

Astuces
2016

En 2016, l'Ombudsman a répondu favorablement à la demande du consommateur dans 51 % des cas. Lorsqu'elle ne peut accéder à sa demande, elle lui donne l'information qui lui permet de comprendre pourquoi la position de l'assureur est justifiée.

Ces doléances non fondées sont essentiellement la source des astuces visant à mettre le consommateur en garde.



Table des Matières

Branche		Astuce
1	Auto	Vérifiez que votre état de santé n'altère pas votre capacité à conduire!
2	Auto	En cas d'accident, n'oubliez pas de remplir un constat contradictoire!
3	Auto	En cas de vol des clés, prenez les mesures de précaution nécessaires!
4	Incendie	Sachez qu'un déménagement ne met pas fin à votre contrat d'assurance Incendie!
5	Incendie	En cas de litige sur le montant du dommage, n'hésitez pas à demander le paiement de l'incontestablement dû!
6	Incendie	Sachez que l'assureur n'indemnise que la partie du bien endommagée par le sinistre!
7	Incendie	En cas de sinistre, pouvez-vous demander une réparation en valeur à neuf?
8	Protection Juridique	Les frais d'un recours à l'encontre d'un cohabitant ou d'une personne qui loge régulièrement chez vous sont-ils couverts dans votre contrat?
9	Protection Juridique	Sachez que les démarches pour forcer un tiers à faire cesser un trouble ne sont généralement pas couvertes en assurance Protection Juridique!
10	Soins de Santé	Sachez que les frais pré- et post-hospitaliers ne sont remboursés que pour une période limitée!
11	Vie	Si le Bureau du suivi n'est pas compétent, adressez-vous à l'Ombudsman!
12	Vie	En cas de divorce, vérifiez les clauses du contrat d'assurance établi en faveur de votre enfant!
13	Annulation	Vérifiez la couverture du contrat d'assurance Annulation lié à la réservation d'un voyage!
14	Tous Risques GSM	Soyez vigilant! Un contrat d'assurance Tous Risques GSM ne couvre pas tout!
15	Formalités	Si vous résiliez un contrat d'assurance, il faut respecter les formalités!
16	Intermédiaires	Vous refinancez votre emprunt? Prenez garde aux incidences de l'évolution de votre état de santé sur votre assurance Solde restant dû!

Vérifiez que votre état de santé n'altère pas votre capacité à conduire !

Depuis plusieurs années, Luc souffre du diabète. Un soir, alors qu'il rentre chez lui, il cause un accident de la circulation. A la police venue sur les lieux, Luc déclare qu'il a eu un malaise lié à sa maladie. L'entreprise d'assurances prend connaissance de cette déclaration et adresse un courrier recommandé à Luc l'informant de sa volonté de récupérer les indemnités payées à la victime. Ne comprenant pas cette décision, Luc contacte l'Ombudsman.

L'Ombudsman se tourne vers l'entreprise d'assurances qui lui explique que Luc ne lui a pas communiqué l'existence de sa maladie à la souscription du contrat. Or, elle constitue une aggravation du risque.

En effet, la législation fixe, pour certains troubles fonctionnels et affections, des normes médicales auxquelles les détenteurs d'un permis de conduire doivent satisfaire¹. C'est le cas du diabète. Il fallait dès lors qu'un médecin reconnaisse son aptitude à conduire un véhicule et le confirme tous les cinq ans. Cette obligation est toutefois souvent méconnue par les consommateurs.

L'entreprise d'assurances de Luc estime avoir été trompée sur l'appréciation du risque qu'elle a accepté d'assurer. Néanmoins, elle reconnaît que ce n'est pas volontairement que Luc ne l'a pas déclaré et limite, conformément à la législation, son recours à 250 euros². L'Ombudsman a cependant pu convaincre l'assureur d'annuler son recours, sur base des différents éléments du dossier prouvant la bonne foi de Luc et le caractère exceptionnel du malaise.

1 A.R. du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire, annexe 6, M.B., 30 avril 1998.

2 Art. 25, 1°, c contrat type.

En cas d'accident, n'oubliez pas de remplir un constat contradictoire !

