



# RAPPORT ANNUEL

# 2025

OMBUDSMAN DES ASSURANCES

---

# CHIFFRES-CLÉS



Ce chapitre reprend les tendances générales de 2025 pour l'ensemble du secteur. On note une forte augmentation tant au niveau des demandes d'intervention qu'au niveau des dossiers analysés.

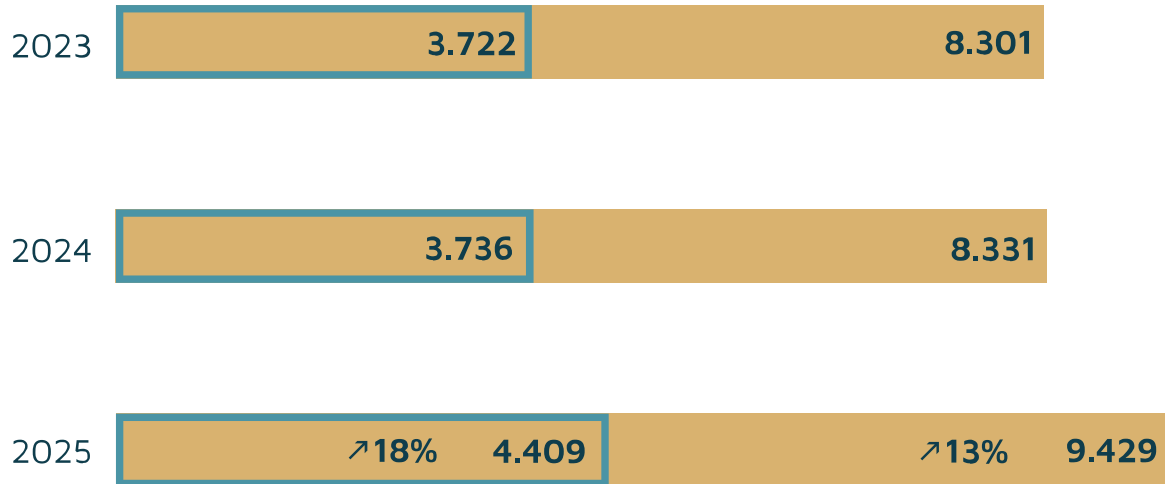
---

## CHIFFRES GLOBAUX

**9.429**

**DEMANDES D'INTERVENTION**

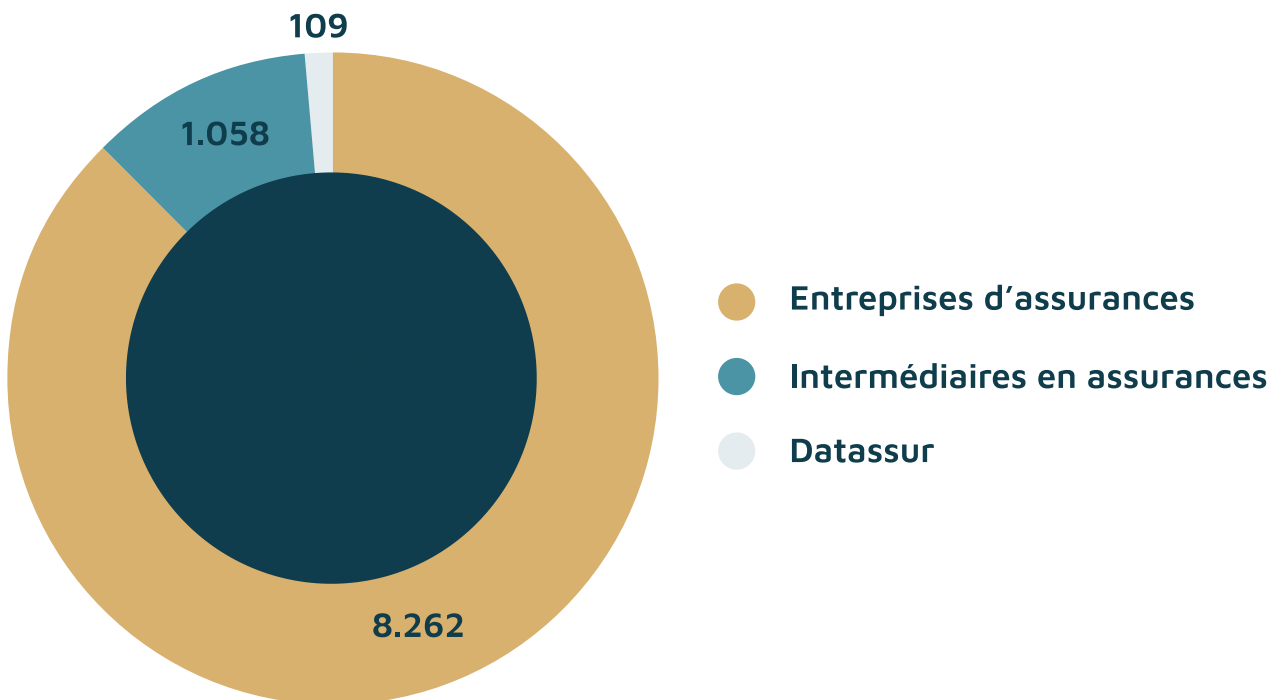
## ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



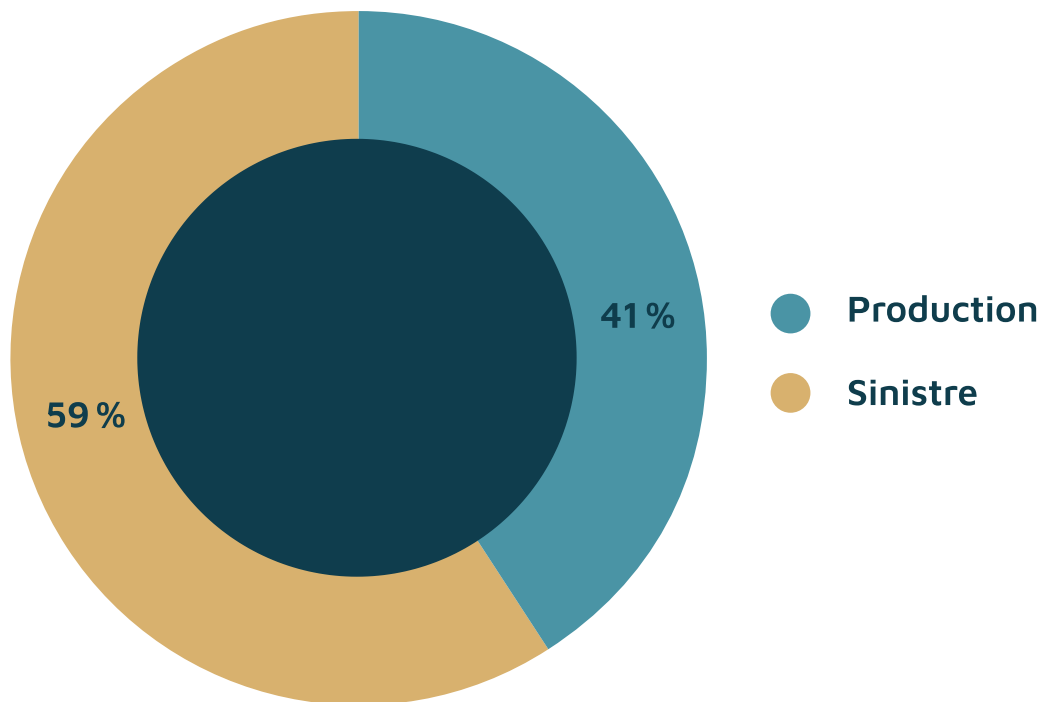
 Demandes analysées       Demandes d'intervention

Une augmentation générale de 13 %

## RÉPARTITION ENTRE LES ACTEURS DU SECTEUR (2025)

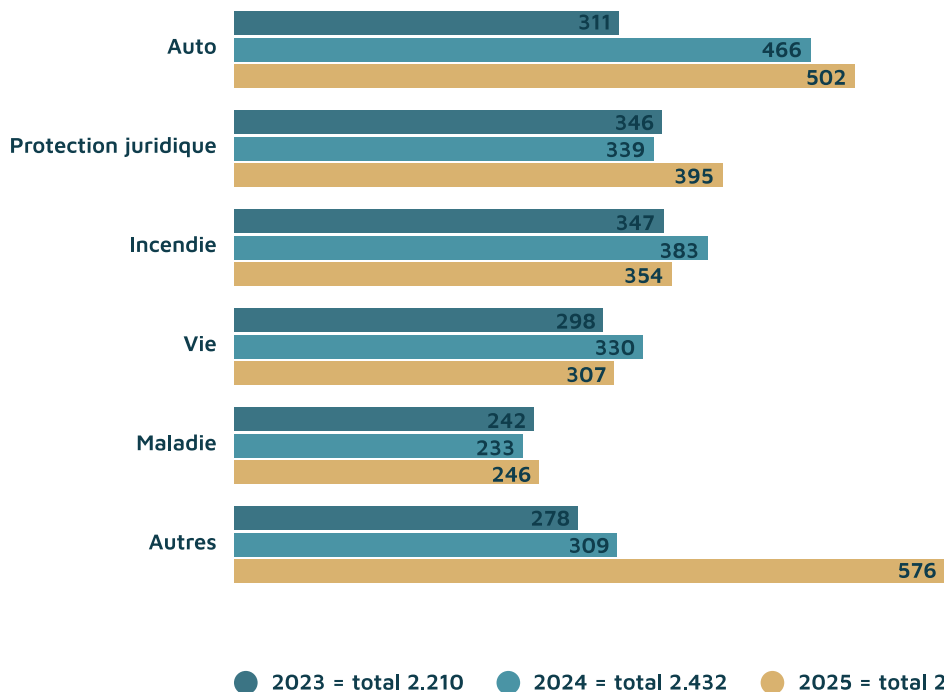


## TYPE DE DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



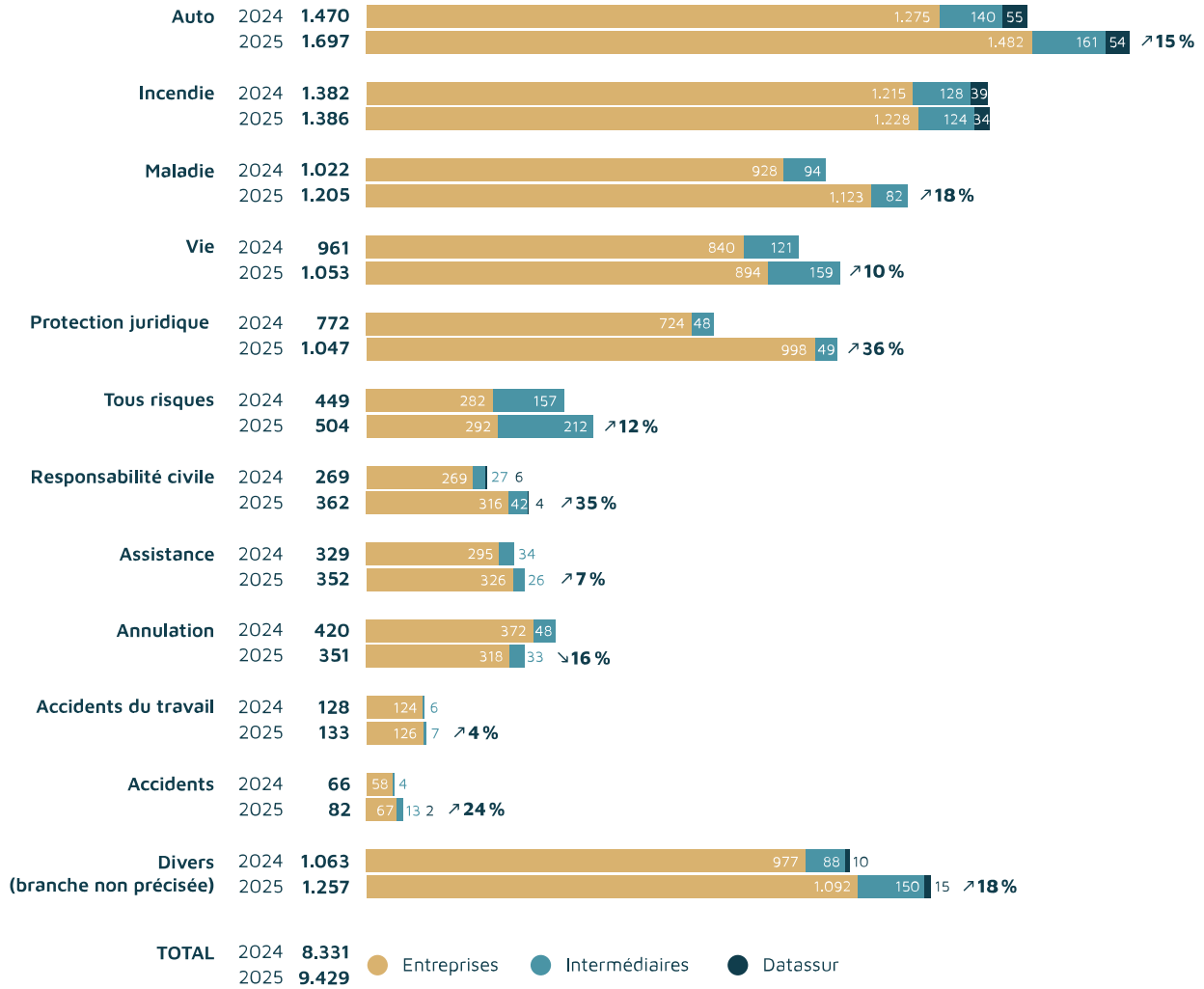
A nouveau, les demandes visant la gestion de sinistres sont plus nombreuses que celles relatives aux opérations de production.

## ACCESSIBILITÉ ET DÉLAIS

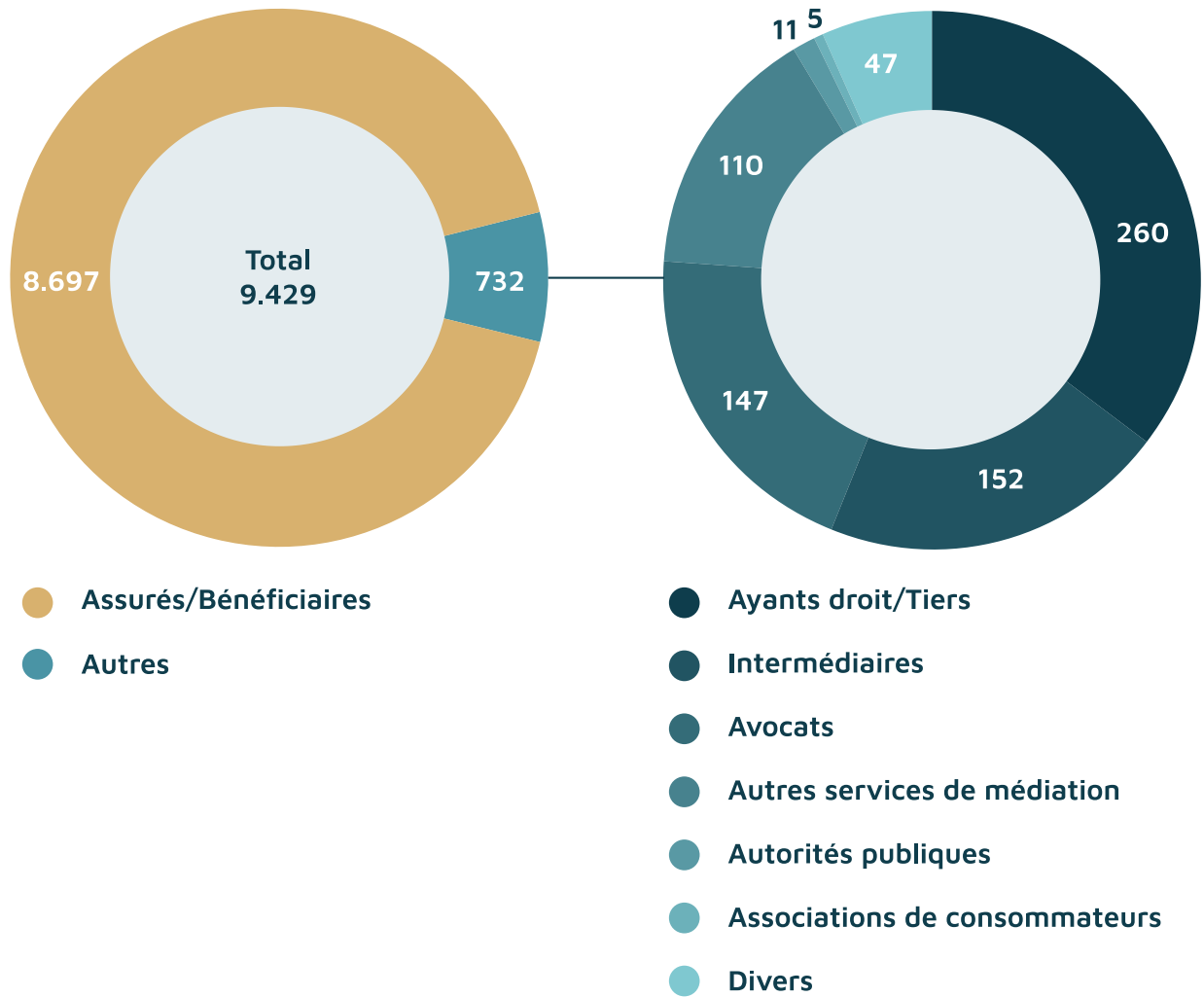


En 2025, l'Ombudsman constate une légère amélioration des délais de traitement et de l'accessibilité des entreprises d'assurances. Néanmoins, une plainte sur quatre concerne encore ce sujet. Ce chiffre atteint même presque une plainte sur trois dans les assurances annulation et assistance, ce qui explique le taux élevé dans la catégorie « autres ».

## RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE

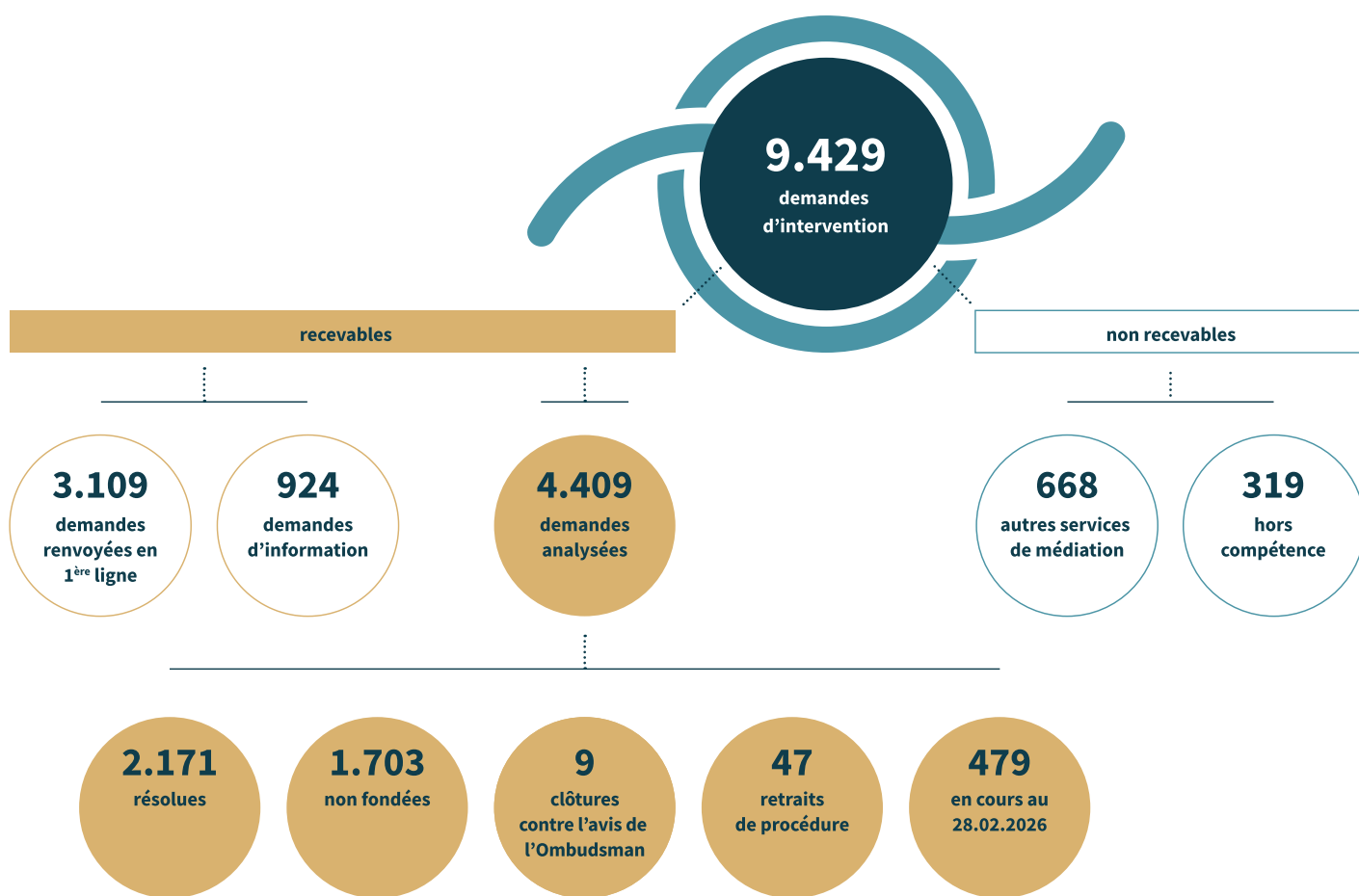


## PROVENANCE DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



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

## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



Sur les 9.429 demandes d'intervention enregistrées en 2025, l'Ombudsman en a analysé 4.409 dont 3.930 sont clôturées au 28 février 2026. **Dans 56 % des cas analysés, le consommateur a obtenu une solution.**

Dans 44 % des dossiers examinés, la demande n'est pas fondée. Une explication claire et précise est alors donnée au consommateur. 479 dossiers de 2025 (5 %) étaient encore en cours de négociation en date du 28 février 2026. L'Ombudsman a redirigé le consommateur, dans 3.109 cas (33 %), vers les services de plaintes des entreprises d'assurances ou des intermédiaires et, dans 668 cas, vers un autre service de médiation.

Le consommateur s'est adressé dans 924 dossiers (10 %) 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. 319 demandes (3 %) échappent à la compétence de l'Ombudsman. Finalement, seuls 9 dossiers (< 1 %) ont été clôturés contre l'avis de l'Ombudsman.

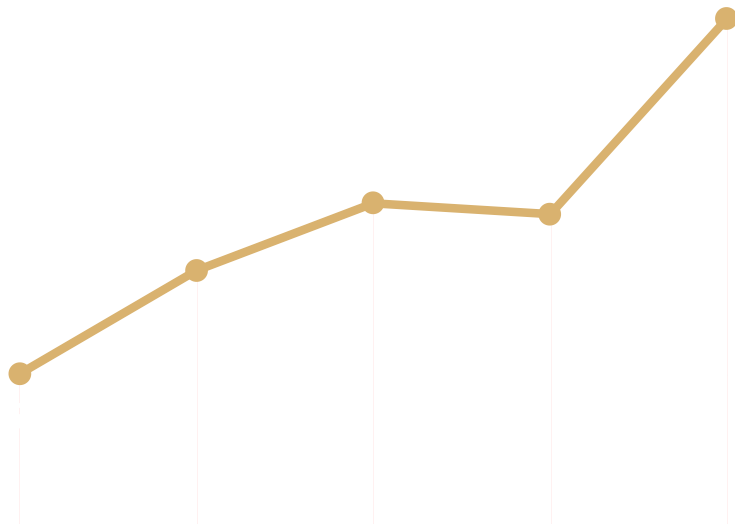
# ENTREPRISES D'ASSURANCES

**8.262**

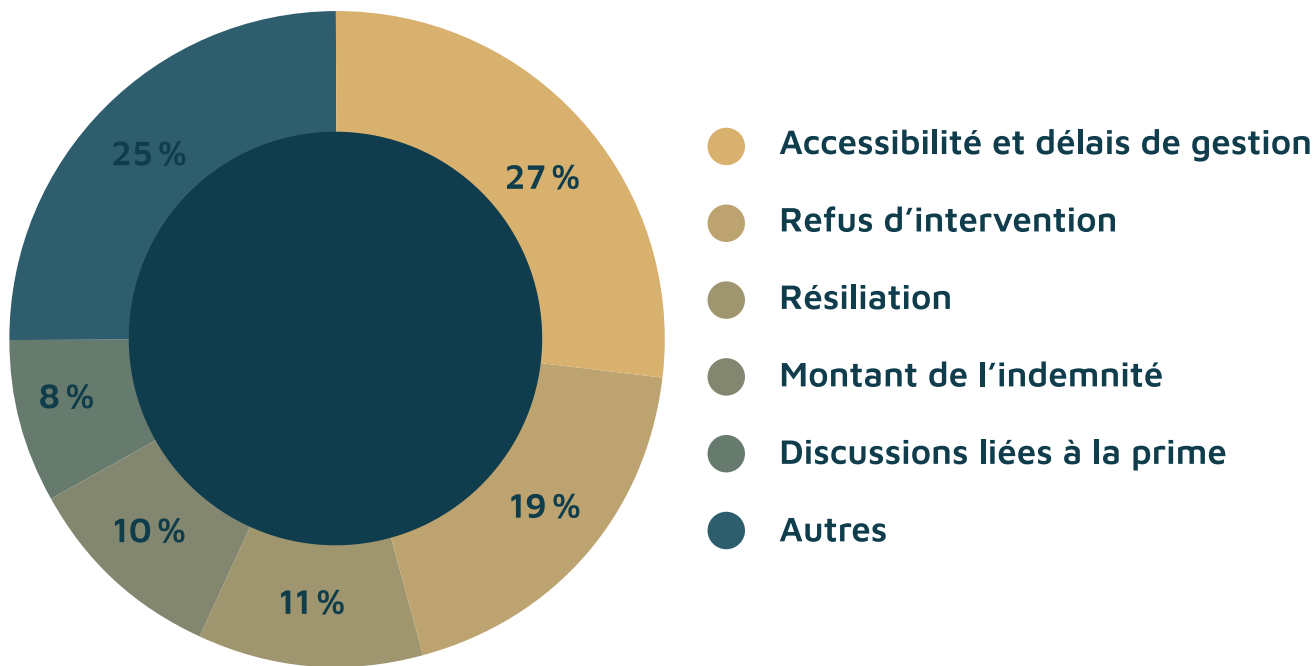
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 13 %**

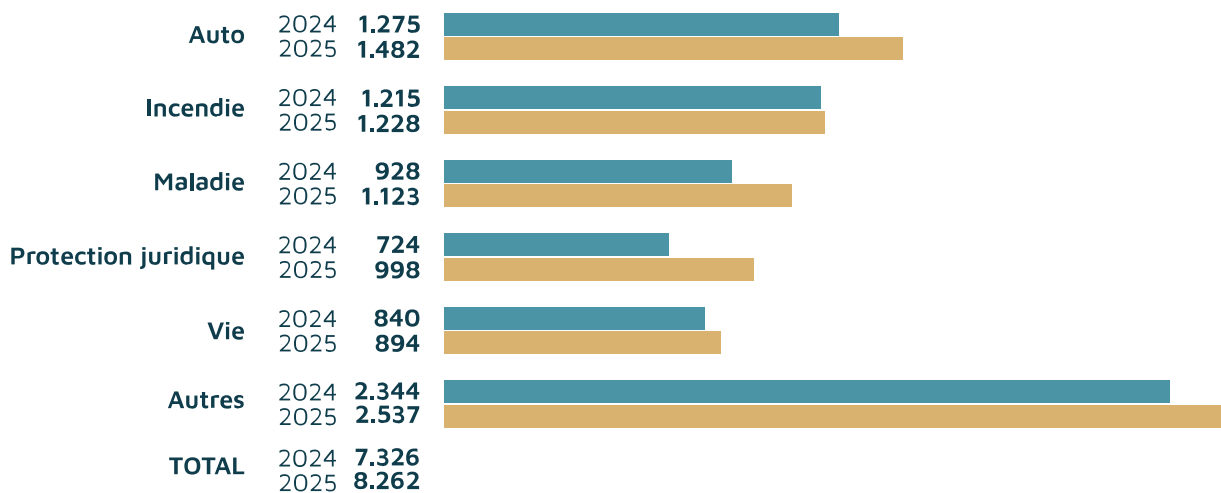
## ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



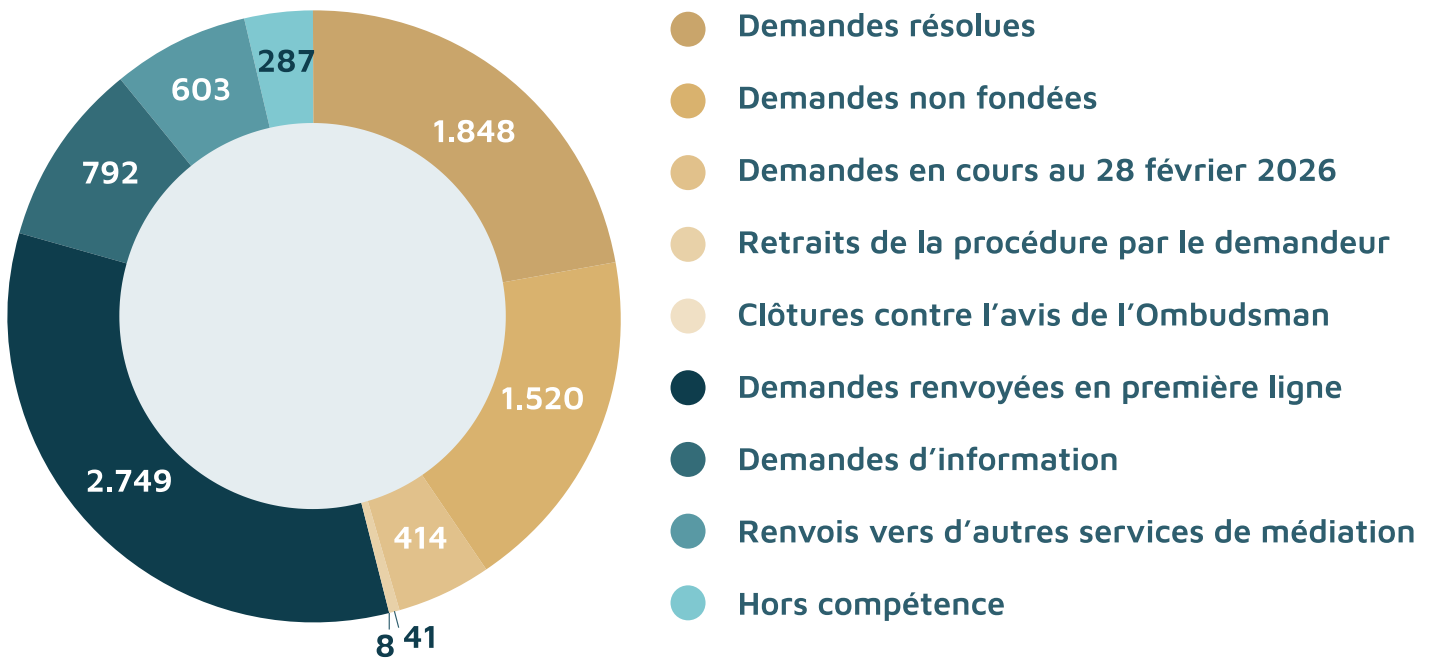
## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



## RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE



## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



3.368 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 28 février 2026. **Dans 55 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le demandeur vers la première ligne dans 2.749 dossiers (33 %).

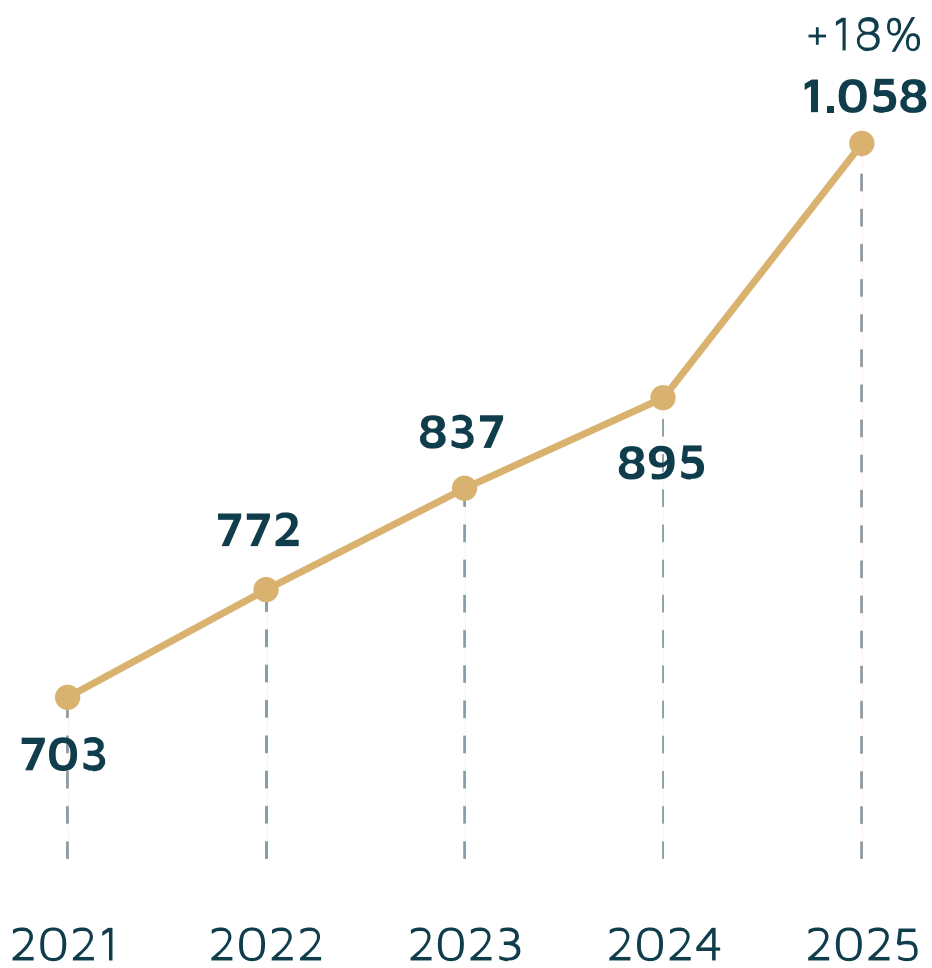
# INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

