



De Ombudsman jaarverslag 1999

1. Inleiding

2. Gebeurtenissen van 1999

1. De ongevallen
2. Een nieuwe wetgeving
3. Maatregelen ten behoeve van de consument

3. Statistieken en analyse

1. Inleiding
2. Aantal klachten
3. Oorsprong van de klachten
4. Verdeling per tak
5. Motief van de klachten
6. Resultaat van de klachten
7. Samenvattende tabel

4. Aanbevelingen

1. Follow-up van de aanbevelingen in het verslag van 1998
Rechtsbijstand
Levensverzekering
Hospitalisatieverzekering
2. Aanbevelingen op grond van de in 1999 ontvangen klachten
De communicatie
Opzettelijke materiële beschadigingen
Hospitalisatieverzekering
Levensverzekering

5. Conclusie

Bijlage 1: Praktijkgevallen

Bijlage 2: Uittreksel uit het jaarverslag van 1996

- Levensverzekering

Bijlage 3: Uittreksel uit het jaarverslag van 1998

- Economische gevolgen van de daling van de rentevoet

Bijlage 4: Uittreksel uit het jaarverslag van 1997

- Trage schaderegeling

Bijlage 5: Uittreksel uit Assurinfo van 28/10/99

- Termijnen inkorten en communicatie verbeteren
- De ombudsman vraagt dat er maatregelen worden genomen

Bijlage 6: Procedure voor het indienen van een klacht

- Welke klachten kunnen worden ingediend?
- Hoe contact opnemen?



[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

1. INLEIDING

De alternatieve vormen van geschillenregeling zijn in volle ontwikkeling. In 1987 besliste de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen als eerste in België om de functie van Ombudsman op te richten. Dit baanbrekend werk kreeg snel navolging.

De ombudsfunctie maakt het de consument mogelijk om een geschil op een eenvoudige, snelle en kosteloze manier te regelen.

In verschillende milieus en op alle niveaus dringt dit besef door.

Op Europees niveau bijvoorbeeld maakt het directoraat-generaal "Gezondheid en Bescherming van de Consumenten" (vroeger DG XXIV genoemd) van de Europese Commissie zich zorgen over die snelle ontwikkeling van de buitengerechtelijke geschillenregeling. Om de transparantie voor de consument te vergroten en hem beter te beschermen, heeft zij een aanbeveling (Aanbeveling van de Commissie betreffende de principes die van toepassing zijn op de organen die verantwoordelijk zijn voor de buitengerechtelijke beslechting van consumentengeschillen (98/257/CE)) uitgevaardigd met de criteria waaraan de instellingen in kwestie moeten voldoen.

In het verlengde van die aanbeveling heeft het directoraat-generaal "Financiële Diensten" (vroeger DG XV genoemd) elke Lidstaat gevraagd om een overzicht op te maken van alle op hun grondgebied bestaande instellingen die bank- of verzekeringsgeschillen buiten het gerecht regelen.

Op basis van die gegevens trachten de Lidstaten een netwerk in de Europese Gemeenschap op te zetten dat de burger moet bijstaan om een grensoverschrijdend geschil buitengerechtelijk op te lossen.

*

Uit dit verslag zal blijken dat de sector nog andere projecten heeft uitgewerkt waardoor de schaderegeling vlotter kan verlopen.

Er wordt dus volop gezocht naar alternatieve oplossingen om geschillen buiten de rechtbanken te regelen. De ombudsfunctie van de BVVO maakt deel uit van die tendens, wat de rol van de Ombudsman alleen maar versterkt.





2. Gebeurtenissen van 1999

Een aantal gebeurtenissen hebben zwaar gewogen op de verzekeringssector in België. Wat waren de gevolgen ervan ?

1. [De ongevallen](#)
2. [Een nieuwe wetgeving](#)
3. [Maatregelen ten behoeve van de consument](#)

1. De ongevallen

- a. Kettingbotsing in Menen op 15 maart 1999

Enkele dagen na het voorval hebben de verzekeraars van de Belgische markt het publiek in een perscommuniqué laten weten dat zij beslist hebben om het ongeval te regelen volgens de overeenkomst "kettingbotsingen", die opgesteld werd door de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen.

Dankzij die overeenkomst worden alle lichamelijke letsels en het grootste deel van de materiële schade van de slachtoffers en hun naasten vergoed, zonder dat zij geplaagd worden voor vrijwel onoverkomelijke problemen in verband met de bewijsvoering.

- b. Tornado in Doornik en overstromingen in december 1999

Die tragische gebeurtenissen vormden de aanleiding om de aandacht van de media, de politieke wereld in ruime zin en de regering andermaal te vestigen op de kwestie van de natuurrampendeckking. Al meer dan 10 jaar werken de verzekeraars aan een project om die risico's te verzekeren, maar het gebrek aan politieke wil van de vorige regering om tot een oplossing te komen, heeft ertoe geleid dat het project nog altijd geen concrete vorm heeft gekregen.

Als gevolg van de klimatologische veranderingen stellen we echter vast dat die uitzonderlijke gebeurtenissen zich de laatste jaren vaker voordoen, waardoor heel wat bewoners in grote

moeilijkheden verkeren, zonder snel op een billijke vergoeding te kunnen rekenen.

Gezien de verzekerbaarheid van die risico's gekoppeld is aan het solidariteitsprincipe, is een wettelijke beslissing nodig om de bevolking tegen die weerfenomenen te beschermen.

In oktober 1998 keurde de Ministerraad een voorontwerp van wet goed dat voorzag in een verplichte natuurrampenverzekering op basis van het principe van de solidariteit tussen de burgers en de onderlinge spreiding van de risico's. De Raad van State heeft echter te lang gewacht met zijn advies. Dat ontwerp, dat tegemoetkwam aan de behoeften van het grote publiek, is dus dode letter gebleven en intussen is op initiatief van de nieuwe regering een ander ontwerp voorgesteld in januari 2000. Volgens die versie kunnen de verzekeraars deze risico's dekken tegen een vrij te bepalen tarief. De basisfilosofie is dus veranderd en de concurrentie krijgt vrij spel.

Eind april 2000 heeft de Raad van State zijn advies gegeven. Vóór de vakantieperiode zal het wetsontwerp in de Kamer ingediend worden.



2. Een nieuwe wetgeving

Op 1 juli 1999 is een koninklijk besluit inzake de levensverzekering in werking getreden.

Onze aandacht gaat in het bijzonder uit naar twee bepalingen ervan :

Er is ten eerste de verlaging van de gewaarborgde maximum rentevoet van 4,75 % naar 3,75 %. Die maatregel sluit aan op de beslissing die de meeste verzekeringsondernemingen eind 1998 hebben genomen om die rentevoet te verlagen tot meestal 3,25 %.

Daarnaast heeft de wetgever gehoor gegeven aan de wens van de consument om het systeem van de winstdeelnames transparanter te maken. Zo zal de verzekeringsonderneming de stijging van de verzekerde prestaties die voortvloeit uit de winstdeelname, alsook de voorwaarden waaraan het contract moet voldoen om het volgende boekjaar een winstdeelname te kunnen genieten, voortaan jaarlijks aan de verzekeringsnemer moeten meedelen.

De aanbeveling die de Ombudsman in haar jaarverslag van 1996 heeft geformuleerd (zie bijlage 2), is daarmee nu in een wettekst omgezet.



3. Maatregelen ten behoeve van de consument

De ene maatregel beschermt de consument tegen misbruiken, de andere stelt hem in de mogelijkheid om een beroep te doen op een vorm van buitengerechtelijke geschillenregeling.

a) Oprichting van een sectie Onrechtmatige Bedingen en Praktijken in de Commissie voor Verzekeringen, die:

- een inventaris moet opmaken van de als onrechtmatig beschouwde bedingen en praktijken;
- moet toezien op de naleving van het advies en de beslissingen terzake die genomen werden door de dienst Klachten van de CDV, de Ombudsman van de BVVO, de hoven en de rechtbanken;
- aanbevelingen en voorstellen voor nieuwe reglementeringen moet voorbereiden.

In die commissie zijn verschillende groepen vertegenwoordigd : de verzekeringsondernemingen, de particuliere en industriële consumenten, de verzekeringstussenpersonen en de academici.

Het feit dat een dergelijke officiële instelling onder meer nagaat of gevolg wordt gegeven aan het advies en de beslissingen van de Ombudsman toont aan dat de verschillende betrokken partijen van de sector veel belang hechten aan de opdracht die zij vervult.

De Ombudsman verheugt zich erover dat zij de steun van een dergelijke officiële instelling geniet en hoopt ten stelligste dat haar aanbevelingen in de toekomst nog meer concreet uitgevoerd worden.

b) Arbitrageformules in de praktijk

Gezien de trage werking en de hoge kostprijs van de gerechtelijke procedures, alsook de overbelasting van de rechtbanken zijn de verzekeraars op zoek gegaan naar alternatieve oplossingen om geschillen te regelen, waarbij een grote toegankelijkheid en een vereenvoudigde procedure het mogelijk moeten maken om sneller tot een regeling te komen.

De verzekeringsondernemingen, -tussenpersonen en advocaten hebben een "vzw Arbitrage" in het leven geroepen, waartoe de burger zich kan richten wanneer zijn geschil betrekking heeft op een verkeersongeval met materiële schade. Als er lichamelijke letsels zijn, dan mogen de medische kosten niet meer dan 10.000 BEF bedragen.

De procedure kost 15.000 BEF. Tegen de beslissing kan beroep worden aangetekend, op voorwaarde dat de inzet meer dan 250.000 BEF bedraagt.

Die procedure is vandaag al operationeel in de gerechtelijke arrondissementen Brussel en Luik. Met andere balies zijn momenteel onderhandelingen aan de gang.

Daarnaast heeft een groep van verzekeringsondernemingen die ongeveer 30 % van de markt "motorrijtuigen" vertegenwoordigt, in samenwerking met Test-Aankoop, een regeling opgezet waardoor hun verzekerden hun onderlinge geschillen met betrekking tot materiële schade aan een scheidsgerecht kunnen voorleggen. Een beslissing moet binnen een termijn van twee tot zes maanden genomen worden. Er is geen beroep mogelijk en de procedurekosten worden verdeeld onder de betrokken verzekeringsondernemingen.

Die initiatieven zijn een zeer goede zaak, want ze komen tegemoet aan de behoeften van de

consument, die al te vaak afziet van gerechtelijke stappen wegens de te hoge kostprijs en de trage werking ervan.

Andere projecten om schadegevallen sneller te regelen staan op stapel, zoals de procedure "Trans-PV", waardoor minder lang zal moeten worden gewacht op het strafdossier, alsook twee wetsvoorstellen inzake verkeer, waarvan het ene vergoedingstermijnen bij lichamelijke letsels zou invoeren en het andere het toepassingsgebied van de automatische schadeloosstelling van de zwakke weggebruikers zou uitbreiden.