Maude a été victime d'un accident de la circulation pour lequel elle estime être en droit. La police a enregistré les déclarations des deux conducteurs impliqués et les a invités chacun à déclarer l'accident à leur assureur. Après plusieurs mois, Maude n'a toujours pas été indemnisée. Comme elle a avancé le montant des réparations, elle s'impatiente et interroge l'Ombudsman sur les délais de gestion.

Selon les principes généraux du droit, la personne qui réclame une indemnisation a la charge de prouver la faute du tiers, son dommage ainsi que le lien de causalité entre les deux. Au moment de l'accident, Maude et le conducteur adverse n'ont pas rempli de constat amiable contradictoire. Or, ce conducteur adverse n'a pas déclaré le sinistre à son assureur et n'a pas répondu aux demandes d'information. Comme il n'y a pas eu de constat amiable, les entreprises d'assurances ont dû demander une copie du rapport de police reprenant les déclarations. La réception de ce rapport peut prendre plusieurs mois. En effet, il faut attendre la clôture de l'enquête pour que les informations soient disponibles.

L'Ombudsman a donc expliqué à Maude que l'assureur de la partie adverse ne pouvait pas l'indemniser sur base de sa seule déclaration et qu'il était nécessaire d'attendre l'issue de l'enquête judiciaire. Grâce à un constat contradictoire, le délai de gestion aurait probablement pu être accéléré.

En cas de vol des clés, prenez les mesures de précaution nécessaires !

Après avoir jardiné, Arthur rentre pour se rafraîchir et constate que la porte d'entrée de la maison est ouverte. Un peu plus tard, voulant rejoindre des amis, il ne trouve pas la clé de sa voiture à la place habituelle. N'ayant pas le temps de chercher, il utilise la clé de réserve. Quelques jours plus tard, sa voiture est volée devant sa porte.

À la lecture de l'audition faite par la police, l'entreprise d'assurances qui couvre le véhicule estime qu'Arthur a manqué de prudence en ne faisant pas changer les serrures après la disparition de la clé. Elle refuse de l'indemniser.

Arthur ne peut accepter ce refus car il ne pouvait imaginer que sa clé avait été volée. Il contacte l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend connaissance des pièces du dossier et du rapport de police. Elle remarque qu'Arthur n'a jamais pu retrouver la clé principale et que plusieurs jours séparent la disparition de la clé et le vol du véhicule.

Le contrat d'assurance d'Arthur prévoit qu'en cas de vol du véhicule, il doit restituer à son assureur toutes les clés du véhicule. La loi impose également aux assurés de prévenir et atténuer les conséquences d'un sinistre, au risque de se voir refuser totalement ou partiellement l'intervention de l'assureur³.

En ne s'inquiétant pas de la disparition de sa clé et en ne prenant aucune mesure comme le remplacement des serrures, Arthur n'a pas agi en « bon père de famille » et a, par son attitude, facilité le vol du véhicule. L'Ombudsman a donc dû expliquer à Arthur que le refus de l'assureur était juridiquement fondé et que son attitude était d'autant plus surprenante que son contrat d'assurance prévoit la prise en charge des frais de remplacement des serrures en cas de vol de clé.

³ Art. 75 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.

Incendie

Sachez qu'un déménagement ne met pas fin à votre contrat d'assurance Incendie !

Après avoir loué durant quelques années un logement à Bruxelles, Nelson décide d'acheter un appartement. Lorsqu'il a réalisé officiellement son achat, il demande à l'entreprise d'assurances qui couvre l'appartement qu'il louait, de résilier son contrat d'assurance Incendie à effet immédiat, invoquant la disparition du risque. Dans le même temps, il assure sa nouvelle habitation auprès d'un autre assureur. Malgré plusieurs échanges de courrier, Nelson ne parvient pas à trouver d'accord sur la date de fin de son premier contrat et demande l'avis de l'Ombudsman.

L'Ombudsman a pris connaissance du contrat d'assurance Incendie de Nelson. Elle constate que ce contrat couvre sa responsabilité locative mais protège aussi les biens qui le garnissent lors d'un sinistre. En cas de déménagement, le contenu est déplacé à un autre endroit. Les conditions générales de l'assureur précisent que le contenu est également assuré à la nouvelle adresse. Le preneur d'assurance doit informer son assureur du déménagement mais ne peut cependant pas résilier le contrat avec effet immédiat.

