

**Jaarverslag
2020**



Jaarverslag 2020

Voorwoord

Het is duidelijk dat 2020 niet als een topjaar de geschiedenisboeken zal ingaan.

Onze gedachten gaan in de eerste plaats uiteraard naar de slachtoffers van de COVID-19-pandemie die ondertussen al meer dan een jaar de wereld teistert.

De gezondheidscrisis haalde ook onze gewoontes, onze ambities en onze plannen overhoop. Weinig aangename begrippen zoals ‘lockdown’, ‘social distancing’ en ‘niet-essentiële beroepen’ zijn nu dagelijkse kost.

Verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen moesten hun manier van werken reorganiseren en roeien met de riemen die ze hadden. Hierbij moeten ze nog meer rekening houden met de consument, die in een situatie vol frustratie en bezorgdheid leeft.

In die context van COVID-19 is het niet gemakkelijk om geschillen en klachten op te lossen. Door de reorganisatie van het werk bij de sectorspelers waren deze moeilijker bereikbaar en werd ook de snelheid van de dienstverlening beïnvloed. Dat was ook het geval bij de Ombudsman van de Verzekeringen die in gewijzigde werkomstandigheden een forse stijging van het aantal dossiers te verwerken kreeg.

De toename van het aantal vragen tot tussenkomst is gedeeltelijk te verklaren door de dossiers die gelinkt zijn aan de pandemie. De gevolgen voor de verzekeringssector worden in dit verslag toegelicht. De stijging is ook te wijten aan het feit dat de consument mondiger is geworden. In 2020 heeft hij blijkbaar gebruik gemaakt van de extra tijd om zijn verzekeringspolissen na te kijken en het beheer van zijn schadegevallen in vraag te stellen.

Laat ons bijgevolg uitkijken naar de toekomst en hopen dat we snel naar een min of meer normale situatie kunnen terugkeren. In de post-COVID-19-periode zal de verzekeringssector een zeer belangrijke rol spelen. Verzekeringen zijn immers bedoeld om consumenten zekerheid te bieden zodat zij hun plannen en dromen kunnen realiseren. Die rol zal fundamenteel zijn om een duurzaam economisch herstel mee te ondersteunen.

In dit verslag blikken we terug op de grote tendensen van 2020 en trachten we de gevolgen van de pandemie voor de sector en zijn verschillende verzekeringstakken te schetsen. U vindt er ook aanbevelingen in de hoop dat we binnenkort de bladzijde van COVID-19 definitief kunnen omslaan.