[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

3. Statistieken en analyse

1. [Inleiding](#)
2. [Aantal klachten](#)
3. [Oorsprong van de klachten](#)
4. [Verdeling per tak](#)
5. [Motief van de klachten](#)
6. [Resultaat van de klachten](#)
7. [Samenvattende tabel](#)



1. Inleiding

De statistische analyse van de klachten die de Ombudsman behandelt, gebeurt aan de hand van codes die worden bepaald op het ogenblik dat de klacht geregistreerd wordt.

Die codes worden in 5 categorieën onderverdeeld:

- a. **tak**
Hier worden de klachten gerangschikt volgens de tak, de subtak of zelfs de dekking (auto, leven, brand, diefstal, ...) waarop ze betrekking hebben.
- b. **oorsprong**
Deze code duidt het profiel aan van de persoon die klacht heeft ingediend (verzekerde, tussenpersoon, andere, ...).

c. **motief**

Deze code duidt het motief aan dat de persoon ertoe aangezet heeft een klacht in te dienen. Waarover is hij niet tevreden? Waarom doet hij een beroep op de Ombudsman?

d. **soort dossier**

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de klachten over de "productie", d.w.z. over de contractsluiting, en de klachten over het "schadegeval", d.w.z. over de schadeloosstelling door de verzekeraar.

e. **resultaat**

Deze code onderscheidt klachten die door de Ombudsman onderzocht worden, van klachten die zij niet heeft dienen te behandelen. Er wordt vermeld waarom bepaalde klachten buiten haar bevoegdheid vallen (de CDV werd ook aangeschreven, vragen van commerciële aard, ...).

Bij de onderzochte klachten wordt voorts nog een onderscheid gemaakt tussen gegronde en ongegronde klachten.



2. Aantal klachten

De analyse van de klachten gebeurt alleen op basis van de **schriftelijke** klachten. De ombudsdienst ontvangt daarnaast ook nog tal van telefonische oproepen die geen aanleiding geven tot schriftelijke klachten, maar niettemin niet te verwaarlozen zijn. Inderdaad, aangezien de rol van de Ombudsman er fundamenteel in bestaat het imago van de sector te bevorderen, is haar bereikbaarheid en informatieverstrekking via de telefoon een belangrijk aspect van haar functie

De Ombudsman heeft in 1999 1.473 schriftelijke klachten geregistreerd, wat een stijging is van 34 % (1.100 klachten in 1998).

Die stijging is voornamelijk toe te schrijven aan de media-aandacht voor haar functie. Eén artikel in een krant of een tussenkomst op radio of televisie volstaat immers om het aantal klachten te doen toenemen.

In dit opzicht wordt verwezen naar de aanwezigheid van de Ombudsman in het RTL-televisieprogramma "Controverse" op zondag 24 februari 1999, waar de presentator, Pascal Vrebos, die bekend staat om zijn indringende commentaar, het debat op de ombudsfunctie heeft gericht. De invloed van dat debat wordt op zo'n 120 klachten geschat.

Daarnaast heeft de beslissing van eind 1998 om de gewaarborgde rentevoet van 4,75 % in de levensverzekering (zie jaarverslag van 1998, bijlage 3) te verlagen, ook tot een 70-tal klachten geleid.



3. Oorsprong van de klachten

De meeste klachten (58 %) worden door de verzekeringsnemers ingediend. Dat percentage ligt even hoog als in 1998. De stijging van het aantal klachten komt voornamelijk voor rekening van de media en de politici, goed voor zo'n 6 % in 1998 en 10 % in 1999, alsook van derden (tegenpartijen), goed voor 11 % van de klachten in 1999, tegenover 8 % het jaar daarvoor.

Het absolute aantal klachten van makelaars en advocaten is gelijk gebleven. De overgrote meerderheid van hen kent ongetwijfeld het bestaan van de ombudsfunctie en zij worden dan ook niet beïnvloed door persartikels of interviews in de media.

Wat de taal betreft, werd in 1998 een groter evenwicht bereikt tussen de twee taalgebieden. In 1999 was 63 % van de klachten afkomstig van Franstaligen. De algemene stijging is trouwens hoofdzakelijk toe te schrijven aan de Franstaligen, die in 1999 933 klachten hebben ingediend, tegenover 602 in 1998. Nederlandstaligen hebben slechts 42 klachten meer ingediend. De invloed van de media is hierbij heel groot. Zoals hierboven reeds is vermeld, leidde het RTL-programma van 24 februari 1999 alleen al tot zo'n 120 klachten !

Bovendien hebben heel wat Franstalige kranten en magazines uitvoerig bericht over het bestaan en de rol van de ombudsfunctie.

Zo is in de rubriek media en politici 76 % van de klachten afkomstig van Franstaligen.



4. Verdeling per tak

Net als de voorgaande jaren hebben de meeste klachten betrekking op de motorrijtuigverzekering en meer bepaald de op verplichte BA. Die klachten maken al enkele jaren zo'n 33 % uit. In 1999 is dat percentage zelfs gestegen met meer dan 46 % (van 277 tot 423 klachten !).

In de tak rechtsbijstand is het aantal klachten opgeklimmen tot 17 %, terwijl het in 1998 gezakt was tot 13 %. Die stijging is enorm : 64 %, namelijk van 148 klachten in 1998 tot 243 in 1999.

In de levensverzekering werden een zestigtal klachten meer geregistreerd en in de gezondheidszorg is er een relatieve stagnering (+ 10 klachten).

	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'99/'98
Rechtsbijstand	92	126	123	177	148	243	+ 64%
Motorrijtuigen	224	271	314	283	339	496	+ 46%

Brand	175	186	169	179	184	172	- 7%
Diefstal buiten motorrijtuigen	23	39	32	18	21	21	+ 0%
Arbeidsongevallen	21	39	17	24	36	51	+ 42%
Leven/Hypotheken	66	109	108	106	140	201	+ 44%
BA	71	72	80	88	99	124	+ 25%
Gezondheidszorg/Gew. Inkomen	35	74	71	47	73	83	+ 14%
Individuele Ongevallen	17	15	12	18	13	16	+ 23%
Diversen	24	31	33	46	47	66	+ 40%
Jaartotaal	832	1060	1050	1063	1100	1473	+ 34%

De verklaring voor al die schommelingen heeft voornamelijk te maken met de redenen waarom de consument een klacht indient (zie hoofdstuk 3.5 "motief van de klachten").



5. Motief van de klachten

Van de 1.473 ingediende klachten hebben er 447 betrekking op de productie. De meeste (zo'n 70 %) betreffen de schaderegeling.

A. In **productie** blijkt de consument vooral te klagen over de **prijs** die hij voor een verzekering moet betalen. Zo slaan de klachten op de premies en de moeilijkheid om een verzekering te vinden.

Dit toont aan dat, in het bijzonder in de verplichte BA-motorrijtuigenverzekering, de steeds verder doorgedreven segmentering negatieve gevolgen heeft. De kandidaat-verzekeringnemers die zwaardere risico-eigenschappen vertonen, gingen vroeger immers door de algemene solidariteit op in de massa van verzekerden. Vandaag krijgen ze het moeilijk om een dekking te vinden of op zijn minst tegen een redelijk tarief.

De Ombudsman kan hen jammer genoeg maar gedeeltelijk steunen in hun demarche. De tarieven en de voorwaarden voor het aanvaarden van risico's maken immers deel uit van het commercieel beleid van de verzekeringsondernemingen, waarin zij hun eigen strategische keuzes vrij bepalen.

Wanneer de Ombudsman een dergelijke klacht ontvangt, kan zij de klager alleen maar doorverwijzen naar de "Pool voor moeilijk te plaatsen risico's".

Aanvaardt de klager daarentegen het bedrag van de premie niet, dan zal de Ombudsman wel nagaan of de contractuele bepalingen met betrekking tot de tariefaanpassingen en de bonus-malusregeling correct werden toegepast.

Als de verzekerde de opzegging van de polis weigert (zo'n 30 gevallen), onderzoekt de Ombudsman eveneens of dit in overeenstemming met de juridische voorschriften is gebeurd. Er zijn ook klachten met betrekking tot de terugbetaling van de premie.

Wanneer de klager zich verzet tegen zijn registratie in het RSR-bestand, dat door **Datassur** (Economisch Samenwerkingsverband belast met de administratie en het beheer van de bestanden die relevante gegevens bevatten in het kader van de uitvoering van de verzekeringsondernemingen) wordt beheerd, gaat zij na of die opname gerechtvaardigd is.

In alle takken, maar hoofdzakelijk in de tak leven (50 %), wordt de Ombudsman geconfronteerd met kandidaat-verzekeringnemers of verzekerden die zich richtten tot hun verzekeringsonderneming en tot hun verwondering of zelfs verontwaardiging moeten vaststellen dat de maatschappij **hun vraag niet beantwoordt**... Na de dossiers te hebben onderzocht, is de Ombudsman tot de vaststelling gekomen dat maar liefst 70 % van die klachten gegrond is !

In de **levensverzekering** ten slotte hebben een zeventigtal klachten van de in totaal 89 over de **bedragen van de verworven prestaties** betrekking op de verandering van het nominaal bedrag van de gewaarborgde rentevoet.

Voor de contracten met "variabele premies" hebben de verzekeraars de gewaarborgde rentevoet van 4,75 % immers teruggebracht tot meestal 3,25 % voor alle stortingen na 1 januari 1999.

De controverse is voornamelijk het gevolg van de onduidelijke formulering van de clausule volgens welke een stabiele rentevoet wordt gewaarborgd, alsook van de reclameboodschappen die de verkoop van het product vergezellen en ondersteunen.

In werkelijkheid verbiedt de wet (Artikel 24 van het koninklijk besluit leven van 17/12/1992 - Belgisch Staatsblad 31/12/1992) echter om het bedrag van het eindkapitaal te waarborgen, zodat voor sommige verzekeringsondernemingen de bepaling in kwestie slechts op één manier kon worden geïnterpreteerd.

Andere, die de wens van de verzekeringsnemer zoals hij die op het ogenblik van de contractsluiting had geformuleerd, wilden blijven respecteren, hebben een pragmatische oplossing trachten te vinden.

B. De klachten in verband met **schadegevallen** hebben voor een groot deel (431 gevallen op 999) betrekking op het feit dat de verzekeringsonderneming **weigert om tussenkomst te verlenen**.

Wanneer die redenen uitgesplitst wordt over de betrokken takken, dan stelt men vast dat vier takken het vaakst in de vuurlinie liggen: motorrijtuigen (109 gevallen), rechtsbijstand (89 gevallen), diverse BA (75 gevallen) en gezondheidszorg (41 gevallen).

De redenen waarom verzekeringsondernemingen weigeren om tussen te komen, variëren in

de tak motorrijtuigen.