Nelson a deux possibilités : soit assurer son contenu et son immeuble auprès de deux compagnies différentes soit inclure le nouvel immeuble dans le premier contrat et reporter la prise d'effet du nouveau contrat d'assurance. Sur base de ces informations, Nelson décide de transformer la couverture d'assurance initialement souscrite pour l'appartement loué en une couverture pour sa nouvelle habitation et de la résilier pour la prochaine échéance annuelle.

En cas de litige sur le montant du dommage, n'hésitez pas à demander le paiement de l'incontestablement dû!

Après une journée de travail, Alain rentre chez lui et découvre son salon et sa cuisine sous eau. De nombreux objets sont abîmés. Il déclare le sinistre à l'entreprise d'assurance Incendie qui envoie un expert pour évaluer le dommage et établir une proposition d'indemnisation. Insatisfait de l'offre, Alain choisit un contre-expert et une discussion s'engage. De nombreux justificatifs sont réclamés et il faut un certain temps pour les rassembler sans qu'aucun accord entre les deux parties n'aboutisse en fin de compte. Alain a l'impression que toutes ces demandes de justificatifs ont pour but de faire trainer inutilement le dossier. Irrité par la durée de la gestion, il interroge l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurance Incendie et consulte les échanges de courriers entre les experts. Elle constate que certains objets endommagés sont des antiquités de style Louis XV dont la remise en état exige une restauration à l'ancienne. En outre, certains justificatifs envoyés par Alain semblent ne pas être dans le dossier et au stade actuel, seule la remise en état de deux meubles fait encore l'objet de discussions.

Lors d'un sinistre Incendie, la loi prévoit que l'assureur a 90 jours après la déclaration du sinistre pour clôturer l'expertise. En cas de désaccord sur le montant du dommage, l'assureur doit payer l'indemnité incontestablement due dans les 30 jours qui suivent l'accord partiel⁴.

Vu que des mois se sont écoulés, l'Ombudsman a demandé à l'assureur que le montant non contesté soit versé à Alain pour qu'il dispose des moyens pour commencer à réparer et remplacer ses meubles. Par ailleurs, les experts ont été invités à se réunir pour s'accorder sur le montant du dommage ou, à défaut, à désigner un arbitre chargé de trancher le différend.

⁴ Art. 121 §2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.

Sachez que l'assureur n'indemnise que la partie du bien endommagée par le sinistre !

Alors qu'un vent de tempête souffle avec de fortes rafales, Diego est effrayé par un bruit extérieur assourdissant. Il sort de chez lui et constate que l'arbre du jardin de son voisin s'est abattu sur sa maison. Les dégâts sont importants et il déclare le sinistre aux entreprises d'assurance Incendie concernées qui désignent des experts pour chiffrer le dommage. A l'examen des dégâts, les experts constatent que les tuiles endommagées ne sont plus fabriquées et que seule une réparation à neuf avec des tuiles légèrement différentes peut être proposée. Diego craint qu'une telle réparation ne gâche l'harmonie esthétique de son toit et demande que l'ensemble du toit soit refait avec les mêmes tuiles. N'obtenant pas satisfaction auprès de sa propre entreprise d'assurances, Diego saisit l'Ombudsman.

En principe, les contrats d'assurance Incendie prévoient la réparation des dommages matériels causés par un évènement assuré ainsi que celle de certains dommages complémentaires limitativement énumérés dans le contrat. Le préjudice esthétique est par nature un dommage immatériel dont l'appréciation est plus subjective, il n'est généralement pas assuré.

Comme la réclamation de Diego porte sur le remplacement de tuiles qui n'ont pas été abimées par l'arbre, l'Ombudsman n'avait pas d'éléments pour convaincre l'assureur de les prendre en charge.

Toutefois, elle a conseillé à Diego de vérifier auprès de son assureur Protection Juridique s'il pouvait réclamer une indemnisation en droit commun au propriétaire de l'arbre pour le préjudice esthétique qu'il subissait de la sorte.

En cas de sinistre, pouvez-vous demander une réparation en valeur à neuf ?

