt zich ook uit tot persoonsverzekeringen. In de brandverzekering kan men bijvoorbeeld denken aan een waterschade waarvan de oorzaak moet worden vastgesteld. In de bouwsector gaat het vaak om eventuele gebreken en de daaraan verbonden aansprakelijkheden. Ook bij de begroting van lichamelijke schade komt dit voor, wanneer meerdere verzekeringen tussenkomst kunnen verlenen voor eenzelfde schadegeval, zoals een aansprakelijkheidsverzekering, een ongevallenverzekering en een verzekering gewaarborgd inkomen.

Tegelijk is het aantal beschikbare experten beperkt, wat leidt tot nog langere wachttijden. In de praktijk worden expertiseopdrachten bovendien vaak uitgevoerd door dezelfde expertisebureaus of ten minste met een gelijkaardige specialisatie.

AANBEVELING

Het is aangewezen om te onderzoeken of er een algemeen kader kan worden uitgewerkt om de efficiëntie van de expertises te verhogen, onder meer door in bepaalde omstandigheden slechts één enkele expert aan te stellen.

Zo heeft in de autoverzekering de expertiseovereenkomst

(www.assuralia.be/nl/sectorinfo/conventies/conventie-expertise-en-rdr haar nut in de afgelopen decennia al bewezen. Zij zou dan ook als inspiratie kunnen dienen.

Binnen een dergelijk kader zou de expertise zich kunnen beperken tot objectieve vaststellingen van de schade en, in voorkomend geval, de oorzaak ervan, met toepassing van vooraf bepaalde plafondbedragen.

Meer efficiënte expertises zullen leiden tot minder frustratie bij de consument, en op die manier bijdragen aan het verbeteren van het imago van de sector. Bovendien zullen zij ook een positieve impact hebben op de kosten van de verzekeraar.

AANVULLENDE PENSIOENEN: VERHOOG DE RECHTSZEKERHEID BIJ HET VERTREK VAN EEN WERKNEMER

Wanneer een aangeslotene zijn werkgever verlaat, ontvangt hij een document waarin de opties worden toegelicht over de reserves van de groepsverzekering, waaronder de optie van een overlijdensdekking, die het voziene kapitaal bij leven kan beïnvloeden. Bij gebrek aan keuze blijft veelal enkel het kapitaal bij leven behouden.

In de praktijk geven de nabestaanden soms aan dat dit document nooit werd ontvangen. Daardoor blijft enkel een pensioenreserve behouden, met dikwijls enkel een uitkering bij leven maar geen uitkering bij overlijden.

De wetgeving (Art. 31 § 1 wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid, B.S. 15 mei 2003. voorziet momenteel enkel dat de verzekerde via brief of via elektronische weg moet worden verwittigd. In de praktijk blijkt soms dat de verzekeraar of de werkgever achteraf moeilijkheden ondervindt om aan te tonen dat hij deze brief effectief heeft gestuurd. Dikwijls is er geen kopie meer voorhanden en kan de verzekeraar enkel via zijn beheerssysteem aantonen dat de brief is aangemaakt op een bepaalde datum. Bij gebrek aan voldoende bewijs volgen er veelal doorgedreven onderhandelingen om de verzekeraar, al dan niet in samenspraak met de werkgever, toch nog een kapitaal te laten uitkeren.

AANBEVELING

De Ombudsman pleit ervoor dat, wanneer een reactie op het keuzedocument uitblijft en de overlijdensdekking wegvalt, er een bijkomende stap wordt ingebouwd. Deze kan meer rechtszekerheid bieden, gelet op de aanzienlijke inzet van de dekking.

De Ombudsman beveelt dan ook aan dat, en dit naar analogie met bijvoorbeeld de afhandeling van slapende levensverzekeringen (Art. 36 wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen, B.S. 7 augustus 2008., bij gebrek aan reactie op het keuzedocument er een aangetekende brief met ontvangstbewijs aan het officieel adres van de aangeslotene wordt gestuurd. Hierbij kan dit adres desgevallend worden geverifieerd via het Rijksregister.

Indien na deze bijkomende kennisgeving geen reactie volgt, is er tenminste een bewijs van communicatie met de, intussen overleden, aangeslotene. Zo kan de defaultoptie, zoals voorzien in de bestaande wetgeving, op een meer gerechtvaardigde wijze worden toegepast.

Een vergelijkbare benadering werd door de FSMA reeds voorgesteld in een andere context. Zo beveelt de FSMA in een recent nieuwsbericht (www.fsma.be/sites/default/files/media/files/2026-03/fsma_2026_09_nl.pdf) aan om een herinnering te sturen bij gebrek aan een reactie van de aangeslotene voor de uitbetaling van het aanvullend pensioen.