In de tak rechtsbijstand daarentegen steunen de weigeringen hoofdzakelijk op de contractuele mogelijkheid voor de verzekeringsonderneming om het conflict op minnelijke wijze te trachten op te lossen. Ook het feit dat vroegtijdig een advocaat wordt ingeschakeld, leidt vaak tot discussie. Een ander motief heeft te maken met de alsmaar ingewikkeldere waarborgen in de contracten van de "nieuwe generatie" : dekking inzake het familie-, arbeids-, sociaal, fiscaal, contractueel recht enz., waar de anterioriteit en bijgevolg het toeval en dus het risico zelf, de essentie van een verzekeringscontract, ontbreken (zie bijlage 1, geval nr. 10).

In de diverse BA gaat het vooral om de BA-uitbating, waar de verzekeringsonderneming ofwel de schuld tijdens de uitoefening van het beroep van zijn verzekerde niet bewezen acht (begrip "schuld", werk uitgevoerd door verschillende ondernemingen), ofwel zich beroept op een contractuele bepaling (uitsluiting, vrijstelling).

In de tak gezondheidszorg hebben de meeste klachten te maken met de vooraf bestaande toestand van de verzekerde of met de medische noodzaak van de ingreep.

De consument beklagt zich ook over de **trage regeling** van het schadegeval (ongeveer 13 %), vooral in de tak motorrijtuigen (± 50 % van die categorie) en in rechtsbijstand, waar de verzekeraar een passief beheer wordt verweten.

Een groot aantal personen ondervindt moeilijkheden om de herstellingen op eigen kosten voor te schieten. Intussen kan het slachtoffer zijn eigen wagen echter niet gebruiken of kan de toestand van het roerend of onroerend goed verder verslechteren.

Hoewel 60 % van die klachten gegrond zijn, is het wel zo dat de verzekeringsondernemingen niet altijd verantwoordelijk zijn voor de trage schaderegeling. Alvorens over een schadegeval een standpunt in te nemen, willen de verzekeringsondernemingen immers kennismaken van het strafdossier. Om daarvan een kopie te verkrijgen, moet vandaag echter een lange en moeizame procedure worden gevolgd. Via de BVVO hebben de ondernemingen een alternatieve oplossing uitgewerkt : het project "Trans-PV" . Dat project dat opgevolgd wordt door de verzekeraars zit vandaag echter vast bij het ministerie van Justitie in de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Naast de vertraging om het strafdossier te bekomen, krijgt de Ombudsman ook klachten in verband met de trage werking van ons gerechtelijk systeem.

Aangezien zij geen enkele greep heeft op dat proces, kan zij dat alleen maar betreuren. Volgens haar heeft een en ander te maken met de termijn voor de vaststelling van de pleidooien en de tijd die de gerechtelijke experts nodig hebben om hun verslagen in te dienen.

In dit opzicht herinnert zij aan de aanbeveling die zij in haar activiteitenverslag van 1997 heeft geformuleerd, dat blijkbaar maar weinig gehoor heeft gekregen (zie bijlage 4). In het kader van de regeling van de honoraria van experts had ze de verzekeringsondernemingen

opgeroepen hun advocaat te vragen om artikel 990 van het Gerechtelijk Wetboek strikt toe te passen dat bepaalt dat de voorschotten aan de griffie in consignatie worden gegeven.

Doordat de oorzaken voor de trage regeling deels los staan van de organisatie en het beheer van de verzekeraars, zijn de klachten in de tak rechtsbijstand die op dit ongenoegen berusten, slechts voor 35 % gegrond.

Er zijn overigens nog andere partijen die betrokken zijn bij het schadebeheer. Het gaat voornamelijk om inspecteurs of onafhankelijke experts (motorrijtuigen, brand, artsen...) op wie de verzekeringsondernemingen geen greep hebben, maar die zij toch trachten te sensibiliseren voor de problemen van de verzekerden en de slachtoffers.

De begunstigde van een vergoeding richt zich soms tot de Ombudsman omdat hij ontevreden is over het **uitgekeerde bedrag** (± 11 %).

Haar rol beperkt er zich op dat gebied toe na te gaan of de wettelijke en contractuele bepalingen werden nageleefd (vrijstelling, degressiviteitsregel, fiscale bepalingen...). Zo kan zij oordelen of het bedrag van een vergoeding in het kader van een verzekering "materiële schade" of "autodiefstal" correct werd berekend. Hetzelfde geldt voor een brandovereenkomst.

Zij zal echter niet beginnen te onderhandelen met de verzekeringsondernemingen en zal de verzekerden of slachtoffers geen advies geven over de vergoeding van schade waarvoor de rechtbanken variabele bedragen toekennen (gebruiksderving en financiering van een voertuig, schade als gevolg van tijdelijke of blijvende ongeschiktheid, morele schade, esthetische schade...).

Zij zal hen doorverwijzen naar de verzekeringsadviseurs (tussenpersonen), de rechtsbijstandsverzekeraars en de advocaten, die vooral als taak hebben het slachtoffer in zijn aanspraken bij te staan.

Terwijl het aantal klachten over het feit dat **de verzekeringsonderneming haar beslissingen onvoldoende rechtvaardigt** in 1998 was afgenomen, zijn die klachten in 1999 jammer genoeg opnieuw toegenomen (7 % in 1998 en 9 % in 1999).

50 % van die klachten hebben betrekking op de tak rechtsbijstand.

De verzekerde klaagt omdat hij niet begrijpt waarom de verzekeraar de vordering niet instelt, voortzet of versnelt.

Wanneer hij het niet eens is met de zienswijze van de verzekeringsonderneming kan hij, krachtens de wet, het advies inwinnen van een advocaat die hij zelf kiest. In dat geval wordt de zogeheten "objectiviteitsclausule" toegepast. In de praktijk wordt die al te vaak genegeerd en moet de Ombudsman aan het bestaan ervan herinneren.

Wanneer een zaak al voor de rechtbank is gebracht, dan wordt de **communicatie** met de verzekerde ingewikkeld. De deontologie van de advocaten verplicht hen er immers toe om

onderling en met hun cliënten te communiceren. Maar wie zijn hun cliënten: de verzekeringsonderneming of de verzekerde ?

Bovendien gebeurt het dat de verzekerde een waarborg heeft onderschreven bij een verzekeraar die het schadebeheer aan een andere onderneming heeft toevertrouwd. Welke van beide houdt de verzekerde op de hoogte ?

Ten slotte wordt het dossier ook nog door de tussenpersoon gevolgd.

Al die partijen kunnen, bij gebrek aan coördinatie, nalaten om de verzekerde in te lichten of informatie mee te delen die samen genomen tot verwarring kan leiden.



6. Resultaat van de klachten

Van de 1.473 klachten die de Ombudsman heeft ontvangen, werden er 264 (18 %) niet verder onderzocht.

Van die klachten waren er 67 ook bij de CDV (Controledienst voor de Verzekeringen) ingediend. Op grond van een akkoord tussen beide instanties zal de Ombudsman van de BVVO zich in dergelijke gevallen terugtrekken en de klacht laten behandelen door deze aan het ministerie van Economische Zaken verbonden instelling.

Het aantal schriftelijke verzoeken om informatie blijkt in drie jaar bijna verdubbeld te zijn.

Daarnaast zijn er nog de vele telefonische oproepen om aan de Ombudsman, die men neutraal en objectief acht, de nodige informatie te vragen.

In 1998 was 49 % van de klachten gegrond, in 1999 47,5 %.

De klachten zijn vooral gegrond ($\pm 60\%$) wanneer de verzekerde zich richt tot de Ombudsman om te klagen over het feit dat de verzekeringsonderneming zijn verzoek niet heeft beantwoord, een premie niet wordt terugbetaald of het beheer te traag verloopt.

Wanneer hij het niet eens is met de weigering van de verzekeraar om te vergoeden, is zijn klacht daarentegen veelal ongegrond.

Uit het onderzoek van de resultaten per verzekeringstak blijkt dat de klachten het vaakst gegrond zijn in leven. In die tak beklagt men er zich vooral over dat de verzekeraar helemaal niet of slechts gedeeltelijk op zijn verzoek reageert !

In de tak rechtsbijstand daarentegen is 58 % van de klachten ongegrond, vooral wanneer de verzekerde klaagt over de weigering tot tussenkomst en het passief beheer. De trage gerechtelijke procedures die vaak aan de oorsprong van de vertragingen liggen, alsook de ingewikkelde regeling van ongevallen die zich in

het buitenland hebben voorgedaan, kunnen niet ten laste van de verzekeraars worden gelegd (zie 3.5 Motieven).

De Europese autoriteiten zijn zich bewust van deze moeilijkheid en willen een specifieke tekst invoeren om het lot van de slachtoffers van een ongeval in het buitenland te verbeteren (ontwerp Rothley).

De meeste klachten die door advocaten en makelaars worden ingediend, blijken gegrond.

Ten slotte zijn er slechts vijf gevallen waarbij de verzekeringsonderneming het standpunt van de Ombudsman niet heeft gevolgd.



7. Samenvattende tabel

	1999 aantal		1998 aantal	
1. Aantal dossiers	1.473	100%	1.100	100%
2. Oorsprong van de klachten				
• Verzekeringnemer/verzekerden	856	58%	640	58%
• Tussenpersonen	222	15%	216	20%
• Touring-Wegenhulp	1	0,1%	1	0,1%
• Rechthebbenden/derden	162	11%	91	8%
• Advocaten	64	4%	67	6%
• Politici/overheid Media/verbruikersverenigingen, ...	168	11,9%	85	7,9%
3. Betrokken takken				
• Motorrijtuigen	496	34%	339	31%
• Brand	173	12%	184	17%
• Diefstal buiten motorrijtuigen	21	1%	21	2%
• Arbeidsongevallen	51	3%	36	3%
• Leven	200	14%	140	13%
• Burgerr. Aansprakelijkheid	124	8%	99	9%
• Gezondheidszorg/Gew. Inkomen	48	6%	73	7%

• Individuele Ongevallen	16	1%	13	1%
• Rechtsbijstand	243	17%	148	13%
• Diversen (reis, annulatie, transport, ...)	65	4%	47	4%
4. Motief van de klachten				
Tussenpersonen (misleidende prestatie, gedrag, plaatsingsmandaten, ...)	24	2%	22	2%
Totstandkoming v/h contract (voorstel, aanvraag, overname, geldigheid, bewijs, ...)	50	3%	36	3%
Polisvoorwaarden (duur, zonder gevolg gebleven verzoek, waarborgen, ...)	114	8%	65	6%
Premie (berekening, betaling, terugbetaling, ...)	91	6%	73	7%
Andere prestaties (afkoop, reductie, winstdeelname, ...)	134	9%	76	7%
Prestaties van de verzekeraar	999	68%	783	71%
te trage uitkering/ geen antwoord		13%		11,5%
gebrek aan verantwoording		9%		7%
handelwijze van lasthebbers (advocaten, experts, artsen)		0,8%		0,5%
betaling van voorschotten		0,2%		1%
toepassing van conventies		1%		0,5%
weigering tot vergoeding		29%		36%
passief beheer rechtsbijstand		4%		3,5%
bedrag van uitkering		11%		11%
Einde van het contract (afloop, opzegging, schorsing, Datassur)	61	4%	45	4%
5. Resultaat van de klachten				
Gegrond		47,5%		49%
Ongegrond		52,5%		51%



[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

4. Aanbevelingen

1. [Follow-up van de geformuleerde aanbevelingen in het verslag van 1998](#)
2. [Aanbevelingen op grond van de in 1999 ontvangen klachten](#)

1. Follow-up van de geformuleerde aanbevelingen in het verslag van 1998

In haar verslag van verleden jaar betreurde de Ombudsman dat haar aanbevelingen die zij de jaren daarvoor had geformuleerd, maar weinig opgevolgd werden. Zij bleef niettemin optimistisch. Aangezien dit aspect van de functie nieuw was, zou het invoeren van een georganiseerde follow-up immers de nodige tijd in beslag nemen.