**1.058**

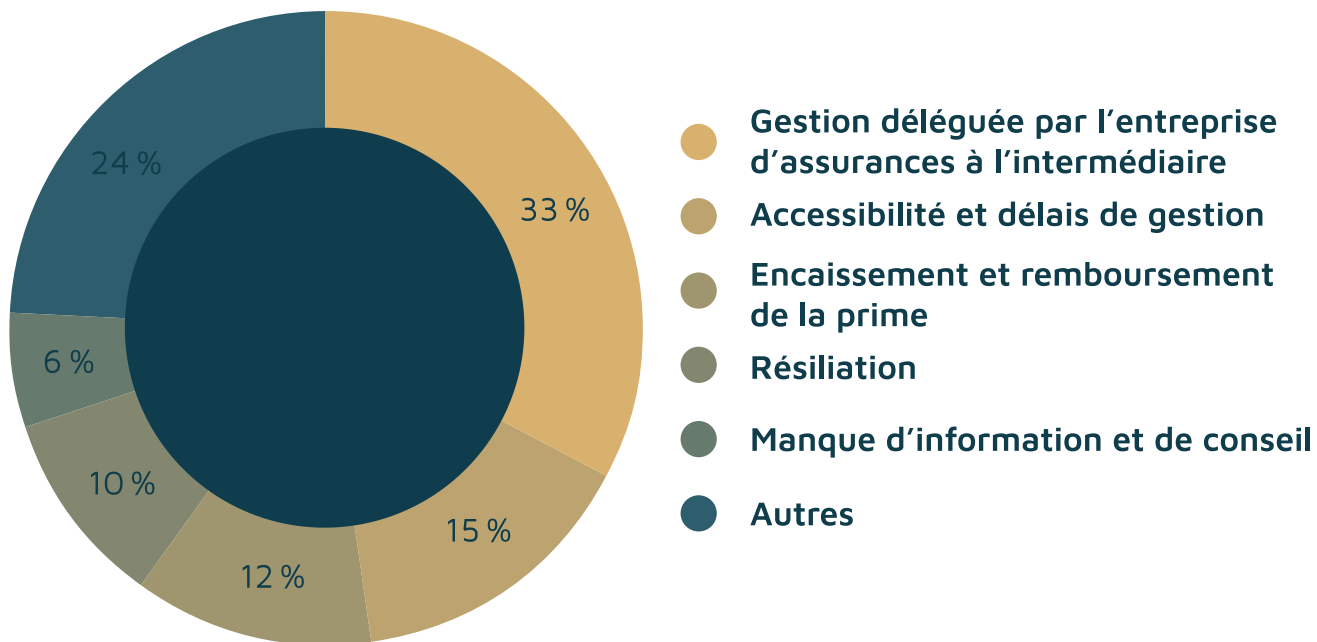
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 18 %**

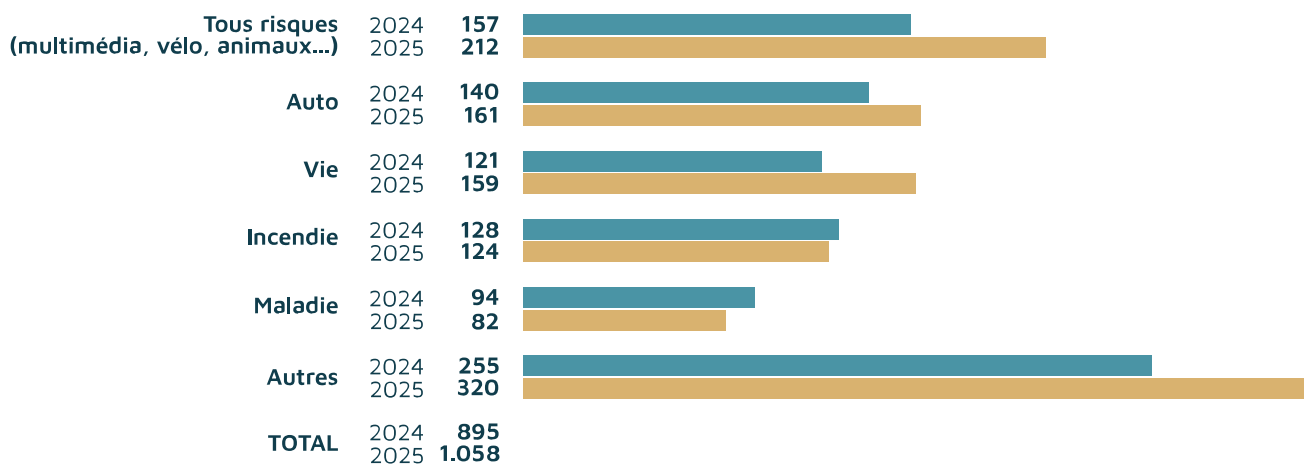
## ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



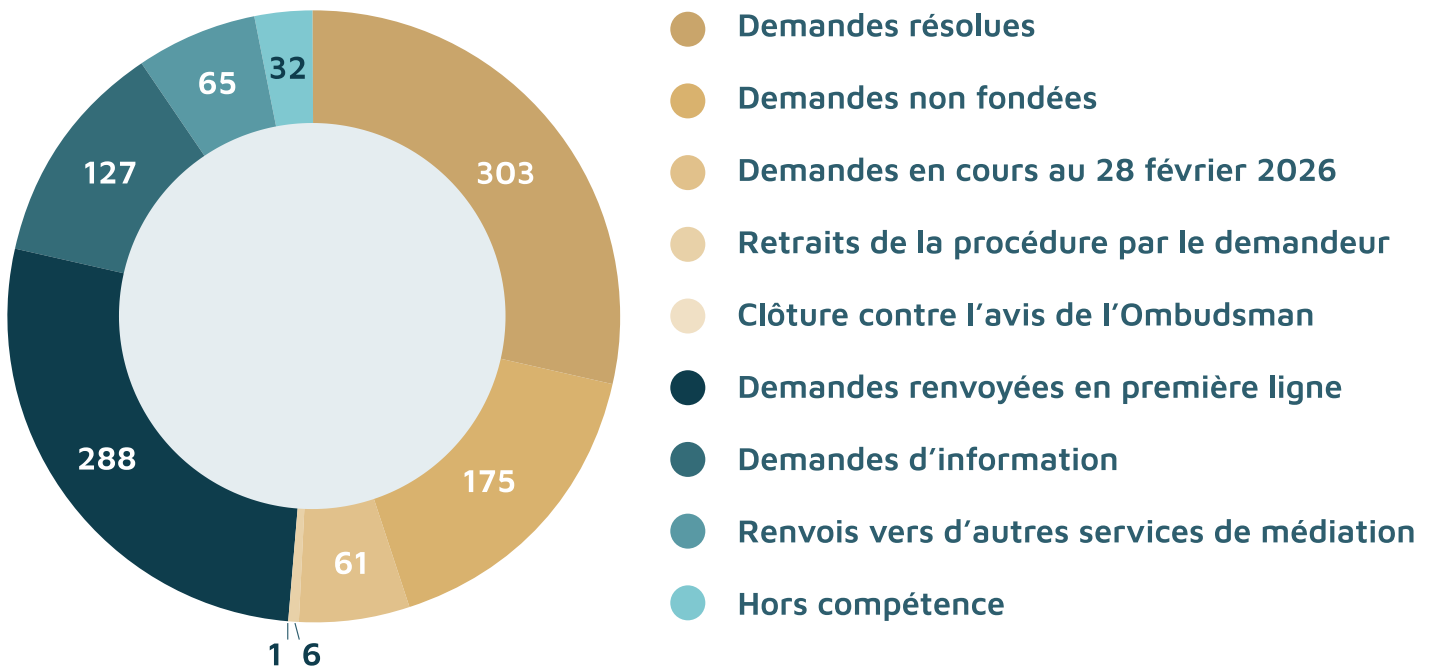
## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



## RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE



## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



478 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 28 février 2026. **Dans 63 % de ces cas, une solution a pu être apportée au consommateur.** L'Ombudsman a redirigé le consommateur vers la première ligne dans 27 % des dossiers.

# DATASSUR

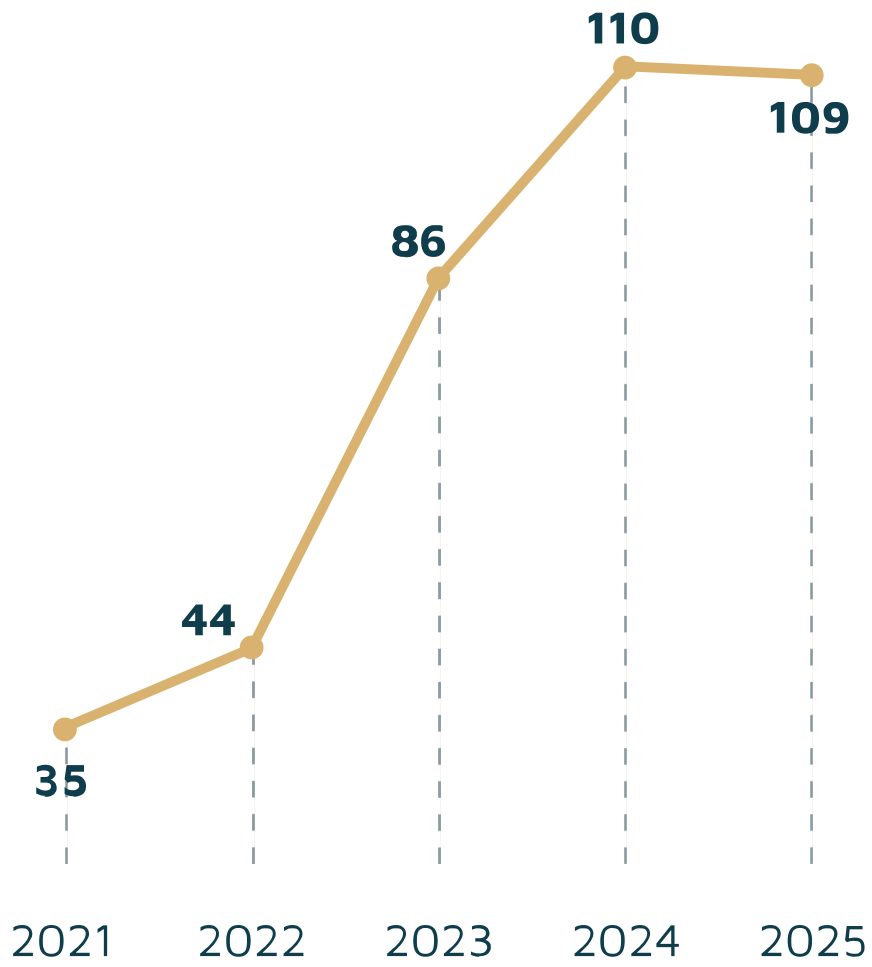
**109**

**DEMANDES D'INTERVENTION**

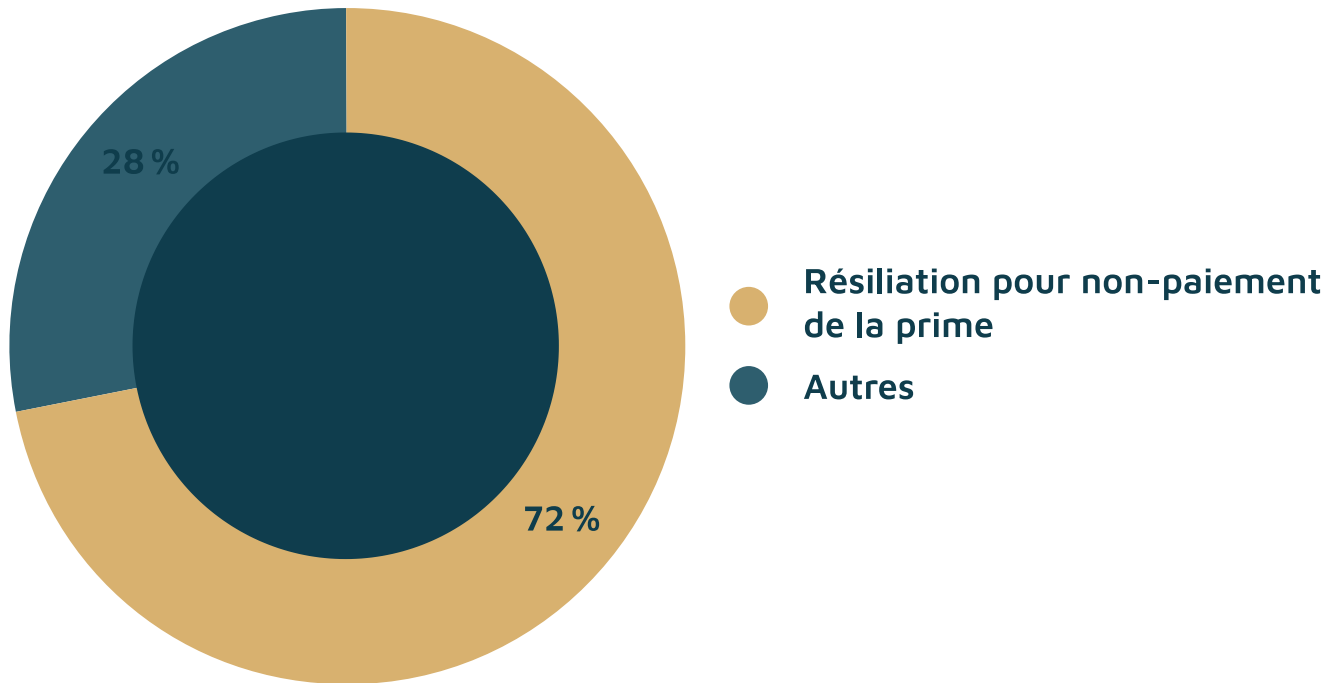
**Stabilité**

**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.**

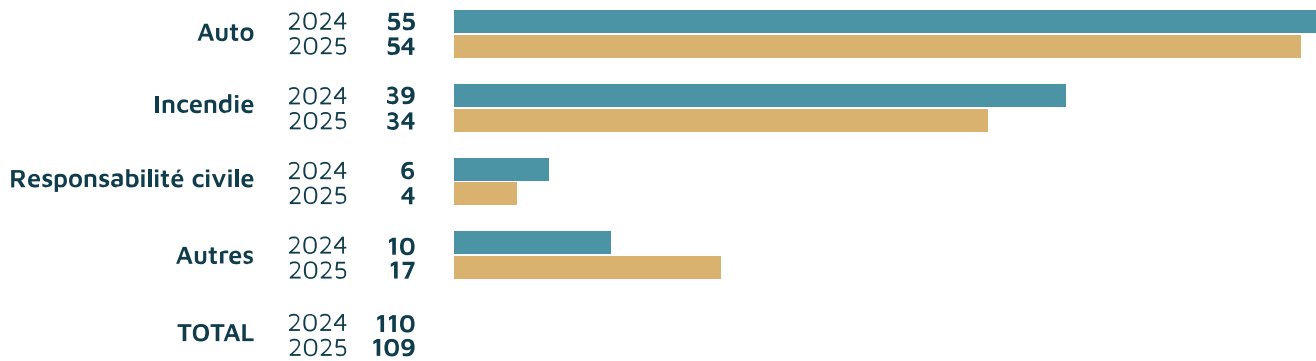
## ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INTERVENTION



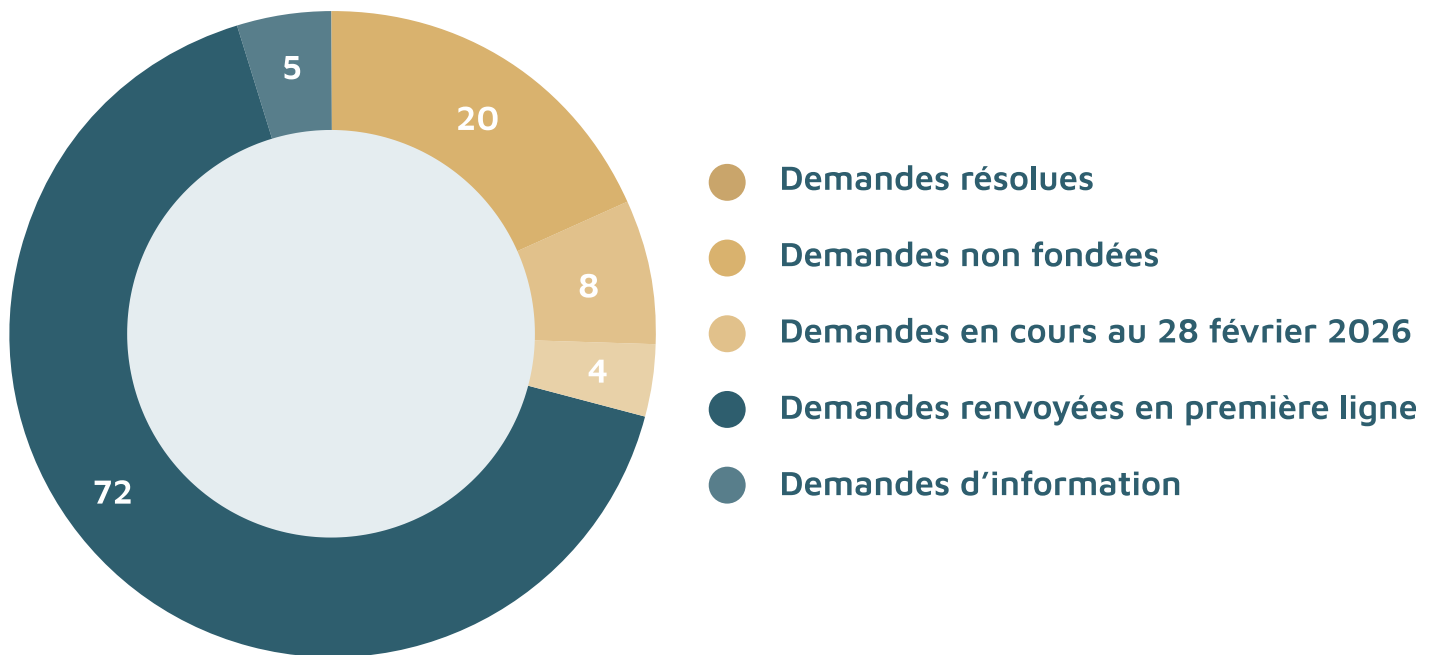
## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



## RÉPARTITION PAR BRANCHE D'ASSURANCE



## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION (2025)



Comme l'Ombudsman n'intervient qu'en degré d'appel, il a redirigé le demandeur vers Datassur en première ligne dans 66 % des cas.