Laurent de Barys

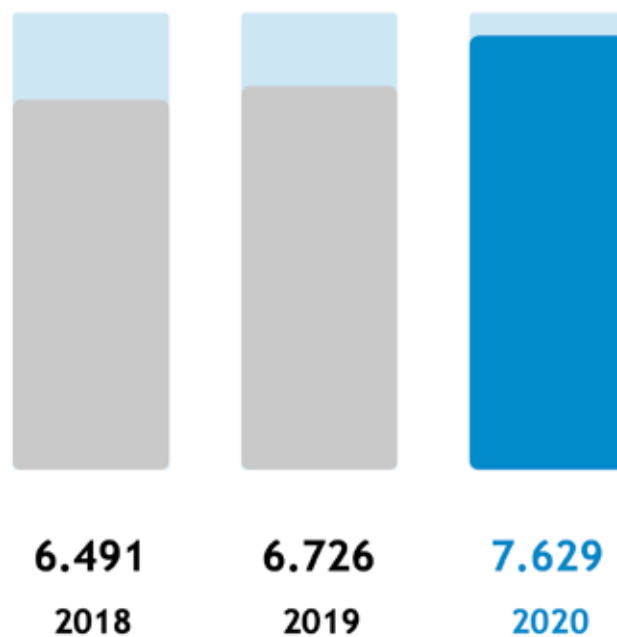
Ombudsman

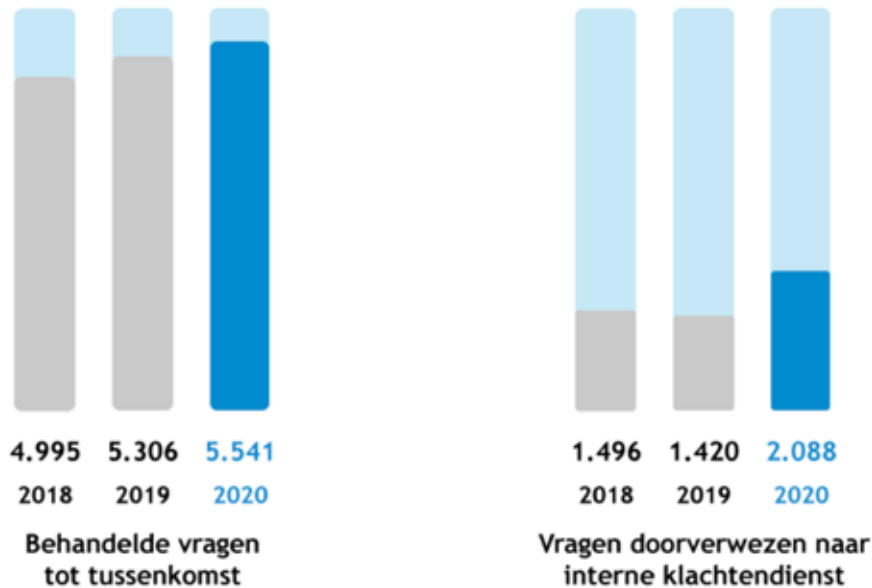


KERNCIJFERS

7.629 vragen tot tussenkomst, een stijging van 13%

Evolutie van de vragen tot tussenkomst





Totaal 2018 = 6.491

Totaal 2019 = 6.726

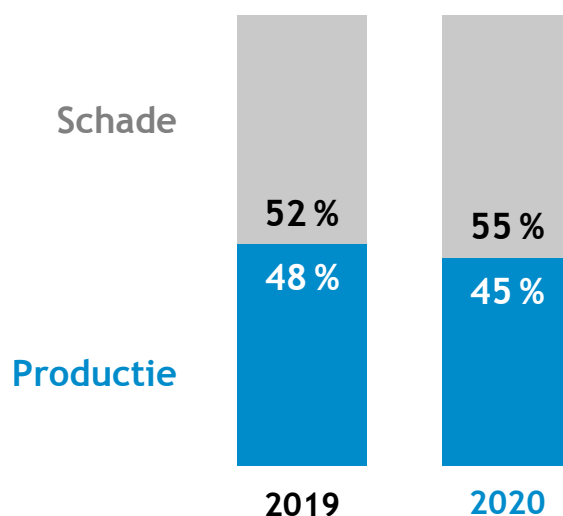
Totaal 2020 = 7.629

Meer vragen werden doorgestuurd naar de eerstelijnsopvang van de klachten binnen de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen om een rechtstreekse oplossing te vinden tussen de twee partijen.