A son retour de vacances, Romain constate qu'un voleur s'est introduit dans son appartement par la fenêtre. Il relève un dommage au châssis et la disparition de bijoux. Il se rend à la police pour déposer plainte et déclare le vol à l'entreprise d'assurances qui le couvre. Son assureur désigne un expert pour évaluer le montant des dommages. L'expert et Romain sont d'accord sur l'indemnisation des bijoux dérobés mais Romain conteste la proposition de réparation du châssis. En effet, il réclame le remplacement de la fenêtre par une nouvelle, tel que le contrat le prévoit. L'entreprise d'assurances maintient qu'une réparation est suffisante. Mécontent, Romain se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et prend connaissance des différents éléments du dossier. En principe, un contrat d'assurance Incendie prévoit une indemnisation en valeur à neuf du dommage causé au bâtiment. Un assuré ne peut cependant pas exiger systématiquement le remplacement intégral du bien abîmé lorsqu'une réparation est possible. Mais il peut demander que la réparation se fasse à l'aide de pièces neuves et que le bien réparé conserve toutes ses caractéristiques.

La réparation proposée pour le châssis n'est pas prévue avec des pièces neuves identiques présentant les mêmes caractéristiques que celles endommagées.

L'Ombudsman a estimé que dans ces circonstances, la réclamation de Romain était fondée.

Les frais d'un recours à l'encontre d'un cohabitant ou d'une personne qui loge régulièrement chez vous sont-ils couverts dans votre contrat ?

Alors que Philippe est en instance de divorce, Jean l'héberge, le temps de la procédure. Au cours d'un jeu, Philippe blesse gravement Léa, la fille de Jean. Comme ils ne peuvent se mettre d'accord sur l'indemnisation de Léa, Jean demande à son assureur Protection Juridique de prendre en charge ses frais de recours afin que Léa récupère le dommage subi. L'entreprise d'assurances refuse son intervention.

Jean est stupéfait et saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances et apprend que Philippe réside chez Jean depuis un an. Selon les conditions générales du contrat d'assurance Protection Juridique, l'assureur intervient pour obtenir l'indemnisation d'un assuré à l'encontre d'un tiers. Or, comme Philippe vit chez Jean, il n'est pas considéré comme un tiers. En effet, selon le contrat, toute personne vivant sous le même toit que le preneur d'assurance est aussi un assuré. Or, l'assureur n'intervient pas dans les litiges opposant deux assurés du même contrat.

L'Ombudsman n'a pu que confirmer le point de vue juridiquement fondé, selon lequel on ne peut jamais cumuler la qualité d'assuré et de tiers dans un même contrat.

Sachez que les démarches pour forcer un tiers à faire cesser un trouble ne sont généralement pas couvertes en assurance Protection Juridique !

Jean constate que la peinture du mur mitoyen de son habitation est humide et s'effrite. Afin d'en connaître l'origine, une expertise est organisée. La cause de l'infiltration est localisée dans l'immeuble voisin. Plusieurs mois après avoir été indemnisé de son dommage, Jean remarque que le mur est toujours humide et en déduit que son voisin n'a pas réparé la fuite. Il demande à son assureur Protection Juridique d'intervenir. Celui-ci refuse et précise qu'il n'intervient pas pour forcer le tiers à procéder aux réparations. Jean ne comprend pas cette décision puisque sa demande est liée au sinistre et qu'il veut éviter de nouveaux dommages. Il se tourne vers l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurance Protection Juridique qui lui communique les conditions générales et particulières du contrat de Jean fixant l'étendue de la couverture d'assurance. Elle constate que l'intervention de l'assureur Protection Juridique est limitée au recours à l'égard d'un tiers pour l'indemnisation d'un dommage matériel ou corporel.

Sur cette base, l'Ombudsman a dès lors dû confirmer à Jean la position de son assureur Protection Juridique. Celui-ci ne doit pas prendre en charge les démarches amiables ou judiciaires en vue de forcer un tiers à faire les réparations à l'origine de l'humidité, même si ces démarches sont nécessaires. Un recours pour un nouveau dommage ou un dommage complémentaire pourrait par contre être couvert.

Sachez que les frais pré- et post-hospitaliers ne sont remboursés que pour une période limitée !