28 dossiers ont été analysés et clôturés par l'Ombudsman en date du 28 février 2026. **Dans 20 cas (71 %), une solution a pu être apportée au consommateur.**

---

## ACTUALITÉS



---

### RÉINVENTER LE DIALOGUE AVEC SON ASSUREUR À L'ÈRE DU DIGITAL

#### Quand le chatbot se trompe ...

La relation consommateurs - assureurs est de plus en plus marquée par l'évolution digitale et la diversification des canaux de communication. Dans le monde actuel, la rapidité et la transparence sont devenues des attentes majeures.

L'Ombudsman constate que les consommateurs rencontrent fréquemment des obstacles lors de la prise de contact digitale avec leur assureur. L'utilisation généralisée de **chatbots** (agents conversationnels) et de **plateformes automatisées**, bien que conçue pour faciliter la gestion des demandes, peut se traduire par une expérience frustrante. Les réponses automatisées ne tiennent pas toujours compte de la singularité des dossiers. L'absence d'interlocuteur humain rend complexe la résolution de situations spécifiques ou la clarification de points contractuels.

EN SAVOIR PLUS

L'Ombudsman a par ailleurs connu ses premiers dossiers dans lesquels des chatbots fonctionnant avec l'intelligence artificielle (IA) ont communiqué des informations erronées aux consommateurs. Dans ces dossiers, les entreprises d'assurances ont assumé la responsabilité de leurs agents virtuels et une solution a pu être trouvée pour le consommateur. Cette situation risque de se présenter de plus en plus fréquemment, surtout si des fonctions décisionnelles sont attribuées à l'IA au niveau de la souscription en ligne, par exemple.

Certains assureurs ont aussi développé une **application (App)** ou un **outil digital** permettant à l'assuré de consulter son **dossier personnel** ou son contrat en ligne. Bien que cet outil soit utile et couramment utilisé par de nombreux consommateurs, il ne reprend pas toujours toutes les conditions du contrat effectivement souscrit par le consommateur. L'attention du consommateur devrait être attirée sur le fait que seules certaines informations y sont reprises et que des limites ou exclusions peuvent être prévues, en plus, dans le contrat en renvoyant vers les documents concernés ou via des liens spécifiques. On peut espérer qu'à l'avenir ce genre d'applications puisse reprendre des données complètes, correctes et facilement consultables.

Par ailleurs, lorsqu'un assureur décide de résilier un contrat d'assurance et adresse un courrier recommandé au preneur d'assurance afin de l'en informer, celui-ci ne retrouvera pas nécessairement de notification de ce renon dans son espace digital personnel.

Notons que la loi

du 10 mai 2018 a introduit la possibilité pour le preneur d'assurance de **résilier son contrat d'assurance via un environnement numérique** mis à sa disposition par l'assureur. La résiliation doit, dans ce cas, être signée au moyen d'une signature électronique. Les assureurs ne sont actuellement pas tenus de prévoir un tel environnement numérique, il s'agit d'une faculté pour eux.

Il ne faut pas non plus perdre de vue la fracture numérique

www.imec.be , une partie substantielle de la population n'ayant pas accès à l'environnement digital.

### ... et que le téléphone génère de la confusion

Contacté la compagnie d'assurances par téléphone demeure un canal privilégié mais s'avère également source de difficultés notables. Les temps d'attente prolongés, la navigation dans les menus de sélection et la multiplicité des transferts peuvent décourager les consommateurs.

L'annonce de l'**enregistrement des conversations** génère une promesse de sécurité, qui ne correspond pas toujours à la réalité. Cela est d'autant plus vrai dans la mesure où c'est l'assureur qui détermine quelles conversations sont enregistrées et pour quel délai. Quand l'enregistrement recherché dans le cadre d'un litige n'est pas ou plus disponible, cela peut donner l'impression que des preuves sont retenues ou détruites par l'entreprise d'assurances.

La fiabilité des informations communiquées oralement reste aussi sujette à caution, notamment lorsqu'aucun support écrit ne vient confirmer les engagements pris lors de l'appel.

Plusieurs cas examinés par l'Ombudsman illustrent les conséquences regrettables d'informations erronées ou imprécises données au téléphone par les professionnels de l'assurance, comme des erreurs dans la couverture et l'étendue des garanties, au niveau des montants de franchise ou des démarches à effectuer dans le cadre d'un sinistre.

### **La communication, le défi d'hier et de demain !**

Face à ces constats, il apparaît essentiel que les acteurs du secteur de l'assurance renforcent la qualité de leurs canaux de communication, tant digitaux que téléphoniques. La mise en place de procédures garantissant la traçabilité et l'exactitude des informations échangées mais aussi la durée de conservation de ces échanges est indispensable. Enfin, la digitalisation ne peut se faire au détriment d'un contact humain lorsque cela s'avère nécessaire.

## LA FRAUDE À L'ASSURANCE, IL FAUT ABORDER LE SUJET QUI FÂCHE

Les demandes adressées à l'Ombudsman concernent régulièrement des personnes s'estimant accusées à tort de fraude, des assureurs méfiants et des inspecteurs dépassant parfois leur mission. Certaines personnes essaient également d'utiliser la procédure auprès de l'Ombudsman pour accéder à des informations sensibles comme des éléments relatifs à la fraude détenus par l'assureur.

La fraude à l'assurance est un fléau pour le secteur ([www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)) et pour la société dans son ensemble. Elle entraîne des pertes financières pour les assureurs, augmente les primes pour tous et réduit la confiance dans le système d'assurance. Les actions contre la fraude, telles que les inspections et poursuites, génèrent aussi des coûts collectifs.

**La loi prévoit diverses dispositions** concernant la fraude à l'assurance, comme les articles (Entre autres art. 59 et 76 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014. sur la souscription du contrat d'assurance et la déclaration d'un sinistre. Des clauses spécifiques sont également présentes dans les contrats d'assurance. Ces règles définissent ce qui est considéré comme fraude et quelles sanctions peuvent être appliquées. Cependant, la pratique montre que l'application de ces dispositions n'est pas toujours uniforme. Certains assureurs suivent des procédures strictes, tandis que d'autres laissent plus de place à la nuance.

Il y a aussi souvent débat sur ce qui constitue une **preuve suffisante** en cas de suspicion de fraude. Les cas douteux nécessitent une démarche nuancée : des suspicions subjectives ne doivent pas conduire à des sanctions disproportionnées. Il est essentiel que consommateurs et assureurs bénéficient d'une procédure transparente, fondée sur les faits et non sur des suppositions.

Un consommateur qui déclare un incendie domestique peut être confronté à des questions et des contrôles supplémentaires, même en l'absence de signes concrets de fraude. Dans certains cas, l'Ombudsman constate que l'assureur a pris position sans disposer d'un dossier complet. Dans d'autres situations, le consommateur présente deux fois la même preuve pour deux vols distincts. Ces exemples montrent la complexité des dossiers fraude où un manque d'objectivité et de vigilance peut conduire à des situations injustes.

Par ailleurs, la nouvelle loi sur les recherches privées (Loi du 18 mai 2024 réglementant la recherche privée, M.B. 6 décembre 2024. donne un cadre plus strict aux enquêtes menées par les inspecteurs.

Lorsque la fraude est avérée, il faut suivre une procédure adéquate et **signaler les faits aux autorités compétentes**. Une preuve objective et le respect des droits de toutes les parties sont essentiels. Il va de soi que dans le cadre d'une fraude établie, l'assureur a le droit de récupérer les coûts que l'investigation a engendrés. Ces frais doivent rester raisonnables et justifiables.

La lutte contre la fraude à l'assurance demeure un défi pour le secteur. L'Ombudsman continue à œuvrer pour un traitement juste et équilibré de toutes les parties, en veillant aux intérêts des consommateurs comme des assureurs.

## INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES

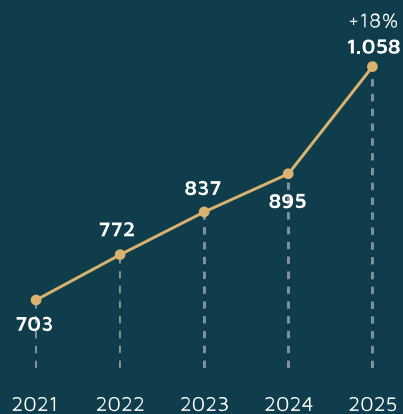


L'Ombudsman est également compétent pour examiner les demandes vis-à-vis des courtiers, agents et intermédiaires à titre accessoire.

# 1.058

DEMANDES D'INTERVENTION

Augmentation de 18 %



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

**Les demandes à l'encontre des intermédiaires ont augmenté de 18 %. Cela s'explique entre autres par de nombreux dossiers liés à la garantie branche 26 (+ 71 %), qui est régulièrement utilisée dans le cadre d'une garantie locative. Ces consommateurs sont mécontents parce que la libération de leur garantie locative tarde et car l'intermédiaire concerné n'est pas facilement joignable.**

## BIEN CONSEILLER, BIEN COMMUNIQUER

Un **manque de communication** joue presque toujours un rôle dans une réclamation contre un intermédiaire. En production, les besoins et exigences du client n'ont pas été suffisamment évalués durant la phase précontractuelle, comme l'exige pourtant la loi (Art. 284 §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014..

Concernant les sinistres, le consommateur se plaint de ne pas être suffisamment informé de l'évolution de son dossier. Une communication régulière sur l'état d'avancement pourrait éviter ce type d'interrogations.

En 2025, deux situations illustrant l'importance du rôle de l'intermédiaire ont retenu l'attention de l'Ombudsman.

### EN SAVOIR PLUS

#### **Double assurance et résiliation**

11 % des demandes vis-à-vis des intermédiaires concernent toujours la résiliation ou la double assurance. L'intermédiaire omet parfois d'effectuer la résiliation d'un ancien contrat alors qu'un nouveau contrat est déjà en cours.

En ce qui concerne spécifiquement l'**assurance solde restant dû**, le consommateur n'est pas conscient que sa police ne s'arrête pas toujours automatiquement en cas de remboursement anticipé de son crédit. Il peut ainsi arriver qu'une nouvelle assurance soit souscrite alors que l'ancienne est toujours en vigueur.

Lors du remboursement ou d'une modification du crédit, l'intermédiaire averti doit informer son client quant aux options qui s'offrent à lui et lui demander s'il souhaite stopper le contrat d'assurance solde restant dû ou le laisser en cours. Ceci est un point particulièrement important pour les intermédiaires qui ont aussi un statut d'intermédiaire bancaire et qui disposent directement de l'information du rachat de l'emprunt hypothécaire.

La modification de la situation familiale, comme une séparation ou un changement d'adresse, entraîne également des conséquences en termes d'assurance. L'intermédiaire doit également y être attentif.

#### **Assurance vol : l'importance du conseil précontractuel et d'une check-list**

Les dossiers concernant la garantie vol en assurance habitation vis-à-vis des intermédiaires ont augmenté en 2025.

L'Ombudsman constate que le consommateur est encore trop souvent insuffisamment informé des limitations, exclusions ou conditions de son contrat. Ce n'est qu'en cas de sinistre que l'assuré y est confronté. Il découvre alors, par exemple, que certaines garanties optionnelles ne lui ont pas été proposées comme l'assurance distincte de bijoux de valeur. Il constate également l'existence d'exigences spécifiques en matière de prévention comme un système d'alarme ou l'obligation de fermer à clé la porte d'une chambre en cas de location de celle-ci dans une habitation.

Le conseil et l'analyse de l'intermédiaire sont d'une importance capitale lors de la souscription du contrat pour valablement assurer le risque spécifique du consommateur. Malheureusement, les documents d'analyse de besoins sont encore trop souvent remplis de manière incomplète. La rubrique prévue pour la description du risque à assurer et l'indication des exigences spécifiques reste fréquemment vide, alors qu'elle pourrait être particulièrement utile.

Par ailleurs, l'Ombudsman plaide pour que l'intermédiaire **passe également en revue**, au moment de la souscription du contrat, certaines exclusions fréquentes et insiste sur les obligations de prévention afin d'éviter toute mauvaise surprise lors d'un sinistre.

---

## (SITE DE) COMPARAISON N'EST PAS TOUJOURS RAISON

Le consommateur soucieux du prix recourt de plus en plus à des sites internet de comparaison afin de trouver une assurance.

Certains de ces sites comparateurs exercent en réalité des **activités de distribution d'assurances** et devraient, dès lors, relever de la législation en la matière. Cette appréciation doit se faire au cas par cas. La FSMA explique de manière détaillée les points d'attention pour reconnaître un site ( [ici](#) ) de comparaison comme site de distribution d'assurances.

Plusieurs sites dirigent le consommateur vers une souscription en ligne et constituent dans ce cas un canal de distribution d'assurances. Le renvoi ne se fait que vers les assureurs ayant adhéré à ces sites, souvent des entreprises d'assurances travaillant sans intermédiaire physique.

De plus, le consommateur doit être particulièrement attentif pour **éviter des erreurs de souscription**. Par exemple, l'Ombudsman a constaté que la simulation sur les sites de comparaison pour l'assurance auto est parfois calculée sur une base kilométrique différente de celle reprise ensuite sur le site de l'assureur choisi. En assurance incendie, il est crucial de compléter correctement la grille d'évaluation visant à supprimer la règle proportionnelle. Sans l'assistance d'un conseiller en assurances, cela n'est pas toujours évident.

De réels sites comparateurs peuvent cependant constituer une bonne source d'information pour le consommateur. La FSMA (Wikifin) a elle-même développé un outil de comparaison ( [ici](#) ) pour les assurances RC vie privée. Une comparaison approfondie entre les différents contrats d'assurances est indispensable. Un détail apparemment mineur peut en effet avoir un impact important et inattendu. La prudence reste de mise.

---

## DEMANDES PAR BRANCHE D'ASSURANCE



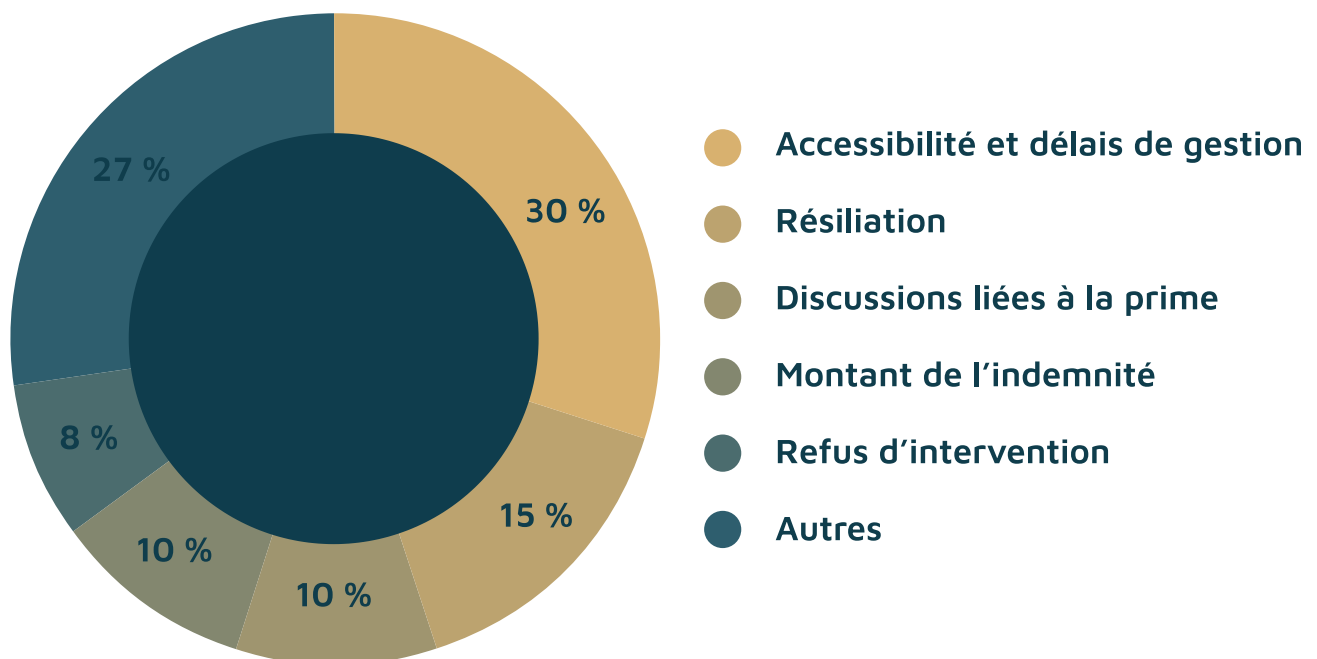
# ASSURANCE AUTO

**1.697**

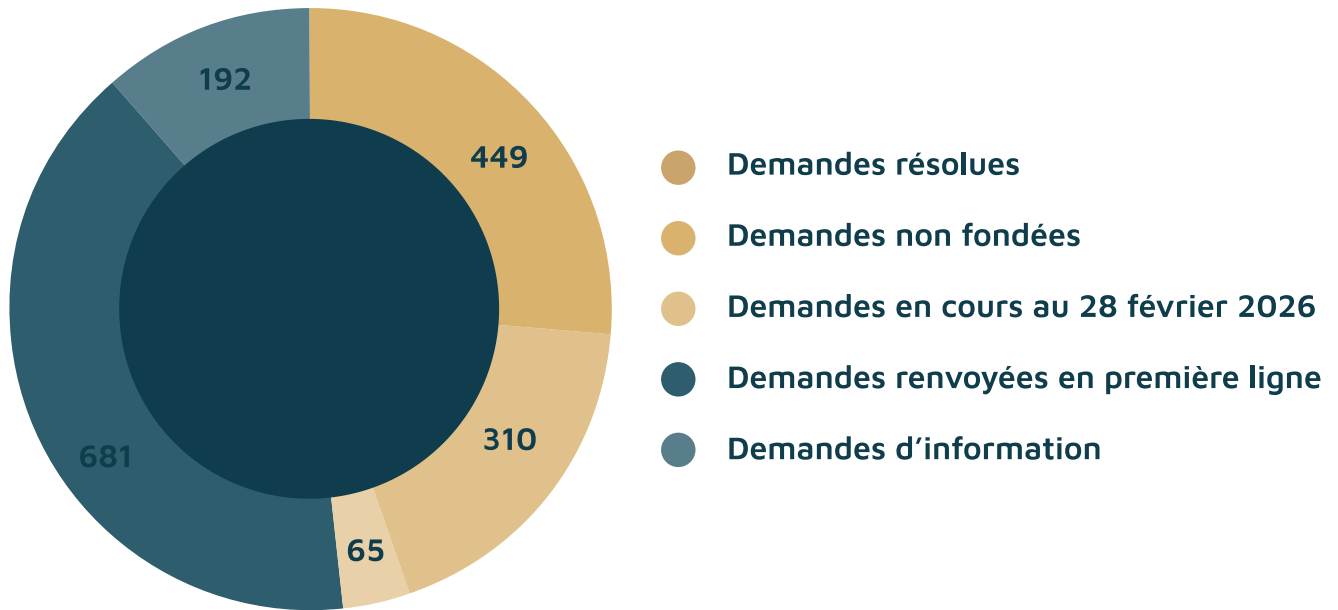
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 15 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION

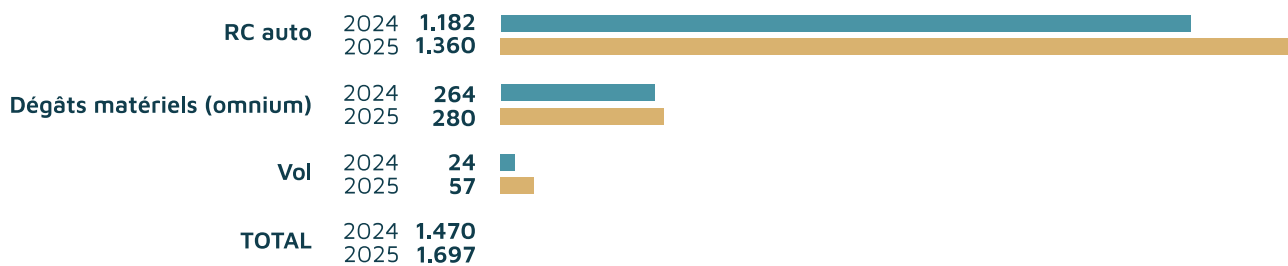


## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 59 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

## RÉPARTITION ASSURANCE AUTO



## PLEINS PHARES SUR LES PRIMES D'ASSURANCE AUTO !

### CAS VÉCU

#### M.P., Chaudfontaine

*J'avais une police d'assurance auto au kilomètre, pour laquelle j'ai fait une demande de résiliation en date du 12.12.24, suite à la vente de mon véhicule et à la radiation de l'immatriculation. L'assurance contractée était valable du 24.06.24 au 23.06.25.*

*En date du 17.12.24, je reçois une confirmation par mail que le contrat a bien été résilié, avec le décompte des kilomètres parcourus. Ils ont effectué un décompte intermédiaire sur la base du dernier kilométrage et du nombre de kilomètres estimé. J'ai réellement parcouru 2946 km, alors que le nombre de kilomètres estimés au départ du contrat était de 2724 km/an. J'ai donc dépassé effectivement de 222 km. Or, ils me font payer des kilomètres au prorata de la période écoulée, soit 1662 km estimés.*

Les demandes d'intervention reçues à propos de la prime en assurance auto sont en forte augmentation en 2025 (+ 50 %). Elles portent sur le calcul de la prime, l'adaptation de son montant, l'encaissement et l'éventuel remboursement.

L'Ombudsman constate que, dans ces dossiers, les consommateurs regardent essentiellement le montant de la prime et souhaitent davantage en comprendre le **mode de calcul**, notamment pour une **assurance basée sur le kilométrage**. Dans cette formule d'assurance, la méthode de calcul utilisée par l'assureur pour déterminer les primes échues lors d'une résiliation en cours d'année n'est pas toujours clairement précisée dans les conditions générales. Cela peut amener un consommateur à devoir payer un supplément alors qu'il s'attendait à recevoir un remboursement. La plupart de ces dossiers ont pu être solutionnés. Par ailleurs, les assureurs concernés réexaminent la formulation de leurs conditions générales.

Les assurés peuvent aussi être étonnés de l'**augmentation** de la prime la deuxième année du contrat, hausse qui s'explique par le fait que la réduction commerciale initiale a pris fin.

Le paiement de la prime par **domiciliation** bancaire peut encore (Voir Rapport annuel 2021 Ombudsman des Assurances, . entrainer des soucis, notamment lors d'un paiement fractionné de la prime si une prime périodique n'a pas pu être prélevée ou reste impayée.

En cas de non-paiement de la prime, la compagnie d'assurances peut **suspendre les garanties** avant de résilier le contrat. Une certaine procédure (Art. 70 et s. de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014, doit être respectée. L'assureur ne doit alors en principe plus garantir les sinistres mais les primes restent dues. Certains assureurs laissent cette situation de suspension se prolonger durant de nombreux mois avant de résilier le contrat et de réclamer l'ensemble des primes échues (Art. 72 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014, prévoit un délai maximal de deux années..

Enfin, d'autres problèmes peuvent concerner la **communication**, notamment lors d'un déménagement, de modifications de contrat demandées mais non effectuées, de discussions sur le degré bonus-malus, de demandes de remboursement de primes portant sur une période déjà écoulée ou encore de l'usage d'une adresse électronique erronée.

---

## VOITURE VOLÉE MAIS PAS TOUJOURS REMBOURSÉE

En 2025, l'Ombudsman constate une nette augmentation des réclamations concernant la couverture des vols. Elles ont plus que doublé. Parmi celles-ci, les contestations de refus d'intervention sont en hausse et représentent quasi la moitié des dossiers.

Dans de nombreux dossiers analysés, les assureurs refusent leur garantie car les **mesures de prévention** imposées par le contrat n'ont pas été respectées. Par exemple lorsque la clé du véhicule était perdue ou qu'un double était présent dans la boîte à gants.

D'autres refus sont basés sur la **suspicion de fraude** lors de la souscription du contrat ou lors du sinistre. En principe, la preuve est limitée à la vraisemblance du vol (R. Vanbergen, « Le soupçon en assurance vol », *L'Assurance au présent*, novembre 2025, p. 1-6.. Cependant en cas de suspicion de fraude, la réalité du vol doit être prouvée par l'assuré de manière plus précise. Les erreurs sur la date et même l'heure du vol ainsi que sur le lieu peuvent mener à une suspicion de fraude et donc au refus de l'assureur.

Les entreprises d'assurances invoquent également des **omissions intentionnelles** lors de la souscription du contrat pour refuser de couvrir le vol du véhicule. Une fausse déclaration intentionnelle concernant le conducteur habituel ou le nombre de sinistres passés peut entraîner des discussions sur la nullité du contrat d'assurance auto dans son ensemble (Art. 66 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014. et donc aussi de la garantie de vol.

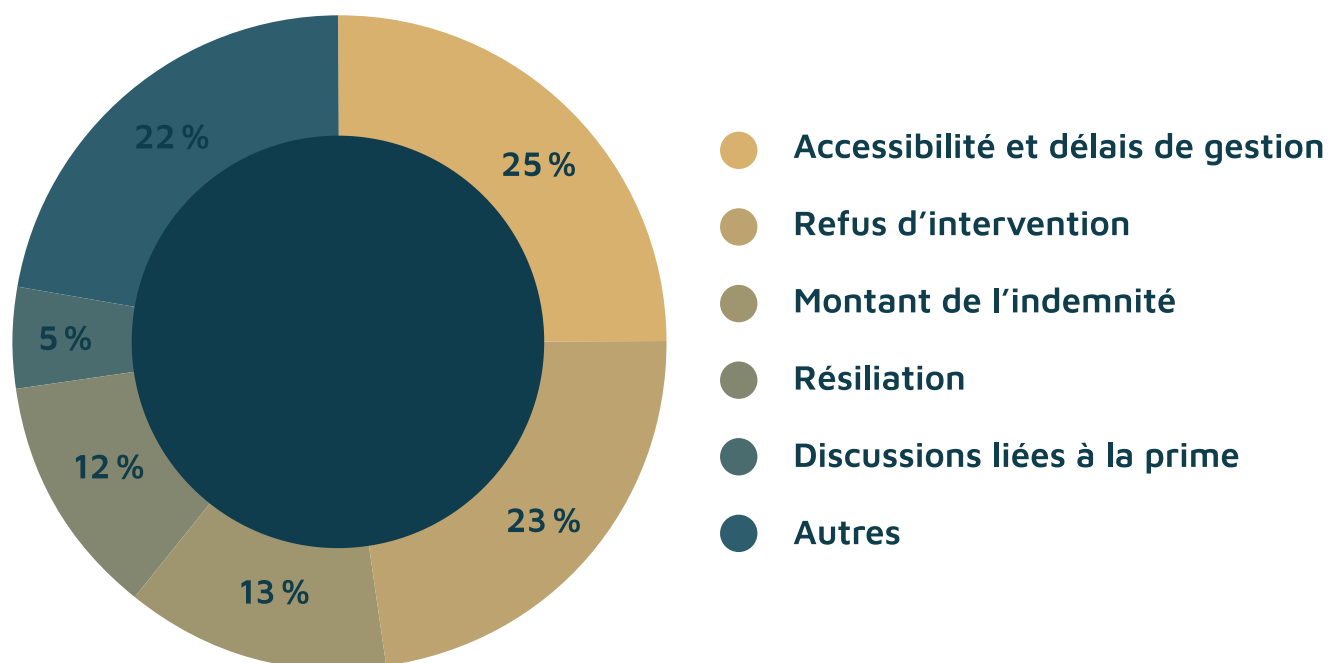
# ASSURANCE INCENDIE

1.386

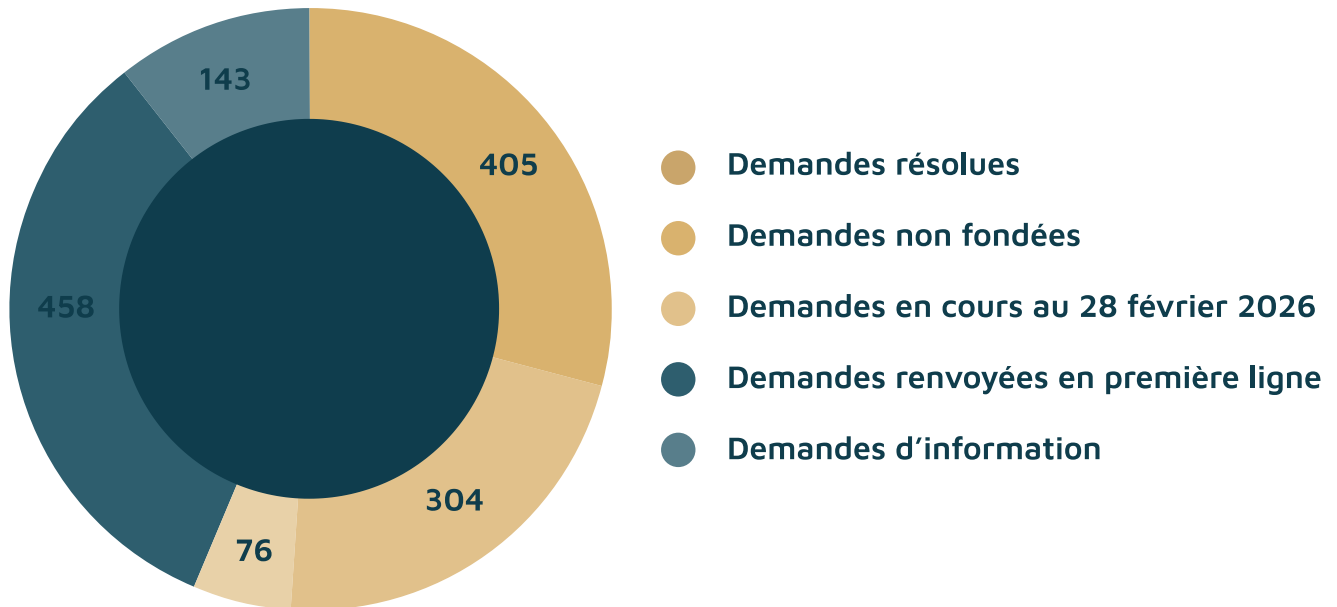
DEMANDES D'INTERVENTION

Stabilité

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION

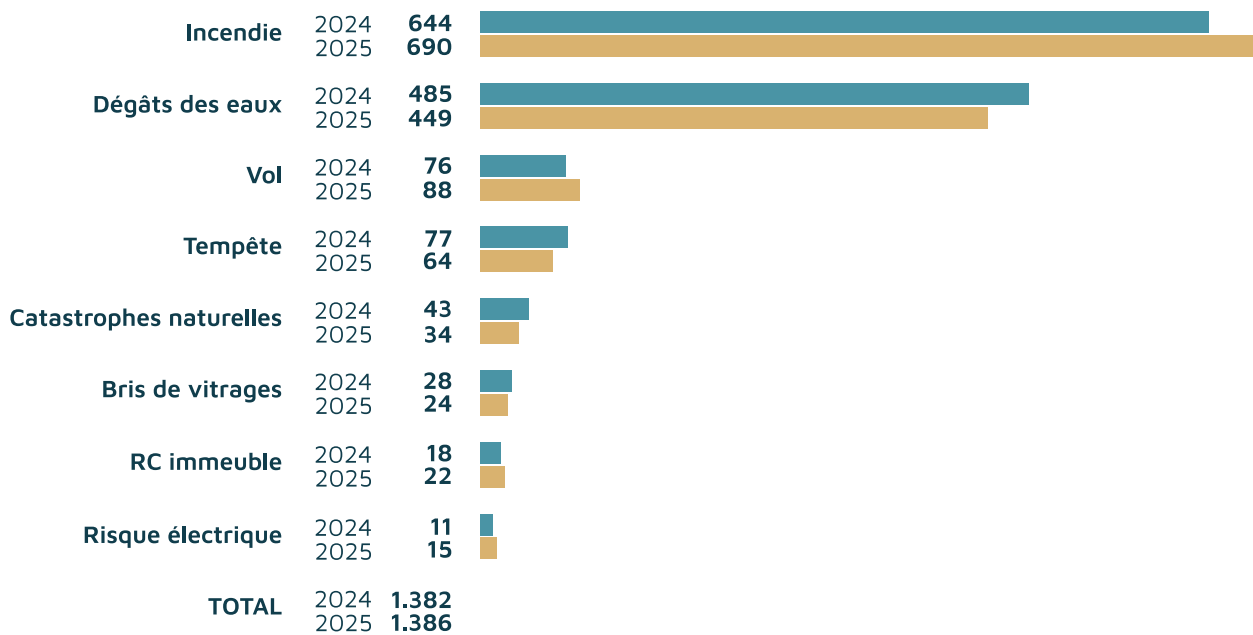


## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

## RÉPARTITION ASSURANCE INCENDIE



---

## VERS UNE MEILLEURE COLLABORATION ENTRE ASSUREURS ET UNE APPLICATION RENFORCÉE DES CONVENTIONS

Les délais de gestion sont le deuxième motif des réclamations portant sur les sinistres auprès de l'Ombudsman dans la branche incendie, après le refus d'intervention. L'Ombudsman constate que de longs délais surviennent surtout lorsque plusieurs assureurs sont impliqués.

Il existe pourtant plusieurs conventions (On peut citer la convention « dégâts d'eau », la convention « dégât d'eau non visible lors de l'achat d'un bien immobilier mais dont l'origine peut être antérieure à la signature de l'acte de vente du bien », la convention « heurt de véhicules » et la convention « propriétaire – locataire »,  
ou codes de bonne conduite sectoriels. Leur plus-value n'est plus à démontrer. Ils ne sont toutefois pas suffisamment appliqués ou même connus et ils visent des situations trop restreintes.

Lorsque la responsabilité d'un tiers peut être engagée dans le cadre d'un sinistre, l'assureur de la partie lésée contacte l'assureur du tiers afin d'organiser une **expertise contradictoire**. Le tiers peut être le propriétaire, le voisin, le locataire, un entrepreneur... A partir de ce moment, le dossier risque de s'enliser, avec la mise en place concrète de cette expertise.

Le manque d'échange entre les experts respectifs ralentit la prise de positions. De plus, les rapports étant souvent considérés comme « confidentiels », il est difficile d'arriver rapidement à une réelle concertation technique.

Concrètement, une collaboration plus efficace entre les assureurs et leurs experts permettrait d'éviter des retards pénalisant l'assuré ainsi que des surcoûts pour les assureurs.