EEN OPLOSSING IN RECHTSBIJSTAND VOOR INTRAFAMILIAAL GEWELD

In het jaarverslag van 2022 (Jaarverslag 2022 Ombudsman van de Verzekeringen, . pleitte de Ombudsman ervoor om een oplossing te zoeken voor slachtoffers van intrafamiliaal geweld tegen de dader die op hetzelfde adres woont en de gerechtelijke stappen niet gedekt zijn door de rechtsbijstandspolis. Immers worden vorderingen van een verzekerde tegen een andere in het contract verzekerde persoon in principe uitgesloten van dekking.

In juli 2025 nam Assuralia hierover een nieuw hoofdstuk intrafamiliaal geweld op in de gedragscode rechtsbijstand (.. Er werd overeengekomen om toch dekking te verlenen aan een verzekerde die slachtoffer is van fysiek geweld veroorzaakt door een andere verzekerde, zodra de dader strafrechtelijk vervolgd wordt. Voor minderjarige slachtoffers wordt dit zelfs uitgebreid naar elke vorm van kindermishandeling. De burgerlijke partijstelling ten aanzien van de dader is op die manier verzekerd, conform de contractuele bepalingen. Deze wijziging wordt met enthousiasme onthaald.

Op weg naar een aanpassing van de verzekeringen aan de verhoging van de pensioenleeftijd.

De Ombudsman bracht in het jaarverslag van 2024 (Jaarverslag 2024 Ombudsman van de Verzekeringen, . een aanbeveling uit rond de moeilijkheden op verzekeringsvlak door het optrekken van de pensioenleeftijd en dit vooral in de situaties dat de verzekering gewaarborgd inkomen of aanvullend pensioen niet verlengd kon worden door gezondheidsproblemen.

Deze problematiek werd voorgelegd aan de Commissie voor Verzekeringen, die recent een advies (Advies van de Commissie voor Verzekeringen, . uitbracht. Dit advies lijst de verschillende problematieken op met een aantal mogelijke pistes als oplossing. In het bijzonder werd geadviseerd om, wanneer de verzekering gewaarborgd inkomen niet kan worden verlengd, de opname van een voorschot van het aanvullend pensioen toe te laten teneinde het inkomensverlies gedeeltelijk op te vangen.

Het is nu afwachten hoe dit advies verder zal worden vertaald naar wetgeving.



BUDGET VAN DE OMBUDSDIENST VERZEKERINGEN

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

Zoals voorzien in artikel 11 van de statuten van de VZW (), wordt het budget voor de werkingskosten van de Ombudsdienst jaarlijks goedgekeurd door de Algemene Vergadering. Het bestuursorgaan bepaalt het bedrag en de verdeling van de bijdragen tussen de leden.

Het algemeen budget voor 2026 bedraagt 2.524.777 euro, dat is onderverdeeld in twee categorieën:

- Personeelskost: 2.134.718 euro
- Werkingskost: 390.059 euro

De jaarrekeningen worden jaarlijks goedgekeurd door de bedrijfsrevisor en worden, zoals voorzien door de wetgeving, bij de Nationale Bank van België neergelegd onder het ondernemingsnummer 0884.072.054 (

BEHANDELINGSTERMIJNEN

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

Op 28 februari 2026, had de Ombudsman 8.950 dossiers afgesloten van de 9.429 ontvangen dossiers. In 2025 was de gemiddelde doorlooptijd voor de behandeling van een dossier, dat verder werd onderzocht, 88 dagen. Deze termijn bedroeg 87 dagen voor dossiers tegenover verzekeringsondernemingen, 88 dagen voor dossiers tegenover verzekeringstussenpersonen en 99 dagen voor dossiers tegenover Datassur.

NETWERKEN

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

IN BELGIË

- POOL: www.ombudsman.be
- www.consumerconnect.be
- De Consumentenombudsdienst
North Gate II
Koning Albert II-laan 16
1000 Brussel
www.consumentenombudsdienst.be

IN EUROPA

- Onlinegeschillenbeslechting van de Europese Commissie: www.ec.europa.eu/odr
- FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network): ec.europa.eu/fin-net

In 2025 ontving de Ombudsman 14 vragen tot tussenkomst via het FIN-NET netwerk.

IN HET KORT

5 TOPICS IN DE KIJKER

1

COMMUNICEREN MET DE VERZEKERAAR IN HET DIGITALE TIJDPERK

Digitalisering en diversificatie van communicatiekanalen beïnvloeden steeds meer de relatie tussen de consument en zijn verzekeraar. De Ombudsman stelt echter vast dat deze communicatie niet altijd vlekkeloos verloopt: chatbots en geautomatiseerde platformen geven soms gestandaardiseerde antwoorden die onvoldoende afgestemd zijn op individuele situaties. Het ontbreken van een menselijke gesprekspartner en de moeilijke telefonische bereikbaarheid belemmeren bovendien de oplossing van complexere dossiers.