Depuis quelques années, Pierre constate que sa vue baisse. Handicapé dans son quotidien, il consulte un ophtalmologue qui lui diagnostique une cataracte et lui recommande une intervention chirurgicale. Sur base de son planning, le chirurgien fixe l'opération deux mois plus tard. Pierre déclare l'intervention médicale à son assureur Soins de Santé et lui transmet les justificatifs des frais pour être remboursé. L'entreprise d'assurances confirme la prise en charge des frais d'hospitalisation mais refuse ceux de l'examen préalable car ils ont été exposés plus de 30 jours avant l'opération. Pierre explique que c'est le chirurgien qui a déterminé la date de l'intervention en fonction de son agenda chargé. Malgré cet argument, l'assureur maintient son refus et Pierre s'adresse à l'Ombudsman.

Depuis plusieurs années, les délais entre les examens médicaux et les interventions chirurgicales sont de plus en plus longs. Les contrats d'assurance Soins de Santé qui prévoient la prise en charge de frais ambulatoires liés à l'hospitalisation précisent le délai dans lequel ces prestations sont couvertes avant ou après l'hospitalisation. En général, ce délai est d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation.

Les conditions générales du contrat de Pierre reprennent ces délais d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation. Or, l'examen ophtalmologique a eu lieu deux mois avant l'hospitalisation. L'assureur applique strictement les délais contractuels et ne fait aucune exception même s'il y a un lien entre l'examen et l'hospitalisation. L'Ombudsman a par conséquent dû expliquer à Pierre que, malgré le fait qu'il n'était pas responsable du délai, la décision de l'assureur était juridiquement fondée.

Si le Bureau du suivi n'est pas compétent, adressez-vous à l'Ombudsman !

Virginie achète une maison qu'elle finance par un emprunt hypothécaire. Afin de garantir le remboursement de son emprunt, elle souscrit une assurance Solde restant dû. A cet effet, elle remplit et renvoie les formulaires médicaux à l'entreprise d'assurances en mentionnant qu'elle a souffert d'anorexie mentale. Sur base de cette déclaration, l'assureur décide de majorer le montant de la prime de base de 55 %. Virginie explique que cette affection a entraîné une hospitalisation et un traitement il y a six ans et qu'actuellement elle ne souffre plus d'aucun symptôme. Mais l'assureur maintient son point de vue.

Déçue de ne pas recevoir de réponse favorable, Virginie interroge l'Ombudsman.

Depuis le 30 décembre 2014, c'est le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû qui est compétent pour vérifier s'il est légitime d'un point de vue médical d'exiger une surprime supérieure à 75 %. Si la surprime est inférieure, l'Ombudsman est compétente pour traiter des litiges.

Comme la surprime appliquée à Virginie est de 55 %, l'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances afin d'obtenir les justifications de la décision. L'assureur estime que compte tenu des particularités de l'état de santé de Virginie, un risque de rechute n'est pas exclu. Or, ce type de pathologie est de nature à aggraver le risque de mortalité.

L'Ombudsman a fourni ces explications à Virginie qui a réagi en rapportant la preuve par différents éléments objectifs que depuis plusieurs années, elle a retrouvé un poids normal et qu'elle mène une vie saine. Grâce à ces éléments objectifs, l'entreprise d'assurances a accepté de l'assurer au tarif normal et de supprimer la surprime, à la grande satisfaction de Virginie.

En cas de divorce, vérifiez les clauses du contrat d'assurance établi en faveur de votre enfant !

Anne et Maxime sont mariés et ont une fille. Maxime souscrit, à son nom propre, une assurance Vie en vue de constituer ensemble un plan d'épargne pour leur fille. Après quelques années, le couple se sépare mais Anne continue à payer les primes. Par après, Anne apprend que Maxime va racheter le contrat pour obtenir le versement du montant épargné et prend contact avec l'entreprise d'assurances afin de s'y opposer. Elle souhaite que le montant de l'épargne soit versé à leur fille devenue majeure, tel qu'il avait été convenu au moment de la souscription. L'entreprise d'assurances refuse et ne communique aucune information à Anne car elle n'est pas partie au contrat d'assurance. Face à ce blocage, Anne saisit l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances qui lui communique les pièces du contrat. Les conditions particulières ne mentionnent qu'un seul preneur d'assurance, Maxime et leur fille n'est reprise comme bénéficiaire qu'en cas de décès de Maxime.