Tussen de laatste persconferentie van oktober 1999 voor de voorstelling van het jaarverslag 1998 en de voorstelling van dit verslag zijn slechts zes maanden verstreken, met daartussenin nog de activiteiten ter afsluiting van het boekjaar. Het is dan ook voorbarig om na te gaan of de aanbevelingen in de praktijk zijn omgezet. Toch stelt de Ombudsman vast dat deze een zeer goede weerklank hebben gekregen. Sinds de verschijning van het jaarverslag in oktober 1999 is bijvoorbeeld een Brandpunt van het gespecialiseerde magazine van de sector aan de aanbevelingen gewijd (zie bijlage 5).

In de maand november hebben de bureaus van de verschillende technische afdelingen van de BVVO de tekst van de aanbevelingen verspreid en deze tijdens een van hun vergaderingen besproken.

Sommige hebben het zelfs nodig geacht een werkgroep op te richten om de kwestie te onderzoeken en oplossingen voor te stellen.

Rechtsbijstandverzekering

Een eerste aanbeveling stipuleerde dat duidelijk vermeld zou moeten worden dat de vrije keuze van advocaat in principe slaat op **één enkele** advocaat en dat de polisvoorwaarden zouden moeten preciseren onder welke voorwaarden de verzekeringsondernemingen ermee instemmen dat de verzekerde van raadsman verandert.

In haar tweede aanbeveling stelde de Ombudsman dat de verzekerden **alle deskundigen**

(motorrijtuigen, gebouw, arts...) die hun belangen moeten verdedigen **vrij mogen kiezen**.

In de BVVO heeft een werkgroep zich gebogen over deze vragen en over het praktijkgeval dat de Ombudsman in haar jaarverslag had opgenomen. Die groep heeft besloten dat die aanbevelingen relevant waren en dat de verzekeringsondernemingen ertoe moesten worden aangemoedigd hun contracten aan te passen. Die conclusie zal in de vorm van een omzendbrief aan alle leiders van de verzekeringsondernemingen worden gericht.

Levensverzekering

De opvolging van de aanbeveling, die het voorwerp is geweest van een nieuwe wetgeving, wordt becommentarieerd onder punt 2.2 van dit verslag.

Hospitalisatieverzekering

De aanbeveling werd besproken en opgetekend in de notulen van de vergadering van het bureau Ziekte van 6 december 1999. Dat document is in de verzekeringsondernemingen verspreid onder de betrokken technische en marketinghoofden.

De belangstelling voor die aanbevelingen doen de Ombudsman hopen dat hieraan concreet gevolg zal worden gegeven.

Volgend jaar zal zij in haar jaarverslag hierop zeker terugkomen.



2. Aanbevelingen op grond van de in 1999 ontvangen klachten

De communicatie

In de relatie tussen de verzekeringssector en de consument blijkt de communicatie nog altijd een knelpunt te zijn.

Vandaag sluiten particulieren het merendeel van hun verzekeringen via een tussenpersoon. Vaak herinneren zij zich alleen de naam van die persoon en kennen zij de identiteit niet van de verzekeringsonderneming die het risico werkelijk dekt. Informatie of beslissingen delen zij dan ook meestal aan hun tussenpersoon mee.

Op juridisch vlak is die procedure evenwel niet altijd geldig. Dat is met name het geval voor de aangetekende brief waarmee zij hun contract opzeggen : deze moet volgens de meeste polissen aan de zetel van de verzekeringsondernemingen worden gericht.

Sommige polissen preciseren echter dat de verzending ook geldig is wanneer die gericht is aan iedere andere persoon die daartoe in de bijzondere voorwaarden is aangewezen (zie bijlage 1, geval nr. 1).

Aanbeveling : De verzekeringsondernemingen moeten in hun algemene voorwaarden vermelden dat de verzending ook geldig is wanneer die gericht is aan de tussenpersoon die **gemandateerd** is voor het contract. Deze moet dan hieraan het nodige gevolg geven.

Opzettelijke materiële beschadigingen

De stijging van de criminaliteit brengt meer vandalisme met zich mee, zowel op wagens als aan woningen.

Maar wat precies is vandalisme ?

Discussies ontstaan meestal wanneer schade als gevolg van vandalisme moet worden onderscheiden van die als gevolg van een poging tot autodiefstal.

Het gaat hier om twee verschillende begrippen, waardoor de verzekeringsonderneming al naar gelang van de gesloten waarborg haar dekking niet hoeft te verlenen.

Vandalisme wordt in de rechtspraak gedefinieerd als "een puur gratuite handeling van een persoon die daar geen enkel voordeel tracht uit te halen, maar dit alleen doet met het doel om te vernielen". Bijvoorbeeld een kras maken in de zijkant van een wagen door middel van een sleutel, de zijspiegel vernielen, de banden stuk snijden, een deuk in de wagen stampen...

Sommige schade kan echter ook worden veroorzaakt door een dief die er niet in slaagt met de wagen aan de haal te gaan. Aangezien het doel van de dief erin bestaat de wagen te stelen, kan de daad niet als gratis worden beschouwd, ook niet wanneer de diefstal niet heeft plaatsgehad (zie bijlage 1, geval nr. 2).

De situatie wordt nog ingewikkelder wanneer de dief die in de wagen tracht in te breken het slot beschadigt en, omdat hij niet in zijn opzet slaagt, uit woede de banden stuk snijdt en zo aan vandalisme doet.

Aanbeveling : Om de transparantie te vergroten, moeten de verzekeringsondernemingen die vandalisme dekken dit begrip duidelijk definiëren in de algemene voorwaarden van het contract.

Wanneer vandalisme in het kader van de diefstalwaarborg echter uitgesloten is, moet dit duidelijk vermeld worden.

De beste oplossing zou er eigenlijk in bestaan om vandalisme automatisch op te nemen in een uitgebreide diefstalwaarborg.

Hospitalisatieverzekering

De ontwikkeling van de gezondheidszorgtechnieken leidt tot nieuwe therapeutische behandelingen.

1. **"One day clinic"**

De vooruitgang van de medische technologie, gekoppeld aan de noodzaak om de kosten te beperken, hebben ertoe geleid dat bepaalde operatieve ingrepen in ziekenhuizen kunnen worden gepleegd zonder dat de patiënt moet blijven overnachten. Die ziekenhuisopnamedagen, "one day clinic" genoemd, worden in de Riziv-nomenclatuur geklasseerd als "maxi forfait", "super forfait" en "mini forfait", al naar gelang van de ernst van de ingreep.

Hoewel de meeste nieuwe hospitalisatieproducten de kosten van dergelijke ziekenhuisopnames ten laste nemen, bestaan er op de markt nog contracten die deze niet dekken.

Het gaat ofwel om polissen die vrij eenvoudige waarborgen tegen een competitieve prijs aanbieden, ofwel om oudere contracten.

De Ombudsman raadt de verzekerde aan om na te gaan of hij een dergelijke dekking geniet.

Aanbeveling : Om de verzekerden onaangename verrassingen te besparen, zouden de verzekeringsondernemingen moeten voorstellen om de contracten in portefeuille die deze dekking niet omvatten, aan te passen. Dat zou nog meer voor de **collectieve verzekeringscontracten** moeten gebeuren.

2. **Tandheelkunde en stomatologie**

Ook de tand- en kaakheelkunde kende een snelle ontwikkeling. Steeds ingewikkeldere technieken worden gebruikt om gebreken te herstellen of te corrigeren. Deze zijn vaak heel duur.

Hoewel sommige therapieën puur esthetisch zijn, bestaat over de aard van andere verwarring. Bepaalde correcties aan de kaak, bijvoorbeeld, zijn volgens de stomatologen noodzakelijk om een verstoorde spijsvertering te verhelpen.

Men beklagt zich eveneens bij de Ombudsman over het feit dat de verzekeringsonderneming de ziekenhuiskosten voor het trekken van wijsheidstanden weigert te vergoeden, omdat de verzekeraar tandheeldkundige, maxillaire en andere ingrepen uitsluiten. Bepaalde stomatologen hebben het echter over dento-faciale orthopedische chirurgische ingrepen.

Aanbeveling : Inzake tandheelkunde moeten de verzekeraars duidelijk omschrijven welke behandelingen zij dekken door de juiste medische woordenschat voor de verschillende vandaag uitgevoerde ingrepen te gebruiken.

Voor de meeste hypothecaire leningen moet de kandidaat-lener een levensverzekering sluiten die, in geval van overlijden, het schuldsaldo dekt.

De notariële akte die de lening vaststelt, moet echter worden opgemaakt binnen een door de kredietgever bepaalde termijn, maar het gebeurt dat de verzekeraar pas op het allerlaatste nippertje of zelfs na het verlijden van de akte een definitief antwoord meedeelt (of het nu gaat om zijn akkoord of om de voorwaarden waaronder hij dekking verleent).

Hoewel het begrijpelijk is dat voor het sluiten van dergelijke risico's soms bijkomende gegevens of medische onderzoeken vereist zijn, is het niet normaal dat de verzekeraar, onder het voorwendsel dat hij niets te maken heeft met de lening zelf, geen rekening houdt met die termijnen (zie bijlage 1, geval nr. 14).

Aanbeveling : Wanneer de aangevraagde levensverzekering gekoppeld is aan een hypothecaire lening moet de verzekeraar alles in het werk stellen om de kandidaat-verzekerde binnen een redelijke termijn te antwoorden, waarbij rekening wordt gehouden met de voorziene datum voor de notariële akte.

Hij moet hem tevens de praktische mogelijkheid bieden om de markt opnieuw te ondervragen wanneer de uiteindelijke voorwaarden verschillen van het basisvoorstel.





[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

5. Conclusie

De sector bevindt zich in een (r)evolutie.

De geliefkoosde marketingformule volgens welke moet worden geluisterd naar de behoeften van de cliënt vond in het verleden heel wat bijval, maar bleef in de praktijk vaak dode letter. Daarom heeft de sector nu nieuwe initiatieven genomen die tegemoetkomen aan de verwachtingen van de consument.

Die verwezenlijkingen vertalen een onbetwistbare realiteit : de kwaliteit van de dienstverlening is de sleutel voor het succes van de ondernemingen.