Le secteur pourrait **envisager la mise en place d'une convention pour les dossiers impliquant plusieurs assureurs**, dont un dans la branche incendie, sur le modèle de la convention d'expertise des dommages automobiles ( .. Cette idée repose notamment sur le constat que les mêmes bureaux d'expertise interviennent fréquemment pour le compte des différents assureurs. Les premiers jalons se trouvent déjà dans la convention « dégâts d'eau », qui semble malheureusement insuffisamment appliquée.

Dans ce contexte, on pourrait envisager qu'en cas de dommage inférieur à un certain montant, susceptible d'être couvert par l'assurance incendie tout en engageant potentiellement la responsabilité d'un tiers, la gestion initiale pourrait être confiée à **un seul bureau d'expertise**. Il serait chargé de chiffrer le dommage en valeur à neuf et réelle et de noter les éléments démontrant la responsabilité du tiers. L'assureur du tiers disposerait alors d'un délai fixe pour réagir ou contester, à l'instar de ce que prévoit la convention « heurt de véhicules ».

---

## COMMENT ACCÉLÉRER L'INDEMNISATION ?

L'Ombudsman constate que l'article 121 de la loi relative aux assurances, qui fixe des délais de paiement de l'indemnité par l'assureur, n'est pas appliqué rigoureusement. Le règlement rapide de l'indemnité incontestablement due et le recours à un contre-expert, dont les frais sont à la charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison (Art. 121 § 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014., sont particulièrement concernés.



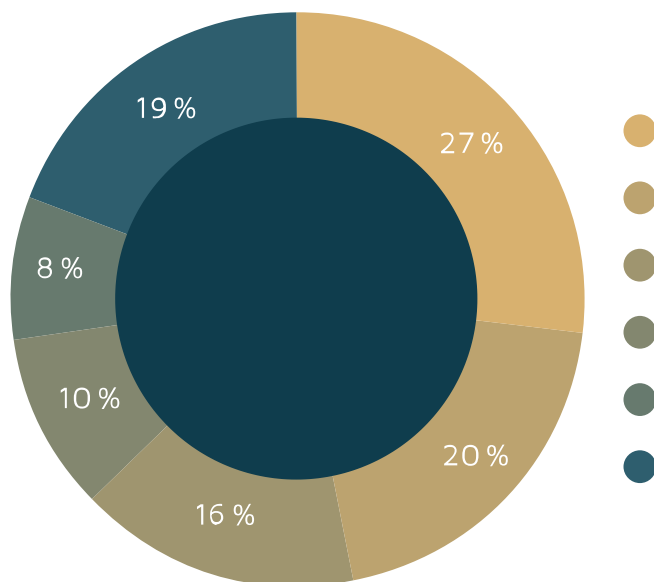
# ASSURANCE MALADIE

**1.205**

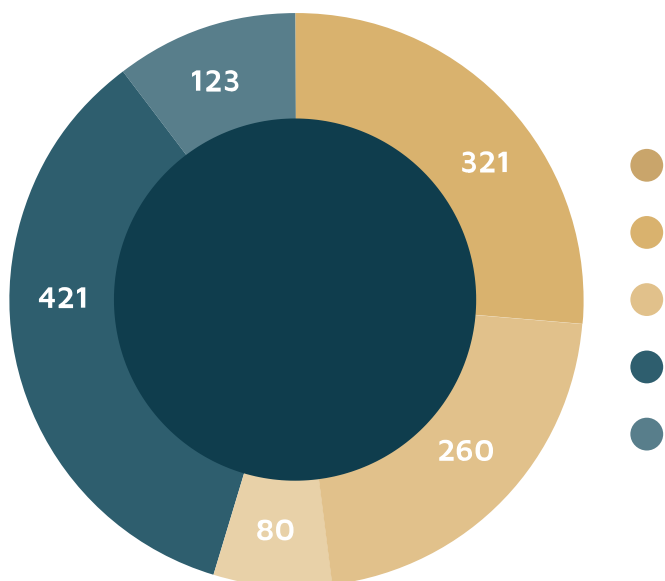
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 18 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 55 % des cas analysés, une réponse positive pour le demandeur.

## RÉPARTITION ASSURANCE MALADIE

Assurance maladie non liée à l'activité professionnelle	2024	537	
	2025	632	
Assurance maladie liée à l'activité professionnelle	2024	188	
	2025	223	
Revenu garanti	2024	188	
	2025	222	
Assurance dentaire	2024	97	
	2025	111	
Couvertures spécifiques (assurance d'attente, frais ambulatoires ...)	2024	12	
	2025	17	
TOTAL	2024	1.022	
	2025	1.205	

## PRIMES EN HAUSSE, RÉSILIATION EN ATTENTE

En 2025, 10 % des plaintes en assurance maladie concernent la prime, ce qui confirme une hausse de ce type de réclamations.

Trois facteurs contribuent à une **augmentation** du montant des primes. Tout d'abord, l'augmentation générale des frais de santé répercutée sur l'indexation de la prime alourdit une prime souvent déjà élevée. Ensuite, de nombreux contrats prévoient une évolution des primes en fonction de l'âge de l'assuré, ce qui les rend plus coûteuses au fil du temps. Enfin, un déménagement vers une région où les coûts sont plus élevés, comme Bruxelles, peut également entraîner une forte hausse du montant de la prime.

Pour de nombreux consommateurs, ces augmentations rendent la **prime difficilement supportable** et les poussent à rechercher des solutions alternatives. La loi ne prévoit toutefois pas de délai plus court de résiliation pour les assurances maladie, contrairement à ce qui existe pour les assurances auto, incendie, etc. L'Ombudsman a dès lors constaté une hausse des plaintes portant sur la **résiliation** dans cette branche.

Seules les augmentations globales de prime au niveau du portefeuille permettent une résiliation précoce. Lorsque la prime augmente en raison de l'indexation ou de l'application des dispositions contractuelles (par exemple après un déménagement ou un changement de tranche d'âge), le contrat ne peut être résilié que selon les modalités classiques : à l'échéance annuelle, moyennant l'envoi d'un courrier recommandé à temps avant cette échéance. Dans la pratique, cela signifie souvent que le consommateur doit payer pendant près d'une année supplémentaire une prime devenue inabordable.

Comme déjà souligné dans le rapport annuel 2024 (Rapport annuel 2024 Ombudsman des Assurances,

l'Ombudsman continue à plaider pour l'introduction d'un délai de résiliation raccourci également pour les assurances maladie.

## BON À SAVOIR ⓘ

### L'ASSURANCE REVENU GARANTI COUVRE-T-ELLE TOUTES LES INCAPACITÉS ?

Dans la branche « revenu garanti », le nombre de demandes a augmenté de 18 % en 2025. Les dossiers concernent de plus en plus des affections pour lesquelles les **symptômes objectifs** (souvent exigés par les conditions générales) sont **difficiles à démontrer**, comme le burn-out, la dépression ou le covid long. L'incapacité de travail pour ces affections n'est pas toujours acceptée ou ne l'est que partiellement.

Un point de frustration récurrent des consommateurs réside dans les **divergences entre**, d'une part, l'avis médical du médecin traitant ou du médecin-conseil de la **mutualité et**, d'autre part, celui du médecin-conseil de l'**assureur**. L'évaluation par le médecin-conseil de l'assureur porte sur la capacité à exercer non seulement la profession habituelle de l'assuré mais aussi toute activité en général sur le marché de l'emploi.

De plus, le manque de médecins spécialisés en assurance complique la possibilité d'un examen de l'assuré par un spécialiste de la pathologie concernée, à tout le moins dans un délai raisonnable. Dans certains cas, aucune convocation n'a lieu et l'évaluation se fait via un entretien en ligne ou sur base des certificats médicaux.

Lorsque l'incapacité de travail est refusée, une **expertise médicale amiable** (EMA) est souvent proposée. Cependant, les raisons précises du refus ne sont pas toujours communiquées clairement au consommateur, ce qui l'empêche d'évaluer si l'expertise - coûteuse - est réellement une solution pertinente.

Une approche plus personnalisée du médecin-conseil (Comme prévu par « Expertise Médicale : Guideline » par Assuralia, [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)), accompagnée d'une motivation transparente, pourrait réduire la frustration de l'assuré. L'expertise médicale amiable doit, dans cette optique, rester un outil de dernier recours, lorsque toutes les autres possibilités de dialogue ont été épuisées.

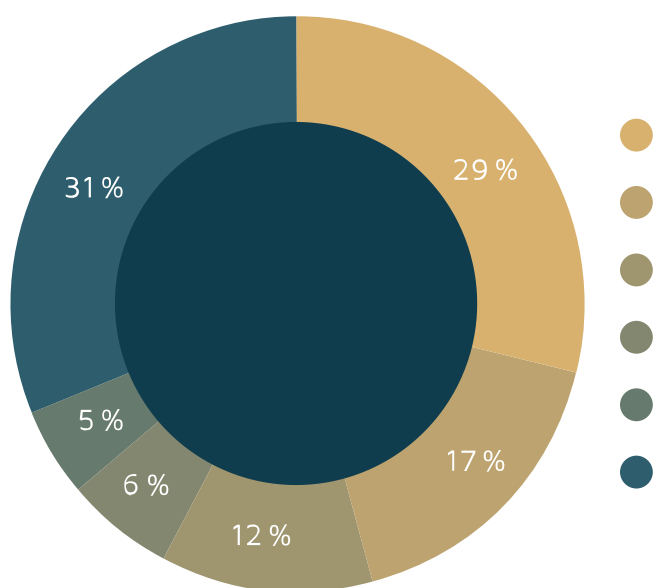
# ASSURANCE VIE

**1.053**

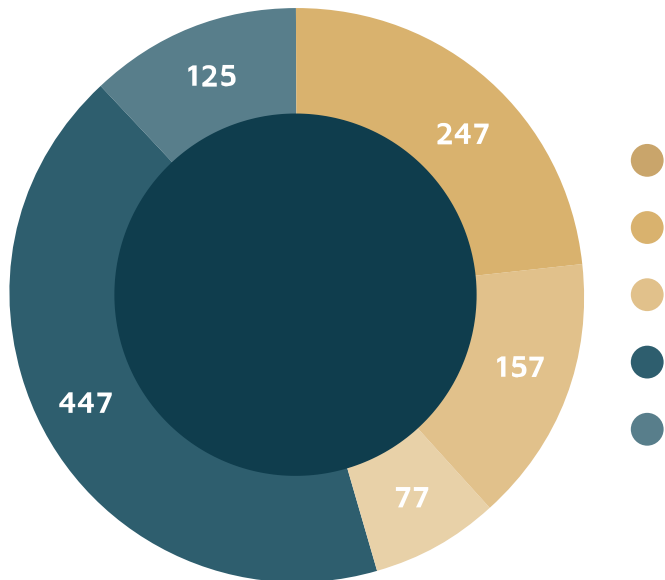
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 10 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION



## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

## RÉPARTITION ASSURANCE VIE

Catégorie	Année	Total	Répartition		
			Classique	Solde restant dû	Funérailles
Branche 21	2024	652	420	194	38
	2025	704	415	256	33
Groupe (pensions complémentaires)	2024	139			
	2025	145			
Branche 26	2024	58			
	2025	83			
Branche 23	2024	70			
	2025	67			
Garanties complémentaires ACRI/ACRA	2024	40			
	2025	48			
Emprunt hypothécaire	2024	2			
	2025	6			
TOTAL	2024	961			
	2025	1.053			

## ASSURANCE DÉCÈS, ATTENTION AUX EMBÛCHES À LA SOUSCRIPTION

À la souscription du contrat ...

En 2025, l'Ombudsman a observé une hausse du nombre de dossiers dans lesquels les consommateurs évoquent une possible discrimination dans le cadre de l'assurance solde restant dû. Il s'agit notamment de discussions concernant l'**acceptation médicale et** l'application d'une **surprime**. Dans certains cas, la motivation justifiant la surprime s'avère insuffisamment étayée par des études médicales ou n'est pas clairement liée à des éléments médicaux concrets.

Les dossiers concernent principalement des affections psychiques (telles que le burn-out, l'autisme ou le trouble obsessionnel compulsif) ainsi que des problématiques liées au poids (tant le poids trop faible que le surpoids). Dans ces situations, une motivation complémentaire est souvent demandée. Lorsque celle-ci ne peut être fournie, l'Ombudsman invite l'assureur à adapter ou à supprimer la surprime. Dans 50 % des dossiers, une solution a pu être obtenue.

### **... et quand un décès survient**

Ces dernières années, l'Ombudsman a reçu diverses plaintes contre une entreprise d'assurances étrangère et des intermédiaires qui commercialisent des assurances décès, souvent auprès de personnes âgées. Après un décès, **l'assureur refuse d'intervenir au motif que les déclarations médicales signées lors de la souscription sont incorrectes ou incomplètes.**

Les proches, aussi présents lors de l'entretien de souscription, affirment que l'assuré a mentionné ses problèmes de santé mais que ceux-ci n'apparaissent pas dans la déclaration signée électroniquement sur la tablette de l'intermédiaire. Souvent, ils invoquent que le conseiller n'a pas montré le contenu du document à l'assuré, seulement l'endroit où signer.

L'assureur considère le formulaire signé comme preuve déterminante. Les omissions ou erreurs sont difficiles à contester. L'assureur invoque aussi l'éventuelle responsabilité de l'intermédiaire qui est indépendant.

Les proches, persuadés de la bonne foi de l'assuré, peinent à prouver l'erreur de l'intermédiaire, ce qui peut mener à un refus de couverture pour fausse déclaration.

## LA GARANTIE DÉCÈS DE L'ASSURANCE GROUPE PEUT PRENDRE FIN À L'INSU DE L'ASSURÉ

### CAS VÉCU

#### W.K., Vichte

*D'avril 2001 à mai 2014, mon époux, M. W.K., a travaillé chez A. En juin 2004, une assurance de groupe auprès de X a été ajoutée à son package salarial. (...)*

*En avril 2014, A a fait faillite. Par la suite, mon époux a été employé chez B, où une nouvelle assurance de groupe lui a été proposée.*

*Mon époux a lutté contre le cancer pendant dix ans et est décédé en mars 2025. L'assurance de groupe via B a été payée correctement après quelques semaines.*

*Ensuite, j'ai contacté X au sujet de l'assurance de groupe via A. Lors de cet échange, il m'a été indiqué qu'il n'y aurait plus de droit au paiement du capital constitué, parce que, lors de la faillite de A, mon époux n'aurait jamais renvoyé un soi-disant « formulaire de réponse de sortie ».*

*Je n'avais pas connaissance de ce document et je ne l'ai jamais reçu. Selon l'assureur, ce formulaire aurait été envoyé à l'époque par courrier postal à notre adresse. Nous conservons soigneusement tous nos documents liés au travail et, dans le dossier de mon époux, se trouvent bien des documents concernant l'assurance de groupe, mais pas le formulaire de réponse en question.*

En 2025, l'Ombudsman a reçu plusieurs plaintes concernant la disparition de la couverture décès dans le cadre d'une assurance groupe (pension complémentaire). La couverture décès cesse souvent dès que le travailleur affilié n'est plus un membre actif du personnel. Dans ce cas, une prestation n'est versée que si l'affilié atteint l'âge légal de la pension, désormais relevé.

Lorsqu'un affilié quitte son employeur, il reçoit un **document qui lui présente les différentes possibilités relatives aux réserves** du contrat d'assurance groupe (Wikifin détaille les possibilités liées à la pension complémentaire.. A ce moment, l'assuré a la possibilité d'**opter éventuellement pour une couverture décès**, sachant que celle-ci impactera le montant de l'assurance vie. Si aucune option n'est choisie, le mécanisme légal (Art. 32 § 3 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, M.B. 15 mai 2003. prévoit que les réserves acquises souvent limitées au capital vie sont maintenues.

Cette situation n'est pas systématiquement problématique. Il arrive fréquemment que l'affilié rejoigne un nouvel employeur dont l'assurance groupe prévoit également une couverture décès. Cependant, d'autres situations peuvent se présenter : licenciement sans nouvel emploi immédiat, passage auprès d'un employeur ne proposant pas d'assurance groupe ou encore affiliation à un nouveau contrat qui ne prévoit qu'une prestation en cas de vie au terme.

Dans ces dossiers relatifs à l'absence de couverture décès, les proches signalent parfois que l'assuré n'a jamais reçu le document lui permettant d'exercer un choix. Par conséquent, seule une réserve de pension a été conservée, offrant une prestation en cas de vie mais aucun versement en cas de décès. Le fait de ne pas avoir pu choisir une couverture décès suscite un profond sentiment de déception et de frustration, d'autant plus que des montants importants ont été versés en primes durant la carrière, sans qu'aucune prestation ne soit finalement due en cas de décès. L'Ombudsman formule une recommandation à ce sujet.