Dans un contrat d'assurance Vie, le preneur d'assurance a presque tous les droits sur le contrat. Il peut notamment racheter le contrat et demander le paiement des réserves constituées. Ce n'est que si le bénéficiaire du contrat en a accepté le bénéfice (il devient alors «bénéficiaire acceptant») que le rachat ne peut se faire qu'avec l'accord du bénéficiaire. Or, en l'espèce, ce n'est pas le cas.

L'Ombudsman a dès lors expliqué à Anne que même si elle a continué à verser des primes dans ce contrat, elle ne dispose d'aucun droit et que par ailleurs, sa fille ne peut prétendre au montant de l'épargne.

Vérifiez la couverture du contrat d'assurance Annulation lié à la réservation d'un voyage !

Depuis plus d'un an, Thomas est sous dialyse et attend une greffe de rein. Désireux de passer quelques jours de détente au soleil, il réserve un séjour en Italie. Son contrat de voyage comprend une assurance Annulation. Quelques semaines avant son départ, Thomas est informé qu'un rein est disponible et doit donc annuler son voyage. Immédiatement, il contacte l'assureur Annulation qui refuse de prendre en charge les frais. Comme le moment du don d'organe est imprévisible, Thomas conteste la décision de refus et s'adresse à l'Ombudsman.

L'Ombudsman prend contact avec l'entreprise d'assurances et consulte les conditions générales reprises dans la brochure du voyage. Elle constate que le contrat exclut de la garantie le traitement des maladies connues lors de la réservation du voyage. Moyennant le paiement d'une prime complémentaire, il était toutefois possible de souscrire une option accordant la garantie en cas d'attente d'une greffe d'organe. Comme Thomas n'avait pas choisi cette option, l'Ombudsman lui a confirmé que l'assureur était en droit de refuser son intervention.

Soyez Vigilant! Un contrat d'assurance Tous Risques GSM ne couvre pas tout!

Chloé a acheté un nouveau GSM et par la même occasion, souscrit une assurance spécifique que le vendeur lui a proposée pour être indemnisée en cas de dégâts ou de vol. Un soir, son téléphone lui glisse des mains et tombe dans la cuvette des toilettes. Bien qu'elle laisse sécher le GSM toute la nuit, le lendemain il ne se rallume pas. Elle déclare l'accident à l'assureur en expliquant les circonstances. Ce dernier refuse son intervention car il ne s'agit pas d'un dommage accidentel couvert par son contrat. Chloé ne comprend pas cette décision. Le vendeur, au moment de l'achat du GSM, ne lui a parlé d'aucune limitation. Elle décide de saisir l'Ombudsman.

L'Ombudsman analyse les conditions générales et constate que seuls sont couverts les vols par effraction ou par violence, les appels frauduleux et les dommages matériels accidentels. Les conditions générales définissent ces notions et précisent que l'évènement accidentel doit avoir une cause extérieure à l'assuré pour être couvert.

En l'espèce, c'est une mauvaise manipulation du téléphone par Chloé qui a causé la chute dans les toilettes. Aucun élément extérieur n'est à l'origine de l'accident. Par conséquent, bien que la définition du terme « accidentel » limite fortement les cas couverts, l'Ombudsman a expliqué à Chloé que les dispositions du contrat formaient la loi des parties et que le refus d'intervention de son assureur était juridiquement fondé.

Chloé est revenue vers l'Ombudsman en affirmant que cela ne lui avait pas été expliqué et que si l'elle avait su, elle n'aurait pas pris cette assurance. L'Ombudsman lui a répondu que le vendeur de GSM n'était pas tenu au même devoir d'information qu'un intermédiaire d'assurances. Il n'a pas l'obligation de fournir des informations claires et compréhensibles sur le produit d'assurance ni de vérifier si le contrat proposé correspond aux attentes de Chloé⁵.

5 Pour plus d'informations, voir *Chiffres et Analyse 2016 Ombudsman des Assurances*, pp. 8 et 37.

Si vous résiliez un contrat d'assurance, il faut respecter les formalités !