Een stijging van de vragen tot tussenkomst met 13%

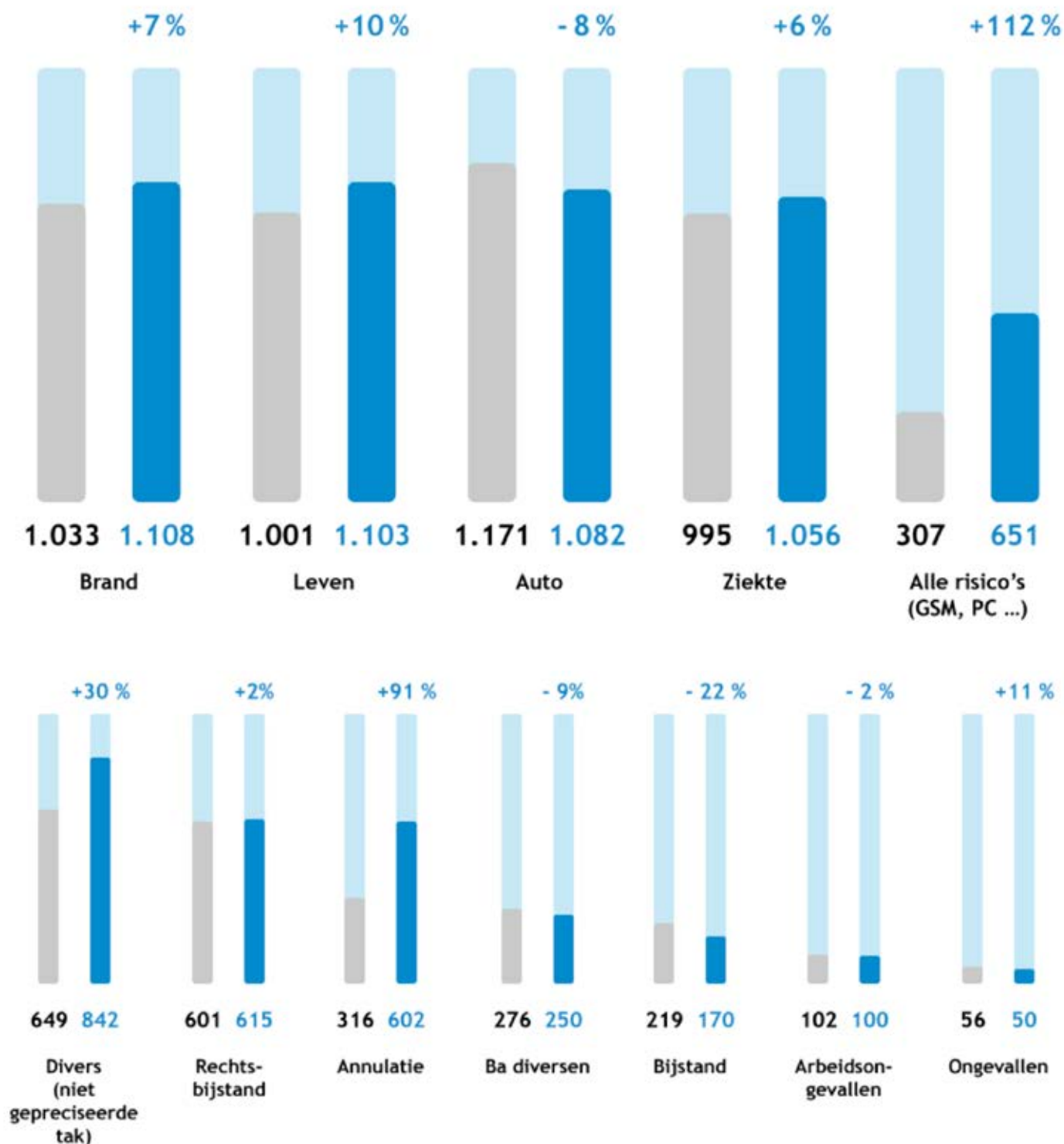
In 2020 ontving de Ombudsman 7.629 vragen tot tussenkomst. Dit komt overeen met een stijging van 13% ten opzichte van 2019. De gebrekkige communicatie, het uitblijven van reactie op vragen en de lange beheerstermijnen blijven de belangrijkste oorzaken van ontevredenheid bij de consument. Samen vertegenwoordigen zij 26% van de aanvragen.