De bedrijfsleiders zijn zich daar bewust van, maar jammer genoeg worden nog niet alle betrokken partijen van de sector daartoe voldoende gesensibiliseerd.

Al verschillende jaren stellen we vast dat de klachten in verband met communicatie, met andere woorden over het feit dat de verzekeringsonderneming niet of slechts onvolledig antwoordt, laattijdig reageert of geen toelichtingen geeft... doorgaans gegrond zijn.

Wanneer de klachten daarentegen betrekking hebben op technische aspecten van het beheer van de verzekeraar, zijn die meestal ongegrond.

Die tendens toont aan dat de beheerders van de verzekeringsondernemingen de verzekeringstechniek goed onder de knie hebben, maar minder cliëntgericht zijn.

Deze noodzakelijke en blijkbaar gewenste mentaliteitsverandering moet tot iedereen, op alle niveaus, doordringen, want alleen een gezamenlijke inspanning zal de publieke opinie kunnen overtuigen van de economische en sociale rol die de verzekering wil spelen.

In de komende maanden zal de sector een aantal grote stappen zetten. Er is vanzelfsprekend de invoering van de eenheidsmunt, de euro, maar ook de geplande grondige wijzigingen in de tarifiering van de verplichte BA-autoverzekering, de voorstellen tot afschaffing van de vrijstellingen in de brandverzekering en de BA-privé-leven, de invoering van de dekking van de natuurrampen en de ontwikkeling van nieuwe producten in de tak leven.

Hopelijk grijpen alle betrokken partijen van de sector (verzekeringsondernemingen, tussenpersonen en lasthebbers) deze uitdagingen aan om de dialoog met de cliënt opnieuw aan te knopen en te versterken.





Bijlage 1. Praktijkgevallen

1. Aan wie dient een aangetekende brief geldig overgemaakt te worden ?
2. Wat is de juridische draagwijdte van een door een verzekeraar uitgegeven kwitantie ?
3. Wat is de juridische draagwijdte van een expertise ?
4. Ping Pong tussen verzekeraars : de ombudsman herinnert hen aan de gedragsregels van de verzekeringsondernemingen
5. Betwisting van aansprakelijkheid : de ombudsman deblokkeert de situatie
6. De verzekeraar weigert een waterschade te vergoeden : de ombudsman brengt de dialoog weer op gang
7. Probleem van onderverzekering
8. Diefstal van een handtas in een voertuig : welke verzekeraar betaalt de advocaat ?
9. Aanranding na een ongeval : welke verzekeraar moet de verdediging op zich nemen ?
10. Rechtsbijstand : in welke mate was het geschil voorspelbaar bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ?
11. Heeft de rechtsbijstandverzekeraar zijn verzekerde goed bijgestaan ?
12. Is de vervangingswagen ook gedekt in BA motorrijtuigen ?
13. Was de uitvaartkostenverzekering wel voldoende transparant ?
14. Schuldsaldoverzekering : de kandidaat-verzekeringnemer moet binnen een redelijke termijn ingelicht worden.
15. Hospitalisatieverzekering : is de verzekeraar gebonden door een materiële vergissing ?
16. Groepsverzekering : heeft de verzekeringsonderneming het contract vereffend ?

Geval N° 1 Aan wie dient een aangetekende brief geldig overgemaakt te worden ?

Een verzekeringsnemer stuurt een aangetekende opzegbrief binnen de wettelijk vereiste termijn naar de bemiddelaar die in de bijzondere voorwaarden van zijn autopolis vermeld staat. De makelaar stuurt deze echter niet door naar de verzekeraar.

Na een tijdje neemt de verzekeringsnemer rechtstreeks contact op met de verzekeringsonderneming die hem meedeelt geen opzeg ontvangen te hebben. De cliënt stuurt onmiddellijk een nieuwe aangetekende opzegbrief naar de verzekeraar, doch gezien de wettelijk vereiste opzegtermijn ondertussen verstreken was, acteert deze de opzeg pas tegen de volgende hoofdvervaldag.

De verzekeringsnemer gaat hiermee niet akkoord en misnoegd dient hij klacht in bij de Ombudsman. Die stelt vast dat de algemene polisvoorwaarden die gebaseerd zijn op het modelcontract auto bepalen dat « de voor de verzekeringsonderneming bestemde mededelingen en kennisgevingen moeten gedaan worden aan één van haar zetels in België of **aan elke met dat doel in de bijzondere voorwaarden aangewezen persoon** ».

Gezien die makelaar als tussenpersoon in de bijzondere voorwaarden van het contract geregistreerd staat, is de Ombudsman van oordeel dat de eerste opzeg rechtsgeldig gedaan werd en heeft ze de verzekeraar kunnen overtuigen de opzeg te aanvaarden tegen de aanvankelijk gevraagde datum.



Geval N° 2 Wat is de juridische draagwijdte van een door een verzekeraar uitgegeven kwitantie ?

Dieven hebben getracht om het voertuig van een man te stelen. Hij geeft dit schadegeval aan bij zijn verzekeraar.

In eerste instantie weigert de verzekeringsonderneming de schade te vergoeden. De diefstalwaarborg werd immers twee jaar geleden geschrapt. Na aandachtig onderzoek van de polis stelt de verzekeraar echter vast dat de man het bijvoegsel waarmee die schrapping geacteerd werd niet ondertekend heeft. Bijgevolg moet de verzekeraar tussenkomst verlenen en wordt een expert aangesteld om de schade te begroten.

In zijn verslag splitst de expert de schade op in vandalisme en schade als gevolg van de poging tot diefstal. Alleen dit laatste is gedekt. De verzekeringsonderneming stelt aldus een vergoedingskwitantie op van 9.613 BEF.

Wanneer ze de door de verzekerde ondertekende kwitantie ontvangt, stelt ze echter vast dat ze zich vergist heeft. Ze had niet moeten tussenkomen, aangezien de schade minder bedroeg dan de contractuele vrijstelling van 17.650 BEF.

De man ondervraagt de Ombudsman over de draagwijdte van de door de verzekeringsonderneming verstuurd kwitantie. Hoewel de Ombudsman begrijpt dat die vergissingen voor de verzekerde verwarrend kunnen zijn, is het standpunt van de verzekeraar juridisch gezien gegrond. Er was immers duidelijk een vergissing begaan en de verzekerde had geen recht op een schadeloosstelling. Het versturen van de kwitantie op zich verplicht de verzekeringsonderneming er niet toe om te betalen.

Overigens, wanneer zij een vergoeding ten onrechte uitkeert, heeft zij het recht om dat bedrag terug te vorderen.



Geval N° 3 Wat is de juridische draagwijdte van een expert ?

Het voertuig van een dame is beschadigd door een naar beneden gevallen schoorsteen.

Zij richt zich tot de Ombudsman, want de verzekeringsonderneming, die toch eerst een expert aangesteld heeft om de schade te begroten, weigert uiteindelijk tussen te komen.

Wat is er gebeurd?

Haar buur, eigenaar van het gebouw, had het schadegeval aangegeven aan zijn verzekeraar die onmiddellijk een expert heeft aangesteld. Zodra de schade was vastgesteld, heeft de dame deze laten herstellen.

Na onderzoek heeft de verzekeringsonderneming echter geweigerd om de herstellingen te vergoeden. De schoorsteen was immers naar beneden gevallen door een blikseminslag. Dat is een toevallig feit waarvoor haar verzekerde niet verantwoordelijk kan worden gesteld.

De aanstelling van een expert is een bewarende maatregel die tot doel heeft het bedrag van de schade vast te stellen om nadien discussies over de omvang te vermijden, doch betekent niet dat de verzekeringsonderneming het schadegeval ten laste zal nemen.

Vooraleer haar wagen te laten herstellen had de dame aan de verzekeringsonderneming moeten vragen of de schade zou worden uitbetaald.



Geval N° 4 Ping Pong tussen verzekeraars : de ombudsman herinnert hen aan de gedragsregels van de verzekeringsonderneming

Een man laat het hondje van zijn zoon uit. Het hondje schrikt van een grote hond die hij onderweg tegenkomt en loopt weg. Hij rent een grote baan over en veroorzaakt drie ongevallen.

De eigenaar van het hondje verklaart het schadegeval aan zijn familiale verzekeraar, gezien in de polisvoorwaarden vermeld staat dat de personen die buiten elke professionele bezigheid een dier onder hun hoede hebben ook als verzekerden worden beschouwd wanneer hun aansprakelijkheid betrokken is wanneer zij het dier onder hun toezicht hadden. Zijn verzekeraar weigert echter tussenkomst want hij is van oordeel dat de familiale verzekeraar van de vader dient tussen te komen. Hij checkt echter niet of de vader wel effectief een familiale verzekering onderschreven heeft.

De eigenaar van het hondje richt zich tot de Ombudsman die zijn verzekeringsonderneming ondervraagt en haar artikel 2.3 van de gedragsregels van de verzekeringsondernemingen (1999) in herinnering brengt dat bepaalt dat wanneer verzekeraars van mening verschillen over het schadegeval waarbij zij betrokken zijn, maar het recht op uitkering niet betwisten, dit geen nadelige gevolgen mag hebben voor de dienstverlening naar de consument en de uitbetaling van de hoe dan ook verschuldigde sommen.

Op haar advies informeert de verzekeringsonderneming zich bij de advocaat van de vader die haar bevestigt dat zijn cliënt dergelijke verzekering niet gesloten heeft. Bijgevolg heeft de verzekeraar van de zoon het schadegeval ten laste genomen.



Geval N° 5 Betwisting van aansprakelijkheid : de ombudsman deblokkeert de situatie

Een zaakvoerster van een parfumerie beslist om de binnenhuisinrichting te veranderen. De ondernemer die daarmee wordt belast stelt vast dat de houten ramen van de winkelvitrine rot zijn.

Ze neemt onmiddellijk contact op met de schrijnwerker die de ramen geplaatst heeft. Hij legt het probleem voor aan zijn verzekeraar BA-exploitatie, die een expert ter plaatse stuurt. Volgens hem werd de verrotting veroorzaakt door ofwel waterschade, ofwel de slechte kwaliteit van het hout van de ramen, en niet door een verkeerde plaatsing. De schrijnwerker zou dus niet aansprakelijk zijn.

De zaak wordt eveneens voorgelegd aan de verzekeraar BA-exploitatie van de leverancier van de ramen. Zijn expert meent van zijn kant dat de persoon die de ramen heeft geplaatst wel aansprakelijk is. De plaatsing zou immers niet volgens de regels van de kunst zijn gebeurd. Zo zou hij onvoldoende ruimte hebben voorzien om het water in geval van regen te laten wegvloeien.

Beide experts blijven bij hun standpunt.

De zaakvoerster moet in elk geval de ramen laten vervangen. De eventuele aansprakelijkheid moet echter worden vastgesteld vooraleer de werkzaamheden worden aangevat. Ze richt zich tot de Ombudsman, die contact opneemt met beide verzekeringsondernemingen en een nieuwe vergadering organiseert tussen de experts, zodat bij het wegnemen van de bestaande ramen de oorzaak van de verrotting kan worden vastgesteld.