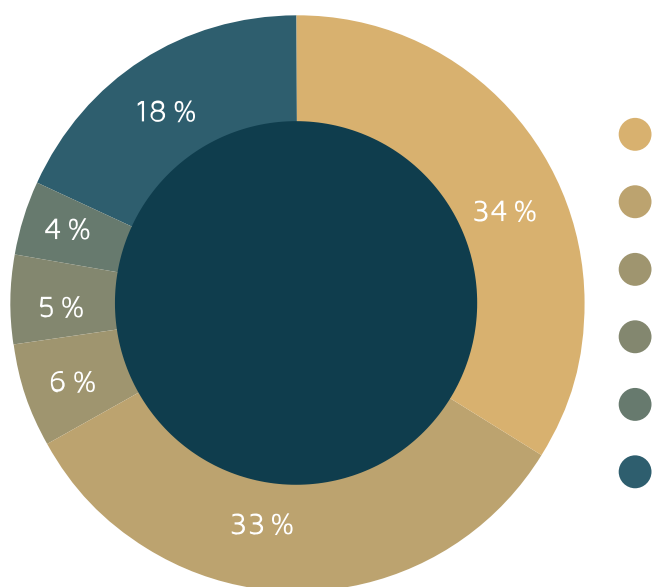
# ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE

**1.047**

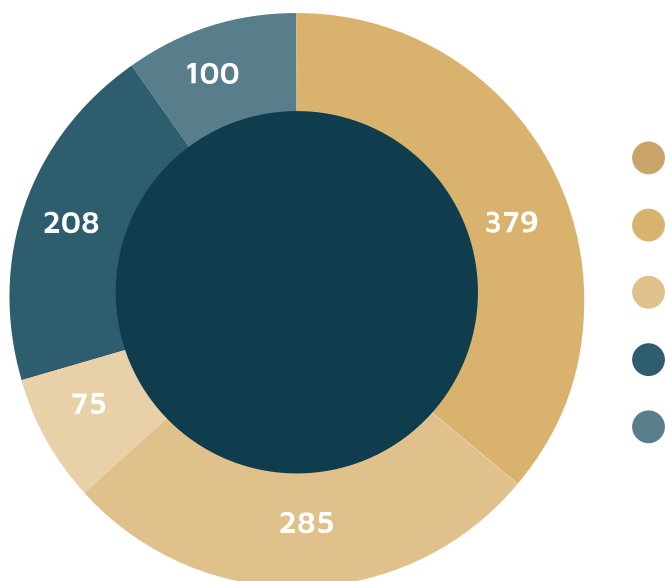
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 36 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION

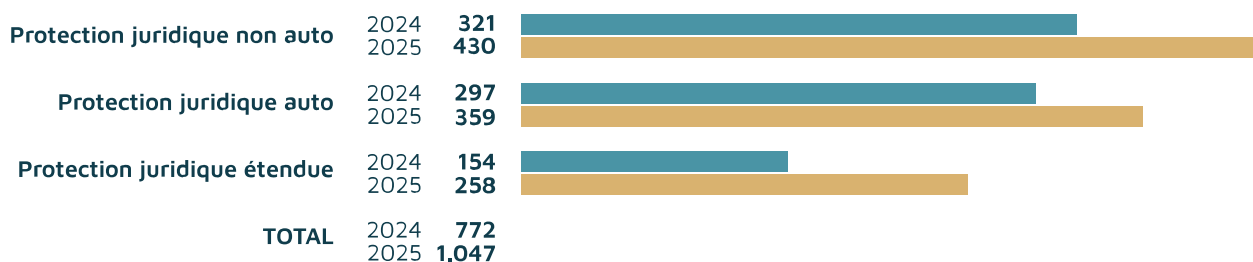


## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



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

## RÉPARTITION ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE



## LES DÉFIS POUR UNE ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE ABORDABLE

En assurance protection juridique, l'année 2025 n'a pas été évidente pour le consommateur d'un point de vue financier. D'une part, certains assurés ont été confrontés à d'**importantes hausses de primes**. Les plaintes concernant le calcul ou l'adaptation de la prime ont augmenté de manière exponentielle. D'autre part, le consommateur a également ressenti la suppression (rétroactive) de la déduction fiscale (Art. 70 de la loi du 18 décembre 2025 portant des dispositions fiscales diverses, M.B. 30 décembre 2025, abroge l'art. 145/49 du Code des impôts sur les revenus 1992 (CIR 92). des primes.

Cette suppression a eu pour effet de retirer l'intérêt de la loi Geens (Loi du 22 avril 2019 visant à rendre plus accessible l'assurance protection juridique, M.B. 8 mai 2019. en ce qu'elle fixait un cadre minimum de couverture. Quelques assureurs ont ensuite décidé de supprimer certaines garanties au sein de leur ancienne police fiscalement déductible ou les ont limitées.

Les assureurs protection juridique se montrent de plus en plus frileux dans leur politique d'acceptation et de maintien de leurs clients. Certains critères utilisés pour la **segmentation** peuvent poser question comme l'âge et la localisation très précise du risque.

L'Ombudsman constate l'émergence sur le marché d'**attestations de sinistralité** ou de statistiques de sinistres en protection juridique. Outre les discussions qu'elles peuvent engendrer quant à leur contenu et à la pertinence des informations qui y figurent, elles ne sont pas encadrées légalement. Par exemple, certaines attestations remontent jusqu'au début du contrat, ce qui peut dépasser 10 ans, et mentionnent toute prise de contact avec l'assureur comme un sinistre.

Les assureurs observent aussi une augmentation des **honoraires des avocats**, ce qui contribue également à la hausse des primes. La phase de gestion amiable par l'assureur, fondamentale pour maintenir une prime raisonnable pour le consommateur, ne doit cependant pas être prolongée inutilement à cause d'une certaine réticence à mandater un avocat, en raison de son coût.

L'ensemble de ces éléments peut entraîner une incertitude pour le consommateur, qui risque de ne plus voir ses droits défendus. Une réflexion générale doit être menée afin de garantir l'accessibilité de ce produit d'assurance au plus grand nombre, que ce soit en travaillant sur les plafonds d'intervention généraux ou sur le taux horaire couvert des avocats.

---

## LE REFUS D'INTERVENTION, PARFOIS UNE QUESTION D'INTERPRÉTATION ?

Une plainte sur trois en assurance protection juridique concerne le refus d'intervention. Ce motif touche tous les produits mais encore plus fortement la protection juridique auto.

L'Ombudsman reçoit régulièrement des demandes de consommateurs visant à obtenir une assistance pour la **procédure de révision du retrait de leur permis de conduire**. Le consommateur considère en effet que cette procédure (Art. 44 de la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière, M.B. 27 mars 1968. est liée à la procédure antérieure, couverte, lors de laquelle le juge avait notamment prononcé une inaptitude à la conduite et qu'elle entre donc dans la garantie défense pénale. L'assureur de son côté estime qu'il s'agit d'une procédure distincte, qui ne relève pas de la garantie défense pénale car il n'y a pas de poursuites par le Parquet. Les contrats d'assurance devraient être plus précis sur la couverture ou non de cette situation.

D'**autres refus d'intervention** peuvent susciter le débat. Les contrats prévoient souvent que les situations de participation à des bagarres ou rixes ne sont pas couvertes. Dans quelle mesure un assuré peut-il se défendre face à son agresseur sans perdre son droit à l'assurance ? La définition des dommages matériels utilisée par certains assureurs peut aussi entraîner des discussions. Le consommateur estime que le refus de couverture de ces situations par l'assureur est trop strict.

L'Ombudsman recommande d'examiner ces situations au cas par cas et rappelle le principe selon lequel les conditions du contrat doivent être interprétées en faveur de l'assuré (Art. 23 § 2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B. 30 avril 2014..

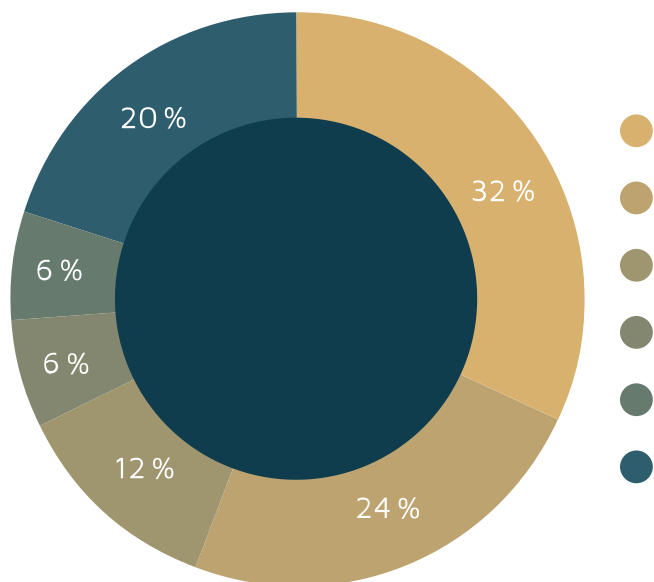
# ASSURANCE TOUS RISQUES

**514**

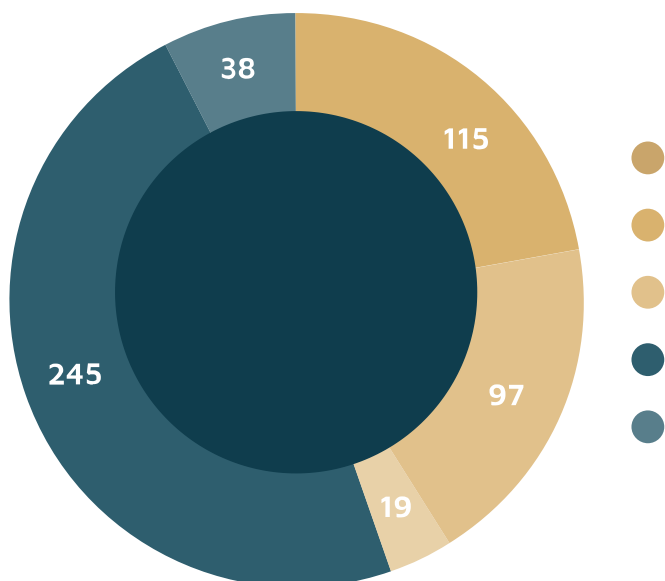
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 15 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION

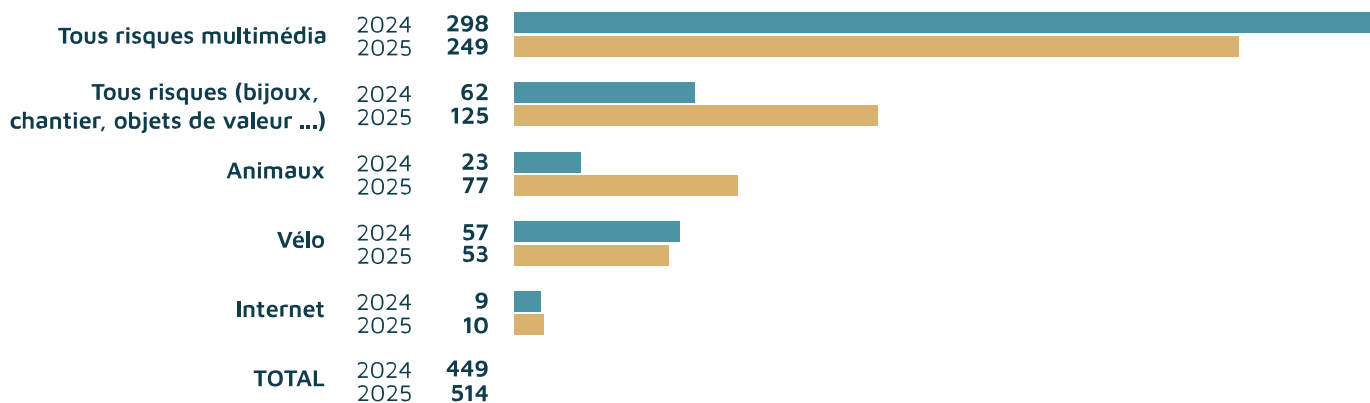


## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 54 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## RÉPARTITION TOUS RISQUES



Pour montrer les tendances des nouveaux risques, les assurances relatives à internet sont également reprises dans cette branche.

## ASSURANCES TOUS RISQUES : QUAND LE CONSOMMATEUR AVANCE EN TERRAIN INCONNU

### Assurance multimédia

En 2025, les demandes concernant les assurances multimédia, dont les assurances GSM, ont encore diminué. Si l'on ne tient pas compte des dossiers vis-à-vis de SFAM de 2024 (Rapport annuel 2024 Ombudsman des Assurances, ..), le nombre total de plaintes n'évolue que légèrement en 2025, ce qui indique plutôt une **stabilisation** du marché.

77 % des demandes concernent les sinistres. Les discussions habituelles reviennent à propos de l'absence d'informations claires sur les garanties pour le consommateur lors de la souscription du produit. Ainsi, l'assuré ne sait pas toujours dans quelles situations le vol d'un GSM est couvert. Une confusion persiste également concernant l'objet couvert. Certains contrats prévoient un lien entre l'appareil et la carte SIM (Voir aussi rapport annuel 2024 Ombudsman des Assurances, ..)

### **Assurance animaux**

Même si le nombre absolu de demandes concernant l'assurance animaux auprès de l'Ombudsman reste limité, il a plus que triplé en 2025. L'offre de produits d'assurance pour cette couverture semble également s'élargir.

L'Ombudsman s'était déjà attardé sur les **limites de ces produits** dans son rapport annuel 2024 (Rapport annuel 2024 Ombudsman des Assurances,

.. Celles-ci surgissent principalement lors d'un sinistre, quand un dossier médical est demandé et qu'il apparaît que certaines informations n'ont pas été communiquées à la souscription du contrat ou relèvent d'une exclusion.

Dans ces cas, l'Ombudsman constate que le consommateur n'est souvent pas au courant des conditions de couverture étant donné qu'il a souscrit le contrat en ligne, généralement après avoir consulté brièvement une brochure chez le vétérinaire.

### **Assurance vélo**

En 2025, le nombre total de plaintes baisse légèrement (-7 %). Cette baisse concerne principalement les sinistres.

Les discussions portent à nouveau principalement sur la manière dont il faut **sécuriser** son vélo avec un cadenas afin d'être couvert en cas de vol.

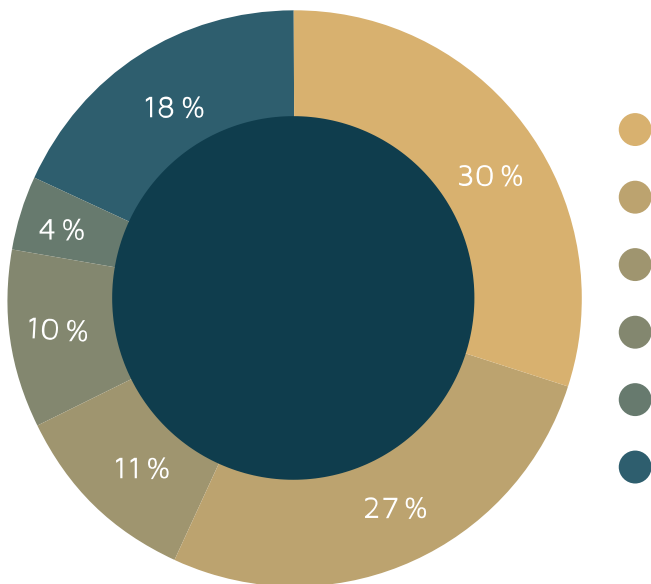
# ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

**362**

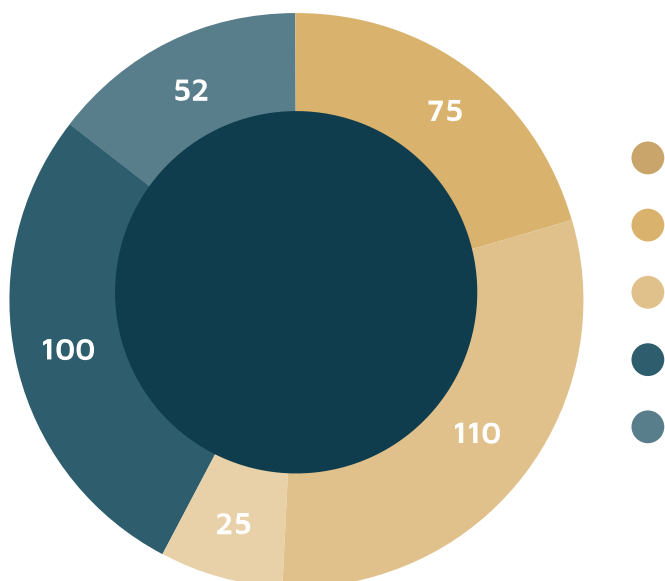
**DEMANDES D'INTERVENTION**

**Augmentation de 35 %**

## MOTIFS DES DEMANDES D'INTERVENTION

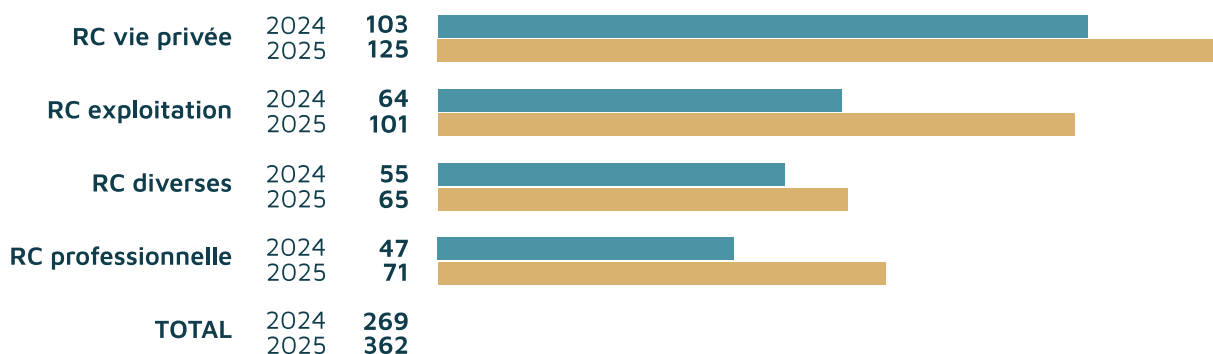


## RÉSULTATS DES DEMANDES D'INTERVENTION



Dans 40 % des cas traités, une réponse positive pour le demandeur.