2

VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN: EEN VERGELIJKING(SITE) HEEFT NIET ALTIJD GELIJK

De prijsbewuste consument maakt steeds vaker gebruik van online vergelijkingssites om een verzekering te vinden. Sommige van deze vergelijkingssites verrichten in werkelijkheid activiteiten van verzekeringsdistributie en vallen dus onder de toepasselijke regels inzake verzekeringsdistributie. Vaak leiden ze de internetgebruiker naar een online onderschrijving bij partnerverzekeraars, doorgaans zonder fysieke tussenpersoon. Een grondige vergelijking van de verzekeringscontracten blijft evenwel onmisbaar.

3

UITDAGINGEN VOOR EEN BETAALBARE RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING

In 2025 noteerde de Ombudsman een stijging van 36 % van het aantal aanvragen in de rechtsbijstandsverzekering. Deze stijging vloeit voort uit een opeenstapeling van maatregelen: aanzienlijke premiestijgingen, de afschaffing van de fiscale aftrekbaarheid van bepaalde premies, strengere aanvaardingscriteria en de stijging van de erelonen van advocaten.

4

AUTODIEFSTAL, NIET ALTIJD VERGOED

Het aantal aanvragen bij de Ombudsman over de waarborg diefstal is in 2025 meer dan verdubbeld. Binnen deze groep nemen vooral de betwistingen over een weigering van tussenkomst toe. In deze onderzochte dossiers wordt regelmatig het niet naleven van preventieverplichtingen ingeroepen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij verlies van een autosleutel of indien een reservesleutel in het voertuig aanwezig was. Andere weigeringen zijn gebaseerd op een vermoeden van fraude, soms naar aanleiding van onjuiste verklaringen over de datum, het uur of de plaats van de diefstal.

5

GESCHILLEN IN DE BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERINGEN (BA)

De belangrijkste reden van ontevredenheid in deze verzekeringen is de weigering van tussenkomst, waarbij de betwisting dikwijls gaat over een toevertrouwd goed. Meestal sluiten verzekeringscontracten dekking uit voor schade aan goederen, die een verzekerde onder zijn bewaring heeft. Denk bijvoorbeeld aan een geleend werktuig van een buur of een geleende camera van een vriend. De Ombudsman ontvangt daarnaast regelmatig klachten van consumenten over een beschadigde openbare weg. De BA-verzekeraars van de overheid, die verantwoordelijk is voor de openbare weg, weigeren vaak tussen te komen omdat niet met zekerheid kan worden aangetoond dat de schade zich heeft voorgedaan op de aangegeven plaats.

ONZE AANBEVELINGEN

1

SAMEN ROND ÉÉN EXPERT: NAAR EEN SNELLER EN EFFICIËNTER BEHEER

De lange behandelingstermijnen van schadegevallen zijn grotendeels te wijten aan expertises, vooral wanneer verschillende verzekeraars elk hun eigen expert aanstellen. De technische vaststellingen zijn nochtans vaak vergelijkbaar. Het probleem stelt zich zowel in zaakverzekeringen, zoals in de brandverzekering, als in persoonsverzekeringen voor de vaststelling van lichamelijke schade.

De Ombudsman beveelt aan om een algemeen kader uit te werken om de efficiëntie van expertises te verhogen, onder meer door in bepaalde omstandigheden één enkele expert aan te stellen.

2

AANVULLENDE PENSIOENEN: VERHOOG DE RECHTSZEKERHEID BIJ HET VERTREK VAN DE WERKNEMER

Wanneer een aangeslotene zijn werkgever verlaat, ontvangt hij een document met de mogelijke opties voor zijn groepsverzekering. In bepaalde gevallen moet uitdrukkelijk worden gekozen voor het behoud van een overlijdensdekking. Wettelijk gezien volstaat het om de aangeslotene hierover via brief of via elektronische weg te contacteren. In de praktijk geven nabestaanden na een overlijden soms aan dat dit document nooit werd ontvangen. Hierdoor bleef een pensioenreserve behouden met een uitkering bij leven, maar zonder uitkering bij overlijden.

Met het oog op meer rechtszekerheid, beveelt de Ombudsman aan om, wanneer de aangeslotene niet reageert op het keuzedocument, een herinnering te versturen per aangetekende brief met ontvangstbewijs. Indien na deze bijkomende kennisgeving geen reactie volgt, is er tenminste een bewijs van communicatie met de, intussen overleden, aangeslotene. Zo kan de defaultoptie met enkel behoud van de pensioenreserve, zoals voorzien in de bestaande wetgeving, op een meer gerechtvaardigde wijze worden toegepast.



OMBUDSMAN
ASSURANCES
VERZEKERINGEN

JAARVERSLAG 2025

ADRES

de Meeûssquare 35
1000 Brussel

TELEFOON

02/547.58.71

CONTACT

info@ombudsman-insurance.be
www.ombudsman-insurance.be

TERUG NAAR BOVEN

DESIGN Trinome.be