Dankzij de tussenkomst van de Ombudsman heeft de dame geen kosten moeten maken voor een gerechtelijke procedure in kortgeding.



Geval N° 6 De verzekeraar weigert een waterschade te vergoeden :

de ombudsman brengt de dialoog weer op gang

Een vrouw stelt in de hal van haar huis aanzienlijke waterschade vast. De oorzaak blijkt een breuk in de riolering onder de vloer te zijn.

Ze wendt zich tot haar brandverzekeraar die een expert ter plaatse stuurt. De vrouw deelt hem mee dat zich 15 jaar geleden reeds een gelijkaardig schadegeval heeft voorgedaan en ze dit op eigen kosten heeft laten herstellen. In het schadeverslag noteert de expert dat de eerste vaststellingen teruggaan tot ongeveer 15 jaar.

Op basis van dat verslag weigert de verzekeringsonderneming tussenkomst te verlenen omdat de oorzaak van de schade dateert van vóór de onderschrijving van de verzekeringsovereenkomst. Hoewel de dame documenten bezorgt waaruit moet blijken dat de herstellingen na het vorige schadegeval werden uitgevoerd, blijft de verzekeringsonderneming bij haar standpunt.

Om de situatie te deblokken stelt de Ombudsman een tegenexpertise voor. Op basis van het advies van de technisch adviseur van de verzekerde heeft de verzekeringsonderneming haar expert gevraagd om ter plaatse een expertisevergadering op tegenspraak te beleggen.



Geval N° 7 Probleem van onderverzekering

Bij zijn terugkeer uit vakantie stelt de huurder van een appartement schade vast aan zijn meubilair en kledij ingevolge insijpelend water in een kamer.

Hij raamt de schade op 297.000 BEF. Na bespreking met de expert van de verzekeringsonderneming stemt hij in met een bedrag van 170.800 BEF.

Tot zijn grote verwondering stelt hij op de vergoedingskwitantie een bedrag van slechts 82.931 BEF vast.

Hij richt zich tot de verzekeringsonderneming die hem meedeelt dat hij "onderverzekerd" is wat de inhoud betreft. Volgens het contract bedraagt het verzekerde kapitaal immers 506.933 BEF terwijl de expert de waarde op 1.000.000 BEF schat. Bijgevolg heeft de verzekeringsonderneming de evenredigheidsregel toegepast.

De verzekerde verwerpt de elementen die de expert voor de schatting in aanmerking heeft genomen. Aangezien de verzekeraar echter bij zijn standpunt blijft, doet hij een beroep op de Ombudsman.

Zij neemt kennis van zijn argumenten die zij doet gelden bij de verzekeringsonderneming, en stelt deze voor om een andere deskundige ter plaatse te sturen.

Na dat bezoek wordt de waarde van de inhoud geraamd op 600.000 BEF. Op basis hiervan

ontvangt de man een nieuw vergoedingsvoorstel van 138.218 BEF dat hij uiteindelijk aanvaardt.



**Geval N° 8 Diefstal van een handtas in een voertuig :
welke verzekeraar betaalt de advocaat ?**

Een dame die een voertuig bestuurt, stopt voor een rood licht. Plots komt een onbekende tot bij de wagen, breekt de achterraut en vlucht met de handtas die zich op de achterbank bevond.

Enkele weken later wordt de dief opgepakt en het slachtoffer wordt verzocht zich burgerlijke partij te stellen bij de rechtbank.

Zij vraagt haar rechtsbijstandverzekeraar privé-leven om het ereloon van haar advocaat ten laste te nemen. Hij weigert want de schade die een verzekerde als eigenaar, bestuurder of houder van een voertuig heeft geleden, is van dekking uitgesloten.

Misnoegd richt ze zich tot de Ombudsman die vaststelt dat het de bedoeling van de verzekeraar was om de verzekeringsgevallen die verbonden zijn met een verkeersrisico uit te sluiten. In die gevallen is het inderdaad de rechtsbijstandverzekeraar motorrijtuigen die moet tussenkomen. De omstandigheden van de diefstal van de handtas hebben echter niets te maken met het verkeersrisico.

De verzekeringsonderneming aanvaardt de argumentering van de Ombudsman en verleent dekking.



**Geval N° 9 Aanranding na een ongeval :
welke verzekeraar moet de verdediging op zich nemen ?**

Het slachtoffer van een verkeersongeval, een jongeman die zich nog steeds achter het stuur van zijn voertuig bevindt, wordt aangerand door de bestuurder van de andere wagen.

Hij geeft het schadegeval aan zijn rechtsbijstandverzekeraar motorrijtuigen aan. Deze stemt ermee in om de schade aan de wagen te helpen recupereren, maar weigert op te treden voor de letsels als gevolg van de aanranding. Volgens de verzekeringsonderneming is het aan de rechtsbijstandverzekeraar privé-leven om de vordering voor de lichamelijke schade ten laste te nemen.

Deze laatste weigert echter eveneens tussen te komen, omdat de schade ontstaan is terwijl het slachtoffer een bestuurder van een voertuig was.

Verwonderd door deze opeenvolgende weigeringen richt hij zich tot de Ombudsman.

Zij stelt vast dat de agressie het rechtstreekse gevolg is van een verkeersongeval en dat het slachtoffer werd geslagen terwijl hij zich nog achter het stuur van zijn voertuig bevond. Het is dus de rechtsbijstandverzekeraar motorrijtuigen die moet tussenkomen.

**Geval N° 10 Rechtsbijstand:
in welke mate was het geschil voorspelbaar bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ?**

Op 1 november 1997 sluit een ambtenaar een rechtsbijstandverzekering die onder meer de geschillen inzake arbeidsrecht dekt.

Op 3 juni 1998 wordt hij in het kader van zijn beroepsactiviteit overgeplaatst naar een andere functie. Hij weigert die overplaatsing want hij is van mening dat het in werkelijkheid om een sanctie gaat. Hij zal zijn anciënniteit immers niet meer kunnen doen gelden om een laatste promotie te krijgen.

Gezien hij de wettelijkheid van die overplaatsing betwist, stelt hij een vordering in bij de Raad van State en vraagt hij zijn rechtsbijstandverzekeraar om de verdedigingskosten ten laste te nemen.

Deze weigert echter omdat de oorzaken van het geschil met zijn oversten al bestonden vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst en zijn overplaatsing daarvan een gevolg is. Uit de analyse van de elementen van het dossier blijkt inderdaad dat hij al meerdere jaren een conflict had met zijn hiërarchie, die al herhaaldelijk maatregelen tegen hem had genomen.

Het toeval, het basiselement van een verzekeringsovereenkomst, ontbrak bijgevolg en de Ombudsman bevestigde de man dat het standpunt van de verzekeringsonderneming juridisch gegrond was.

Geval N° 11 Heeft de rechtsbijstandverzekeraar zijn verzekerde goed bijgestaan ?

Op 1 maart 1999 wordt een meisje onderweg naar school met de fiets aangereden door een voertuig. Zij is gewond en de fiets is beschadigd. De aansprakelijkheid van de bestuurder van de wagen wordt niet betwist.

Drie en een halve maand na de feiten blijft de moeder van het meisje tot haar verwondering zonder nieuws van de verzekeraar van de tegenpartij en zij richt zich tot de Ombudsman. De vrouw weet nog steeds niet of die verzekeraar het bestek voor de herstellingen aan de fiets aanvaardt. Het is echter het enige vervoermiddel waarmee haar dochter zich naar school kan begeven.

De Ombudsman neemt contact op met die verzekeraar, alsook met de rechtsbijstandverzekeraar van de moeder en na onderzoek van het dossier van de verzekeraar van het voertuig blijkt dat de bestuurder het ongeval op 22 maart 1999 heeft aangegeven, maar dat de beheerder gewacht heeft op de schade-eis van de familie van de fietser. Op 8 juni krijgt hij een telefoontje van de rechtsbijstandverzekeraar aan wie hij vraagt om hem een bestek van de herstellingen te bezorgen. Dat bestek wordt op 22 juni gefaxt en in ontvangst genomen.

In het dossier van de rechtsbijstandverzekeraar stelt de Ombudsman vast dat hij de schadeaangifte op 16 maart 1999 en de gegevens van de verzekeraar van de tegenpartij reeds op 7 april 1999 heeft ontvangen. Hij heeft dus twee maanden gewacht vooraleer te reageren en nogmaals twee weken alvorens het bestek te faxen aan de verzekeraar van de tegenpartij.

Die termijn is ongewoon lang en benadeelt de belangen van de klager.

De rechtsbijstandverzekeraar erkent zijn vergissing en keert de moeder een forfaitair bedrag van 12.400 BEF uit als vergoeding voor de twee maanden gedurende dewelke de fiets niet kon worden gebruikt als gevolg van zijn nalatigheid (62 dagen tegen 200 BEF per dag).

Voor de lichamelijke schade is de verzekeraar van de school tussengekomen.



Geval N° 12 Is de vervangingswagen ook gedekt in BA-motorrijtuigen ?

Een man heeft op 30 november 1998 autopech. De wagen blijft voor herstelling in een garage.

Rond 24 december krijgt hij van de garagehouder een vervangwagen waarop hij zijn nummerplaten bevestigt.

Op 27 februari 1999 heeft hij met deze wagen een ongeval.

Zijn BA-motorrijtuigenverzekeraar weigert tussen te komen omdat de vervanging van het voertuig meer dan 30 opeenvolgende dagen heeft geduurd; artikel 4, 1°, a van de modelovereenkomst bepaalt immers dat de waarborg kan worden uitgebreid tot een vervangwagen wanneer het verzekerde voertuig voor **maximum 30 dagen** geïmmobiliseerd is.

De makelaar verwijst naar artikel 26 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst volgens hetwelk de verzekeraar enkel dekking kan weigeren wanneer het risico verzwaard is.

De Ombudsman stelt echter vast dat die bepaling niet van toepassing is op dit schadegeval, aangezien ze enkel geldt voor de verzwaaring van risico's die gedekt zijn op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel 4 van de modelovereenkomst heeft betrekking op een uitzonderlijke afwijking, die bijgevolg

strikt moet worden geïnterpreteerd : een verandering van risico is mogelijk, maar hooguit gedurende 30 dagen.

Geval N° 13 Was de uitvaartkostenverzekering wel voldoende transparant?

In 1964 sluit een dame een uitvaartkostenverzekering voor haar echtgenoot voor een kapitaal van 11.000 BEF tegen een maandelijkse premie van 48 BEF gedurende 20 jaar. Gezien de inflatie stelt de verzekeringsonderneming herhaaldelijk voor om het kapitaal te verhogen. De verzekerde gaat slechts op enkele van die voorstellen in, zodat in 1984, op het einde van de premiebetalingen, het kapitaal 34.000 BEF bedraagt.