Quelques semaines avant l'échéance de sa police d'assurance RC Familiale, Pascal reçoit l'invitation à payer sa prime annuelle. Il constate que cette prime a augmenté mais qu'il a le droit de résilier son contrat dans les trois mois. Il part alors à la recherche de conditions plus avantageuses et envoie un e-mail à son courtier pour l'informer qu'il résilie le contrat. L'intermédiaire lui répond qu'il doit adresser un courrier recommandé directement à l'entreprise d'assurances. Pascal envoie à deux reprises un e-mail à son assureur qui, à chaque fois, lui demande de transmettre sa demande de résiliation par lettre recommandée. Ne souhaitant pas payer les frais d'un pli recommandé alors que c'est l'entreprise d'assurances qui a modifié les conditions contractuelles, Pascal demande l'avis de l'Ombudsman.

La loi prévoit que le preneur qui souhaite mettre fin à un contrat doit notifier sa décision à son entreprise d'assurances au moins trois mois avant l'échéance du contrat⁶. Toutefois, si une hausse tarifaire est notifiée moins de quatre mois avant cette échéance, le preneur a encore trois mois pour résilier le contrat à partir de la notification de la hausse⁷. Le renon doit être fait par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre contre récépissé⁸.

En l'espèce, Pascal n'a pas respecté cette obligation de forme. Bien que l'entreprise d'assurances reconnaisse avoir reçu le renon de Pascal par e-mail, elle refuse de l'enregistrer, s'en tenant strictement aux conditions de la loi. Selon elle, un simple e-mail d'une adresse inconnue ne lui permet pas d'être certaine de l'identité de l'expéditeur du message.

L'Ombudsman a donc dû confirmer à Pascal que l'assureur était en droit d'exiger qu'il respecte les formalités prévues légalement et, puisqu'il se trouvait toujours dans le délai des trois mois, elle l'a invité à envoyer d'urgence sa demande dans l'une des formes imposées.

6 Art. 85 §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.

7 Art. 12 de l'A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, M.B., 11 avril 1991.

8 Art. 84 §1 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.

Intermédiaires

Vous refinancez votre emprunt ? Prenez garde aux incidences de l'évolution de votre état de santé sur votre assurance Solde restant dû !

Suite à un grave accident de la route, Cédric, le mari de Pauline, perd la vie. Ils avaient souscrit une assurance Solde restant dû lors du refinancement de leur emprunt hypothécaire. Informé, le courtier déclare le décès à l'entreprise d'assurances. Après quelques semaines, l'assureur déclare qu'il ne pourra intervenir pour rembourser le solde du capital dû. Il invoque que Cédric a omis de déclarer dans sa déclaration de santé des épisodes manico-dépressifs qu'il traversait depuis des années, qu'il était en incapacité de travail et qu'il percevait des indemnités de sa mutualité. Accablée par cette décision, Pauline conteste et s'interroge sur la responsabilité de son courtier qui connaissait l'état de santé de son mari. Elle sollicite l'intervention de l'Ombudsman.

L'Ombudsman interroge l'entreprise d'assurances ainsi que l'intermédiaire. Elle constate qu'en complétant les documents de souscription du contrat, Cédric n'avait en effet ni déclaré sa maladie ni précisé qu'il était en incapacité de travail.

La déclaration de santé est un document qui permet à l'assureur d'apprécier le risque et de fixer adéquatement le montant de la prime d'assurance. La loi prévoit que si le candidat-assuré ne répond pas correctement aux questions sur son état de santé, l'assureur peut refuser son intervention lors d'un sinistre⁹. Or, pour son ancien crédit, Cédric bénéficiait d'une assurance Solde restant dû qu'il avait conclue avant ses problèmes de santé. Au moment du refinancement, le courtier lui avait conseillé de résilier cette couverture antérieure et d'en souscrire une nouvelle. L'intermédiaire savait, notamment sur base des données du dossier d'emprunt hypothécaire, que Cédric était en incapacité de travail pour des épisodes manico-dépressifs. Il ne pouvait donc ignorer que son client avait tout intérêt à maintenir son contrat d'assurance existant.

L'Ombudsman a pu convaincre le courtier de déclarer le sinistre à son assureur Responsabilité Civile Professionnelle pour que les ayants droit de Cédric puissent bénéficier d'une indemnisation proportionnelle à sa part de responsabilité.

⁹ Art. 58 et s. de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, M.B., 30 avril 2014.



Square de Meeûs, 35
B-1000 Bruxelles
Tél. +32 (0)2 547 58 71
Fax +32 (0)2 547 59 75
info@ombudsman.as
www.ombudsman.as