## RÉPARTITION ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE



## LE BIEN CONFIE EST-IL COUVERT EN ASSURANCE RC VIE PRIVÉE ?

25 % des dossiers concernent des refus d'intervention souvent liés à des malentendus sur la couverture de l'**objet confié**.

En effet, la législation (Art. 6, 7° de l'A.R. du 12 janvier 1984 déterminant les conditions minimales de garantie des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extracontractuelle relative à la vie privée, M.B. 31 janvier 1984. prévoit la possibilité d'exclure la couverture des dommages causés aux biens qu'un assuré a **sous sa garde**. On peut citer comme exemple l'emprunt d'un outil d'un voisin ou d'un appareil photo d'un ami.

Les contrats d'assurance précisent généralement, dans leurs conditions générales, que cette situation n'est pas couverte. Même si les dommages à un bien confié résultent de la faute de l'assuré, celui-ci ne pourra dès lors pas faire appel à son assureur RC vie privée. La définition de « garde » elle-même peut aussi susciter des discussions selon les circonstances concrètes, par exemple lors de l'absence du propriétaire du bien pour une durée limitée. Dans la plupart des cas, l'Ombudsman constate que les refus d'intervention de l'assureur sont fondés.

Notons toutefois que la garde temporaire ou le bien confié peut être assuré dans le cadre d'une garantie supplémentaire spécifique moyennant une prime complémentaire.

---

## L'ASSURANCE RC EXPLOITATION : FONCTIONNEMENT, CAS COUVERTS ET LIMITES

Les réclamations adressées à l'Ombudsman à propos de l'assurance RC exploitation ont augmenté de 58 % en 2025. Les assurés se plaignent souvent du refus d'intervention de l'assureur.

Cette assurance couvre une entreprise contre les conséquences financières des dommages causés à des tiers (clients, fournisseurs, visiteurs...) dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle normale. Ces dommages, matériels ou corporels, doivent survenir en dehors des obligations contractuelles de l'entreprise : l'assurance ne couvre que la **responsabilité extracontractuelle**.

Citons comme exemples de sinistres couverts : la chute d'un client dans un magasin, le vol d'affaires d'un client dans un centre de bien-être ou la casse d'un objet chez un client lors d'une intervention technique.

La couverture a toutefois ses limites. Divers dommages ne sont pas couverts tels que les dégâts aux objets confiés (Ils peuvent l'être via une couverture facultative complémentaire moyennant une prime supplémentaire. ou les fautes professionnelles comme des travaux mal réalisés. L'activité assurée doit être précisément décrite dans le contrat d'assurance. Toute tâche en dehors de l'activité déclarée peut entraîner un refus de couverture.

Dans cette branche, l'Ombudsman constate que la position de la compagnie est généralement difficilement contestable.

Enfin, l'Ombudsman a reçu quelques demandes au niveau de la **gestion des contrats** et relève que les contrats d'assurance RC exploitation peuvent être conclus pour un an avec reconduction tacite ou, ce qui est plus fréquemment le cas, pour une durée de trois ans. Dans ce cas, la résiliation à l'échéance souhaitée par le preneur d'assurance prend effet au terme des trois ans (Art. 1 de l'A.R. du 24 décembre 1992 portant exécution de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, M.B. 31 décembre 1992..

---

## QUI PERD DES PLUMES EN CAS DE NID-DE-POULE ?

L'Ombudsman reçoit régulièrement des réclamations d'usagers d'une voie publique détériorée. Ils se voient refuser l'indemnisation des dégâts à leur véhicule par l'entreprise d'assurances couvrant la responsabilité civile des communes ou régions. Les plaignants sont principalement des automobilistes mais aussi des cyclistes ou des piétons qui chutent et se blessent.

L'assureur invoque à titre principal le fait que la **matérialité des faits** n'est pas démontrée, c'est-à-dire que la preuve certaine que le dommage s'est bien produit à l'endroit indiqué n'est pas apportée. Il estime que la déclaration unilatérale du conducteur accompagnée de photos et d'un devis de réparation ne suffit pas à démontrer la matérialité des faits sans la présence d'un témoignage extérieur, de constatations par la police ou de l'intervention d'un dépanneur. Même les dépôts de plainte et PV d'audition à la police ne sont pas toujours retenus.

Les compagnies d'assurances contestent également la responsabilité de leur assuré en invoquant notamment la faute de la victime et le fait que celle-ci connaissait les lieux où l'incident s'est produit.

L'Ombudsman ne se prononce pas sur les responsabilités d'un sinistre mais vérifie si l'assureur a pris en considération les différents éléments avancés et s'il justifie sa position (Le nouveau code civil, livre 6, renforce la responsabilité du gardien d'une chose affectée d'un vice (article 6.16). avec des faits concrets.

Lorsque le consommateur dispose d'une assurance protection juridique, il peut demander l'intervention de cet assureur pour examiner les chances d'obtenir l'indemnisation de son dommage auprès de l'autorité responsable de la voirie ou de son assureur.

---

## 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.**



---

## RECOMMANDATIONS DE L'OMBUDSMAN

## OPTIMISER LA GESTION EN REGROUPEANT LES ASSUREURS AUTOUR D'UN SEUL EXPERT

Les délais de traitement restent le problème principal invoqué par le consommateur au niveau de la gestion d'un sinistre. Une des causes des longs délais se situe au niveau des expertises. Ce phénomène est accentué quand les divers assureurs impliqués souhaitent mandater leur propre expert pour faire des constatations techniques. Chaque assureur veut disposer de son propre rapport d'expertise alors que les faits et les constatations sont, dans l'essentiel, similaires. De plus, il y a une certaine réticence à confronter les constatations des experts ou à réaliser une expertise collégiale.

Cette problématique concerne non seulement les assurances de choses mais s'étend également aux assurances de personnes. Prenons comme exemple, en assurance incendie, un dégât des eaux dont l'origine doit être établie. Dans le domaine de la construction, d'éventuelles malfaçons et les responsabilités y afférentes. Ou encore la fixation de dommages corporels, quand plusieurs assurances peuvent sortir leurs effets, telles que des assurances responsabilité, accident et revenu garanti.

Par ailleurs, le nombre d'experts disponibles est limité. Il peut en résulter des délais d'attente importants. De plus, les missions d'expertise sont fréquemment confiées aux mêmes bureaux ou à des bureaux aux compétences similaires.

### RECOMMANDATION

**Il serait utile d'élaborer un cadre général pour améliorer l'efficacité des expertises, notamment par le mandat d'un seul expert dans certaines circonstances.**

**La convention d'expertise en assurance auto ([www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)) a fait ses preuves au cours des dernières décennies et peut servir d'inspiration.**

**Dans un tel cadre, l'expertise unique pourrait se limiter aux constatations objectives de la situation et, le cas échéant, à la détermination de la cause du sinistre, éventuellement dans le respect de plafonds financiers prédéfinis.**

**Des expertises plus efficaces permettraient de réduire les frustrations du consommateur et d'améliorer l'image du secteur tout en diminuant les coûts de gestion.**

## ASSURANCE GROUPE : PLUS DE SÉCURITÉ JURIDIQUE SUR LA COMMUNICATION LORS DU DÉPART DU TRAVAILLEUR

Lorsqu'un affilié quitte son employeur, il reçoit en principe un document présentant les options relatives aux réserves de son assurance groupe. Il a notamment la possibilité d'opter pour une couverture décès mais cela influence le montant du capital vie. A défaut de choix, l'engagement de pension est maintenu sans modification.

Dans la pratique, les proches indiquent parfois que ce document n'a jamais été reçu. Il peut en résulter le maintien de la réserve de pension avec une prestation uniquement en cas de vie mais aucune en cas de décès.

La législation (Art. 31 § 1 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale, M.B. 15 mai 2003. prévoit actuellement que l'assuré doit être informé par courrier ou par voie électronique. L'expérience montre toutefois que l'assureur ou l'employeur peut a posteriori rencontrer des difficultés pour démontrer que cette communication a effectivement été envoyée. Dans divers cas, la copie du courrier n'est plus disponible et l'assureur ne peut établir, au moyen de son système de gestion, que le document a été généré à une date déterminée. En l'absence de preuves suffisantes, des négociations sont engagées afin d'amener l'assureur, le cas échéant en concertation avec l'employeur, à verser néanmoins un capital.

### RECOMMANDATION

**Afin de renforcer la sécurité juridique, l'Ombudsman plaide pour l'introduction d'une étape supplémentaire lorsqu'aucune réaction n'est donnée au document de choix transmis lors du départ d'un travailleur et que la couverture décès prend fin.**

**L'Ombudsman préconise, par analogie notamment avec le traitement des assurances vie dormantes (Art. 36 de la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses, M.B. 7 août 2008., qu'en l'absence de réaction de l'affilié au document de choix, un rappel par lettre recommandée avec accusé de réception lui soit envoyé à son adresse officielle. Celle-ci pourrait, le cas échéant, être vérifiée via le Registre national.**

**Sans réponse à la suite de cette notification complémentaire, il peut alors être établi que l'affilié a été valablement informé et l'option par défaut prévue par la loi peut être appliquée de manière plus justifiée.**

**Cette approche est également préconisée par la FSMA qui recommande, dans une communication récente ([www.fsma.be](http://www.fsma.be)), l'envoi d'un rappel à défaut de réaction de l'affilié à la communication d'informations concernant le paiement de la pension complémentaire.**

### **UNE SOLUTION EN ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE POUR LA VIOLENCE INTRAFAMILIALE**

Dans son rapport annuel de 2022 (Rapport annuel 2022 Ombudsman des Assurances, [ici](#)), l'Ombudsman avait encouragé le secteur à rechercher une solution pour les victimes de violence intrafamiliale dont l'action en justice n'était pas couverte par l'assurance protection juridique. En effet, les actions intentées par un assuré contre une personne domiciliée à la même adresse (et donc également assurée par le contrat) sont, de manière générale, exclues de la couverture.

En juillet 2025, le code de conduite de l'assurance protection juridique ([ici](#)) a été adapté par Assuralia : il accorde désormais une couverture à un assuré victime de violences physiques causées par un autre assuré, à condition que l'auteur fasse l'objet de poursuites pénales. Pour les victimes mineures, cette couverture est étendue à toute forme de maltraitance infantile. La constitution de partie civile à l'encontre de l'auteur est couverte, conformément aux dispositions contractuelles. On ne peut que se réjouir de cette évolution favorable.

### **EN ROUTE POUR UNE ADAPTATION DES ASSURANCES AU RELÈVEMENT DE L'ÂGE DE LA PENSION**

Dans son rapport annuel 2024 (Rapport annuel 2024 Ombudsman des Assurances, [ici](#)), l'Ombudsman a formulé une recommandation concernant les difficultés rencontrées en matière d'assurance à la suite du relèvement de l'âge de la pension, en particulier dans les situations où les assurances revenu garanti ou pension complémentaire ne pouvaient pas être prolongées pour des raisons de santé.

Cette problématique a été soumise à la Commission des Assurances, qui a rendu un avis (Avis de la Commission des Assurances, [ici](#)), récemment. Cet avis reprend les différentes problématiques et propose plusieurs pistes de solution. Lorsque l'assurance revenu garanti ne peut être prolongée, il est suggéré d'autoriser le prélèvement d'une avance sur la pension complémentaire afin d'atténuer en partie la perte de revenus.

Il convient à présent d'attendre la manière dont cet avis sera traduit dans la législation.



## 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

(  
., le budget des frais de fonctionnement du Service pour l'exercice de l'ensemble de ses missions est approuvé annuellement par l'Assemblée générale. L'organe d'administration fixe le montant ainsi que le mode de la répartition des cotisations entre les membres et les adhérents.

Le budget global pour 2026 s'élève à 2.524.777 euros. Il est divisé en deux catégories :

- Dépenses de personnel : 2.134.718 euros
- Dépenses de fonctionnement : 390.059 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  
( ..

---

## 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 28 février 2026, le Service Ombudsman Assurances a clôturé 8.950 demandes d'intervention parmi les 9.429 dossiers reçus. En 2025, le délai moyen de traitement d'un dossier qui a fait l'objet d'une enquête s'élève à 88 jours. Ce délai est de 87 jours pour les dossiers à l'égard des entreprises d'assurances, de 88 jours pour ceux vis-à-vis des intermédiaires en assurances et de 99 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](http://www.ombudsman.be)
- [www.consumerconnect.be](http://www.consumerconnect.be)
- Service de Médiation pour le Consommateur  
North Gate II  
Boulevard du Roi Albert II, 16  
1000 Bruxelles  
[www.mediationconsommateur.be](http://www.mediationconsommateur.be)

### EN EUROPE

- Règlement en ligne des litiges de la Commission européenne : [www.ec.europa.eu/odr](http://www.ec.europa.eu/odr)
- Réseau FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network) : [ec.europa.eu/fin-net](http://ec.europa.eu/fin-net)

En 2025, l'Ombudsman a reçu 14 demandes d'intervention provenant du réseau FIN-NET.

## EN BREF

### 5 POINTS D'ATTENTION

1

#### **LE DIALOGUE AVEC SON ASSUREUR À L'ÈRE DU DIGITAL**

La relation entre consommateurs et assureurs se numérise. L'Ombudsman constate que les contacts digitaux posent régulièrement problème : chatbots et plateformes automatisées peuvent donner des réponses standardisées, peu adaptées aux situations individuelles. De plus, l'absence d'interlocuteur humain et l'inaccessibilité téléphonique compliquent la résolution de cas spécifiques.

2

#### **INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCES : (SITE DE) COMPARAISON N'EST PAS TOUJOURS RAISON**

Les consommateurs recourent de plus en plus à des sites de comparaison pour trouver une assurance moins chère. Certains de ces sites exercent en réalité une activité de distribution d'assurances et doivent dès lors respecter la législation applicable. Ils orientent souvent l'internaute vers une souscription en ligne auprès d'assureurs partenaires, généralement sans intermédiaire physique. Une analyse approfondie des contrats reste indispensable.

3

#### **LES DÉFIS POUR UNE ASSURANCE PROTECTION JURIDIQUE ABORDABLE**

En 2025, l'Ombudsman a noté une augmentation de 36 % des demandes en assurance protection juridique. Plusieurs facteurs l'expliquent : de fortes hausses de primes, la suppression de la déductibilité fiscale de certaines primes, le durcissement des critères d'acceptation ou de maintien des contrats par les assureurs et l'augmentation des honoraires d'avocat.

4

#### **VOITURE VOLÉE MAIS PAS TOUJOURS REMBOURSÉE**

Les réclamations liées à la garantie vol en assurance auto ont plus que doublé en 2025. Les refus de couverture en constituent le principal motif, ils peuvent résulter du non respect des mesures de prévention prévues au contrat (p. ex. perte de la clé ou double laissé dans le véhicule). D'autres refus reposent sur une suspicion de fraude, parfois déclenchée par des erreurs sur la date, l'heure ou le lieu du vol.

## LES DISCUSSIONS EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (RC)

La principale raison d'insatisfaction dans ces assurances est le refus d'intervention. Il concerne souvent la couverture de l'objet confié. Les contrats d'assurance excluent généralement la couverture des dommages causés aux biens qu'un assuré a sous sa garde, par exemple lors de l'emprunt d'un outil d'un voisin ou d'un appareil photo d'un ami. L'Ombudsman reçoit aussi des réclamations de conducteurs dont le véhicule a été endommagé par un nid-de-poule. Les assureurs RC des autorités responsables de la voirie refusent souvent d'intervenir, en avançant qu'il n'est pas établi avec certitude que le dommage s'est produit à l'endroit indiqué.

## NOS RECOMMANDATIONS

### 1

#### OPTIMISER LA GESTION EN REGROUPANT LES ASSUREURS AUTOUR D'UN SEUL EXPERT

Les longs délais de traitement des sinistres proviennent en grande partie des expertises, en particulier lorsque plusieurs assureurs mandatent leur propre expert. Les constatations techniques sont cependant souvent similaires. Le problème touche tant les assurances de choses, comme l'assurance incendie, que les assurances de personnes pour fixer les dommages corporels.

L'Ombudsman recommande d'élaborer un cadre général pour améliorer l'efficacité des expertises, notamment par le mandat d'un seul expert dans certaines circonstances.

### 2

#### ASSURANCE GROUPE : UNE COMMUNICATION PLUS FORMELLE LORS DU DÉPART DU TRAVAILLEUR

Lorsqu'un travailleur quitte son employeur, il doit recevoir un document lui permettant de choisir entre différentes options concernant les réserves de son assurance groupe, notamment le maintien ou non d'une couverture décès. Selon la loi, cet envoi peut se faire par courrier ou par voie électronique. Dans la pratique, après un décès, les proches indiquent parfois que ce document n'a jamais été reçu. Il en résulte le maintien d'une réserve de pension avec une prestation en cas de vie mais aucune en cas de décès.

Afin de renforcer la sécurité juridique, l'Ombudsman préconise, en l'absence de réaction de l'affilié au document de choix, l'envoi d'un rappel par courrier recommandé avec accusé de réception. Sans réponse après ce rappel, l'affilié peut être considéré comme valablement informé et l'option légale par défaut peut être appliquée de manière plus justifiée.



**OMBUDSMAN**  
ASSURANCES  
VERZEKERINGEN

RAPPORT ANNUEL 2025

**ADRESSE**

Square de Meeûs 35  
1000 Bruxelles

**TÉLÉPHONE**

02/547.58.71

**CONTACT**

[info@ombudsman-insurance.be](mailto:info@ombudsman-insurance.be)  
[www.ombudsman-insurance.be](http://www.ombudsman-insurance.be)

**RETOUR EN HAUT**

DESIGN [Trinome.be](http://Trinome.be)