In 1998 overlijdt haar echtgenoot; zij int het kapitaal, maar protesteert. Met dat bedrag kan zij immers niet alle in het contract beschreven diensten betalen : begrafenisdienst met drie personen, kist, lijkwagen, eiken kist, rouwkapel, 100 overlijdensbrieven, 100 bidprentjes en stenen kruis. Zij wil dat de verzekeringsonderneming al deze diensten ten laste neemt.

In werkelijkheid is de uitvaartkostenverzekering een **levensverzekering** die in geval van overlijden voorziet in de uitkering van een kapitaal. **Bij wijze van voorbeeld** had de verzekeringsonderneming een aantal diensten beschreven waarvan de kosten, op het ogenblik van het sluiten van de polis, ongeveer overeenstemden met het kapitaal.

Het bij het overlijden uitgekeerde kapitaal kan dus groter of kleiner zijn dan de uitvaartkosten. Indien de uitvaartkosten lager liggen dan het verzekerde kapitaal wordt het verschil nog bijbetaald.

De Ombudsman bevestigt het standpunt van de verzekeringsonderneming op juridisch vlak als gegrond, maar betreurt dat de tekst van de overeenkomst onvoldoende duidelijk was, aangezien de nadruk op de **diensten**, in plaats van het **kapitaal** werd gelegd.

Geval N° 14 Schuldsaldoverzekering : de kandidaat-verzekeringnemer moet binnen een redelijke termijn worden ingelicht

Een man klaagt bij de Ombudsman over de weigering van een verzekeringsonderneming om hem een schuldsaldoverzekering toe te kennen die hij nodig heeft voor zijn hypotheeklening.

De aanvraag voor zowel de lening als voor de verzekering gebeurden beide op 30 mei bij respectievelijk een bankinstelling en een verzekeringsonderneming die tot dezelfde financiële groep behoorden.

Het aanbod voor de lening was gedurende twee maand geldig.

Op basis van de medische vragenlijst die de heer ingevuld had bij het indienen van het verzekeringsvoorstel voor de schuldsaldoverzekering verzocht de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming hem op 9 juni om bijkomende medische rapporten die hij binnen de 14 dagen opstuurde.

Ondertussen was de kredietaanvraag goedgekeurd en was het verlijden van de notariële akte op 30 juli vastgelegd.

Pas op 29 juli lichtte de verzekeringsonderneming de man in van haar beslissing tot niet aanvaarding van de schuldsaldoverzekering omwille van een ziekte waaraan de kandidaat-verzekerde leed.

Op het ogenblik van de ondertekening van de notariële akte was de man echter nog niet op de hoogte van het negatieve standpunt van de verzekeraar en ging hij er volledig te goeder trouw van uit dat de schuldsaldoverzekering in orde was.

Ondervraagd door de Ombudsman over de afhandelingstermijn antwoordde de verzekeraar haar dat de vertraging te wijten was aan de verlofperiode.

Hoewel een verzekeringsonderneming haar eigen aanvaardingscriteria heeft en zij er op economisch vlak moet voor zorgen dat er steeds een evenwicht in haar portefeuille is tussen de ontvangen premies en de schadelast is dergelijk lange beslissingstermijn voor de Ombudsman niet aanvaardbaar.

Uiteindelijk heeft de verzekeringsonderneming het dossier opnieuw onderzocht en beslist om de schuldsaldoverzekering te aanvaarden mits aanrekening van een bijpremie hetgeen door de man aanvaard werd.



Geval N° 15 Hospitalisatieverzekering : is de verzekeraar gebonden door een materiële vergissing ?

In het kader van een hospitalisatieverzekering beslist een verzekeringsonderneming om op basis van de medische informatie vermeld op het voorstel enkel de man te verzekeren en niet zijn echtgenote.

Op 10 mei bevestigt zij dit standpunt schriftelijk aan de makelaar met het verzoek dit door de man voor akkoord te laten ondertekenen, hetgeen hij ook doet.

Na ontvangst van dit document stelt de verzekeringsonderneming toch per vergissing een polis op met vermelding van eveneens de echtgenote als verzekerde. De opmaak hiervan dateert van 21 mei.

Bij ontvangst van de ondertekende polis door zowel de heer als zijn echtgenote stelt de verzekeraar zijn vergissing vast en stuurt hij op 7 juni de juiste documenten op.

De makelaar van het koppel betwist deze rechtzetting en vraagt de Ombudsman om advies.

Zij is echter van oordeel, zoals de rechtsleer ook bevestigt, dat naar de werkelijke wil van de partijen moet gekeken worden opdat een verzekeringsovereenkomst geldig tot stand komt. In casu was de wil van de verzekeringsonderneming duidelijk gekend. Bijgevolg dient de polis die op 21 mei opgemaakt werd enkel als een materiële vergissing beschouwd te worden die de verzekeringsonderneming onmiddellijk rechtgezet heeft.

Voor de Ombudsman is het standpunt van de verzekeraar juridisch gegrond.



Geval N° 16 Groepsverzekering : heeft de verzekeringsonderneming het contract vereffend ?

In 1973 had een man twee groepsverzekeringen gesloten die voorzagen in de uitkering van een kapitaal bij leven op 65 jaar, m.a.w. in oktober 1999. Wanneer hij in 1978 zijn werkgever verlaat, stelt de verzekeringsonderneming hem voor om ofwel de premies verder te betalen, ofwel de kapitalen te beperken. Hij beslist om geen premies meer te betalen.

Kort voor zijn 65ste verjaardag vraagt hij aan de verzekeringsonderneming op welk bedrag hij recht heeft. Zij antwoordt dat hij geen enkel recht meer heeft, aangezien de polissen al meer dan tien jaar geleden werden vereffend en ze bijgevolg vernietigd zijn. Bovendien is er volgens haar sprake van verjaring.

Hij richt zich tot de Ombudsman die contact opneemt met de verzekeringsonderneming en haar erop wijst dat zij niet kan aantonen dat de polissen vereffend zijn. Overigens beschikt de man over verschillende brieven van de verzekeringsonderneming die dateren van na zijn vertrek in 1978. Bijgevolg moet hij het voordeel van de twijfel genieten. Bovendien zal de verjaringstermijn pas in 1999 ingaan.

De verzekeringsonderneming aanvaardt het standpunt van de Ombudsman en vereffent de twee contracten voor de bedragen die op het ogenblik van het vertrek van de man bij de werkgever aan hem werden meegedeeld.





Bijlage 2. Uittreksel uit het jaarverslag van 1996

[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

Levensverzekeringen

De verzekeraars wensen op middellange termijn hun aandeel op de spaarmarkt te vergroten dankzij de leven-producten en voeren dus verschillende campagnes. In de boodschappen die ze aan de consumenten richten, komen technische details voor die slecht begrepen worden. Als we spreken over sparen, vergelijkt of verwacht een particulier dit doorgaans met een bankverrichting. Wanneer de verzekering afgesloten wordt, dienen verzekeraar en verzekerde het duidelijk eens te zijn over het doel en het verwachte resultaat op grond van verschillende hypothesen: welk bedrag verkrijgt men in geval van overlijden, welk bedrag verwacht men bij overleven?

Wat het rendement van zijn investering betreft, dient de verzekerde vanzelfsprekend gewezen te worden op het onderscheid tussen de technische intrestvoet van 4,75% die inbegrepen is in het verwachte rendement en het extra winstaandeel, dat slechts toegekend wordt onder bepaalde voorwaarden. De verwarring is te wijten aan het feit dat de technische intrestvoet vaak voorgesteld wordt als een deelname in de winst. Wanneer men echter over "winstdeelname" spreekt, dan gaat het eigenlijk enkel om een verhoopt voordeel, om een prognose, afhankelijk van de evolutie van de intrestvoet van de markt!





Bijlage 3. Uittreksel uit het jaarverslag van 1998

Economische gevolgen van de daling van de rentevoet

Sinds zowat twintig jaar boden de verzekeraars traditioneel levensverzekeringopolissen aan waarvan het uit te keren kapitaal bij overlijden of bij leven aan het einde van het contract berekend werd op grond van een gewaarborgde rentevoet van 4,75 %.

In het licht van de daling van de interestvoeten hebben de verzekeraars zich om redenen van het financiële evenwicht op lange termijn verplicht gezien die rentevoet te verlagen, de meesten tot 3,25 %, enkelen tot 3,5 % of 3,75 %.

Uit economisch oogpunt heeft de consument die beslissing begrepen en aanvaard dat deze laatste rentevoeten op de nieuwe contracten worden toegepast. Voor bepaalde soorten contracten is de boodschap echter slecht overgekomen. Het gaat om polissen die onder de categorie van contracten met "variabele premies" vallen, waarvoor de wet, wegens de vrijheid van de premiebetalingen, verbiedt dat het bedrag van het eindkapitaal gegarandeerd wordt.

De controverse is voornamelijk het gevolg van de onduidelijke opmaak van de clausule die de waarborg van een stabiele rentevoet vermeldt, alsook van de reclameteksten die de verkoop van het product vergezellen en ondersteunen.

Hoewel sommige verzekeringsondernemingen getracht hebben voor elk geval afzonderlijk een pragmatische oplossing te vinden, hebben andere zich achter de wettekst verscholen om een onbuigzaam standpunt in te nemen.

Alle ondernemingen zijn het er echter over eens dat de teksten duidelijker opgesteld moeten worden.







Bijlage 4. Uittreksel uit het jaarverslag van 1997

[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

Trage schaderegeling

De Ombudsman ontvangt veel klachten over de trage schaderegeling van het schadegeval.

Zoals al gezegd, is dat echter niet altijd de schuld van de verzekeraar. Door het lakse optreden van lasthebbers bijvoorbeeld kan er heel wat vertraging ontstaan.

De Ombudsman roept de verzekeringsondernemingen op haar advocaten te vragen om artikel 990 van het Gerechtelijk Wetboek strikt toe te passen. Dit artikel bepaalt dat de voorschotten aan de griffie in consignatie worden gegeven. Die aanbeveling is ook aan de gerechtelijke kringen gedaan en opgenomen in het Journal des Tribunaux van 1/3/1997.





Bijlage 5. Uittreksel uit Assurinfo van 28/10/99

Termijnen inkorten en communicatie verbeteren

De ombudsman vraagt dat er maatregelen worden genomen

Op 21 oktober jl. heeft de Ombudsman van de BVVO, Josette Van Elderen, haar jaarverslag 1998 aan de pers voorgesteld. De primeur van dat document was voor haar correspondenten in de verzekeringsondernemingen, die zij een week eerder voor een informele vergadering had bijeengeroepen.

De Ombudsman heeft in 1998 1.100 schriftelijke klachten opgetekend, een stijging van 3 %. Dit cijfer vertegenwoordigt echter niet het reële aantal personen dat zijn beklag doet bij de tussenpersoon, de verzekeringsonderneming, de CDV...

Het blijkt namelijk dat de Ombudsman meer en meer telefoonoproepen krijgt van consumenten die niet zozeer een klacht over een verzekeringsonderneming willen formuleren, als wel informatie willen vragen aan iemand die "neutraal en objectief" is. Die oproepen worden meestal onmiddellijk afgehandeld en komen dus niet in een dossier terecht.

Belangrijke gebeurtenissen : de boodschap komt niet altijd over

Alvorens de klachten die de zij heeft behandeld, statistisch te analyseren, verwijst de Ombudsman in haar jaarverslag naar de belangrijkste gebeurtenissen die de sector in 1998 hebben gekenmerkt. Zo stelt zij vast dat over het ongeval in Stavelot en de overstromingen in het najaar geen klachten werden geformuleerd, maar alleen verzoeken om informatie, en dat de verzekeraars, zoals dat ook al in het verleden het geval was, snel klaar kunnen staan met oplossingen die beantwoorden aan de behoeften van de slachtoffers wanneer zij met uitzonderlijke omstandigheden worden geconfronteerd. Over de gevolgen van de daling van de rentevoet staat in het verslag te lezen dat de consument die beslissing uit economisch oogpunt heeft begrepen en aanvaard dat de verlaagde rentevoet op de nieuwe contracten wordt toegepast. Josette Van Elderen wijst er echter op dat de boodschap slecht is overgekomen voor bepaalde contracten met "variabele premies", waarvoor de wet, wegens de vrijheid van de premiebetalingen, verbiedt dat het bedrag van het eindkapitaal gegarandeerd wordt. Zij onderstreept dat de controversale voornamelijk het gevolg is van de onduidelijke redactie van de clausule die de waarborg van een stabiele rentevoet vermeldt, alsook van de reclameteksten die de verkoop van dergelijke producten vergezellen en ondersteunen. Zij betreurt dan ook dat sommige verzekeringsondernemingen zich achter de wettekst hebben verscholen om een onbuigzaam standpunt in te nemen, terwijl ze het er wel allemaal over eens zijn

dat de teksten duidelijk opgesteld moeten worden.

Meer klachten van makelaars

De meeste klachten zijn afkomstig van verzekerden (58 %) en tussenpersonen (19 %). In vergelijking met 1997 hebben meer makelaars (+ 9 %) en overheidsdiensten zich tot de Ombudsman gewend. Nog steeds zijn de meeste klagers Franstaligen (54,6 %), maar het verschil wordt kleiner.

Het merendeel van de klachten, ongeveer een derde, heeft betrekking op de motorrijtuigverzekering, met name de verplichte BA-verzekering. Terwijl er minder geklaagd wordt over de rechtsbijstand, stijgt het aantal klachten over de levens- en de gezondheidszorgverzekering aanzienlijk, van 14 % tot 20 % in 1998.

Meeste klachten over geweigerde schadevergoeding

De grootste bron van ergernis blijkt de schaderegeling te zijn, waarover het aantal klachten in 1998 verder is gestegen tot 74 %. De consument klaagt in de eerste plaats dat de verzekeringsonderneming weigert te vergoeden na een schadegeval (36 % van de gevallen). Klachten over de rechtsbijstand zijn er vaak wanneer de verzekeraar weigert het ereloon van de advocaat te vergoeden als hij niet de kans heeft gehad het conflict in der minne te regelen of als het geschil dateert van vóór de contractsluiting. In de gezondheidszorgverzekering komt de verzekeraar niet tussenbeide wanneer het schadegeval voortvloeit uit een vroegere gezondheidstoestand. In de reisannulatieverzekering gaan de geschillen over het ogenblik waarop de verzekerde zijn reis had moeten annuleren.

In de levensverzekering lijken de verzekeraars zich dan weer weinig te bekommeren om de informatiebehoeften van de verzekerden. Hoewel voor de gevraagde inlichtingen vaak een beroep moet worden gedaan op juridische, fiscale en wiskundige kennis en de coördinatie daarvan binnen de verzekeringsondernemingen dikwijls moeizaam verloopt, is het toch niet meer dan normaal dat een cliënt altijd een antwoord krijgt.

In vergelijking met 1997 waren er meer gegronde klachten, nl. 49 %. Van de uit technisch oogpunt ongegronde klachten kan een aantal toch gegrond zijn om andere redenen, zoals een gebrek aan communicatie of de niet-inachtneming van een redelijke termijn. De meeste gegronde klachten vinden we in de BA-gezinsverzekering, de minste in de brandverzekering.

Bonus-malus en opzegbaarheid : twee min of meer opgevolgde aanbevelingen

In haar vorig jaarverslag had de Ombudsman in verband met de toepassing van het a posteriori personalisatiesysteem in de BA-motorrijtuigen gewezen op de tegenstelling tussen de strikte toepassing van de wettekst en de werkelijke bedoeling van de wetgever in het geval dat de verzekerde zich op bonus-malusgraad 0 of 1 bevindt. Beiden bevinden zich op een verschillende graad en komen na een schadegeval op bonus-malusgraad 5 terecht. De kwestie is of de onvoorwaardelijke daling met één graad moet worden toegepast voor of na de vijf strafpunten bij een schadegeval. Talrijke verzekeringsondernemingen op de markt hebben al besloten de meest gunstige oplossing voor de verzekerde toe te passen.

De Ombudsman had ook kritiek geuit op het feit dat sommige verzekeraars weigeren de opzegging van de polis te aanvaarden wanneer daarom gevraagd wordt door een verzekerde omdat zijn premie gestegen is door de toepassing van een nieuwe segmentering wegens de wijziging van een bepaald aspect van het risico. Sindsdien heeft zij daarover geen klachten meer ontvangen.

Veel klachten gaan nog altijd over de weigering van de verzekeraar om een schadevergoeding te betalen in geval van autodiefstal wanneer het geïnstalleerde antidiefstalsysteem niet beantwoordt aan de criteria die in de algemene of bijzondere voorwaarden staan. De Ombudsman herhaalt haar aanbeveling om een kopie van het installeringsattest te vragen.

Vaak blijkt het raadplegen van het strafdossier nog altijd voor vertraging te zorgen in de afhandeling van een schadegeval. De Ombudsman verheugt zich erover dat, dankzij de wil van de verzekeraars en procureurs-generaal, het dossier Trans-PV, bedoeld om voor een vlottere doorstroming van de gerechtelijke dossiers te zorgen, goed vordert.

Voor het overige betreurt de Ombudsman dat haar aanbevelingen in de praktijk weinig opgevolgd worden. Hoewel er in bepaalde gevallen ongetwijfeld rekening mee wordt gehouden, heeft zij niettemin de indruk dat er geen sprake is van een algemene sectorale benadering. Zij stelt ook vast dat dit niet is ontsnapt aan de aandacht van het uitvoerend comité van de BVVO, dat de voorzitters van de technische afdelingsbureau heeft gevraagd daaraan het gewenste gevolg te geven.

Drie nieuwe aanbevelingen

In haar jaarverslag formuleert de Ombudsman drie nieuwe aanbevelingen op grond van de klachten die zij in 1998 heeft ontvangen. Ze hebben betrekking op de rechtsbijstandsverzekering, de winstdeelnames en de ziekenhuisopnameverzekering.

Om elke discussie over het wettelijk begrip van de vrije keuze van een advocaat in de rechtsbijstandsverzekering uit te sluiten, stelt de Ombudsman voor dat in de contracten vermeld wordt dat de keuze betrekking heeft op een enkele advocaat, en welke de voorwaarden zijn waaronder de verzekerde van raadsman kan veranderen. Hetzelfde geldt voor het kiezen van de experts.

In verband met de winstdeelnames schrijft de Ombudsman dat de toekenningsvoorwaarden voor die voordelen zo vaag zijn opgesteld dat ze de verzekeraar alle vrijheid laten. Zij vraagt dan ook nadrukkelijk dat de verzekeraars de variabele bedragen en de parameters voor de berekening ervan duidelijk vastleggen. Voor het overige verzoekt zij de commerciële teams de kandidaat-verzekerde een product voor te stellen dat aan zijn echte behoeften beantwoordt door zich af te vragen welke spaarvorm hij wenst, welke soort bescherming hij zoekt, of het bedrag van zijn premiebetalingen vast of variabel is. Volgens mevrouw Van Elderen heeft het immers geen zin de consument te lokken met aantrekkelijke reclame die evenwel illusoir is wat de aangekondigde resultaten betreft.

In de ziekenhuisopnameverzekering ten slotte wenst de Ombudsman een "dekkingsonderbreking" te voorkomen die zou voortvloeien uit de bepalingen over de dekking die de verzekeraars in de tijd verlenen. Als een opgenomen patiënt van verzekeringsonderneming verandert, loopt hij namelijk het risico dat beide verzekeraars om juridisch geldige redenen geen dekking verlenen, zelfs al volgen de contracten elkaar onmiddellijk op. De Ombudsman beveelt de verzekeringsadviseurs en de

werkgevers die een groepsverzekering aanbieden, aan om bij verandering van verzekeraar te voorzien in maatregelen die een dergelijke dekkingsonderbreking voorkomen.

Tot slot hoopt de Ombudsman dat de in februari 1999 gepubliceerde "gedragscode van de verzekeraars" niet louter een intentieverklaring blijft.

Een van de verplichtingen die de verzekeraars toegeven tegenover de consument te hebben, is volgens haar het opzetten van een permanente structuur voor klachtenbehandeling die voor het grote publiek toegankelijk is.

Rekening houdende met die vaststellingen hoopt zij ten zeerste dat die spontane bedoelingen ruim verspreid worden in de verzekeringsondernemingen. Wat de verschillende aspecten van de service betreft, staan communicatie en schaderegelingstermijnen ongetwijfeld bovenaan, aldus nog de ombudsvrouw.



**Bijlage 6:
Procedure voor het indienen
van een klacht**



[Terug naar
de index van het
Jaarverslag](#)

Welke klachten kunnen worden ingediend?

De Ombudsman is bevoegd voor klachten die betrekking hebben op rechtmatige eisen van verzekerden of hun rechthebbenden:

- over de naleving van wetten en contractuele bepalingen;
- over de naleving van redelijke termijnen;
- over het recht op correcte informatieversteking.

Hoe contact opnemen?

De Ombudsman is gemakkelijk en gratis te bereiken.

Alleen moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- de betrokken verzekeringsonderneming moet **lid** zijn van de BVVO;
- het geschil moet betrekking hebben op een **bestaand** contract;
- de klacht moet bondig worden samengevat in **een brief**, waarin de naam en de referenties van de betrokken verzekeringsonderneming vermeld moeten worden.

Vervolgens moet de brief gericht worden aan:

Josette Van Elderen

Ombudsman BVVO
de Meeûsplantsoen, 29
B-1000 Brussel

Tel: 02/547.56.11

Fax Ombudsman: 02/547.59.75

E-mail: ombudsman@bvvo.be

Assistenten:

Katia Goeman (NI)

tel: 02/547.56.99

Robert Reuter (Fr)

tel: 02/547.56.89

Secretariaat: Dominique Van den Eede

tel: 02/547.56.97