Verdeling productie/schade



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

Uitsplitsing per verzekeringstak

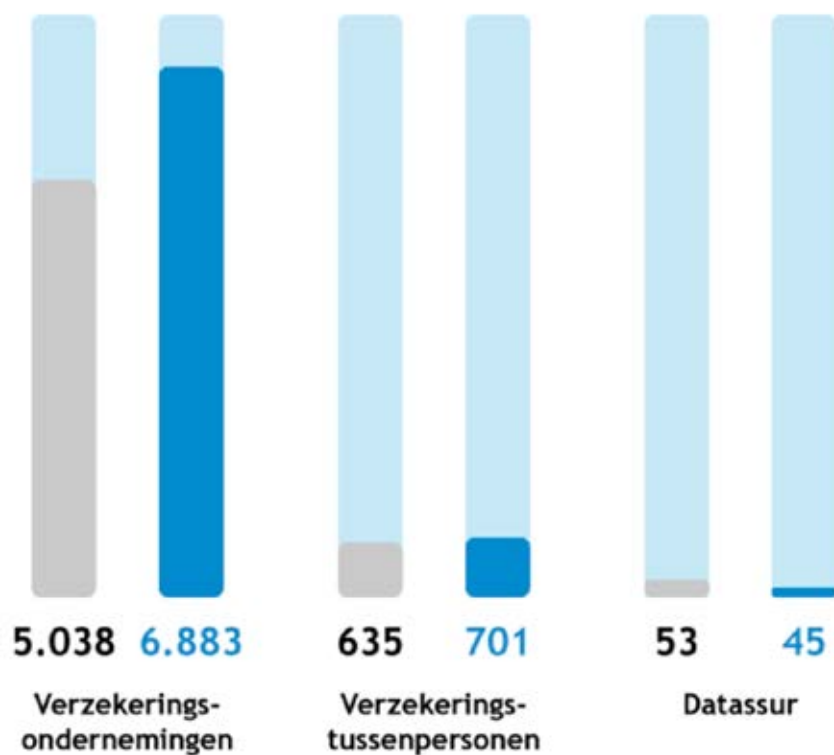


Totaal 2019 = 6.726

Totaal 2020 = 7.629

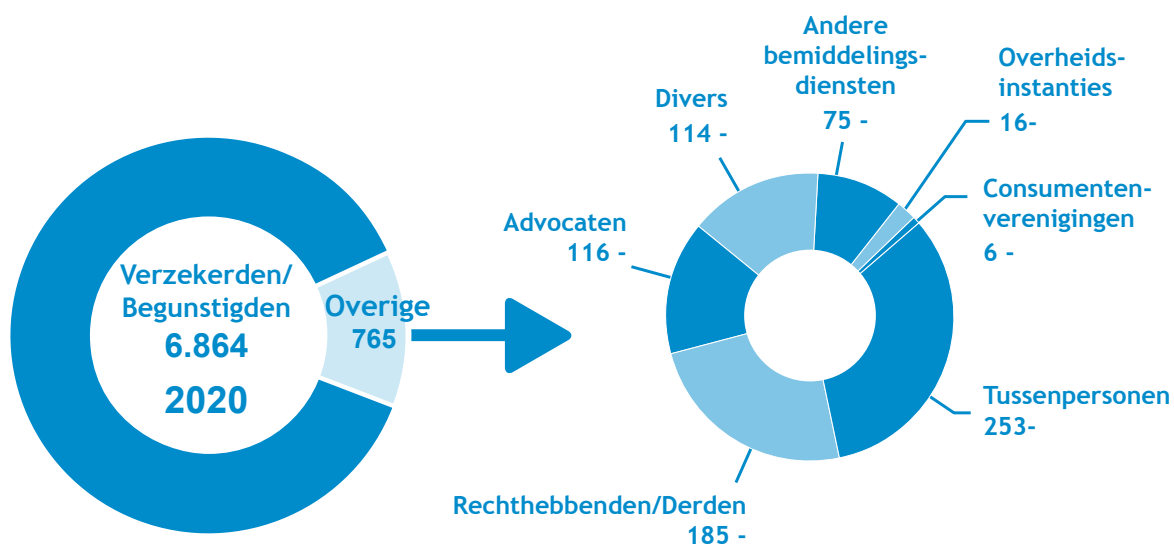
De sterkste stijging van de aanvragen is terug te vinden in de GSM-verzekering en de annulatieverzekering.

Spreiding



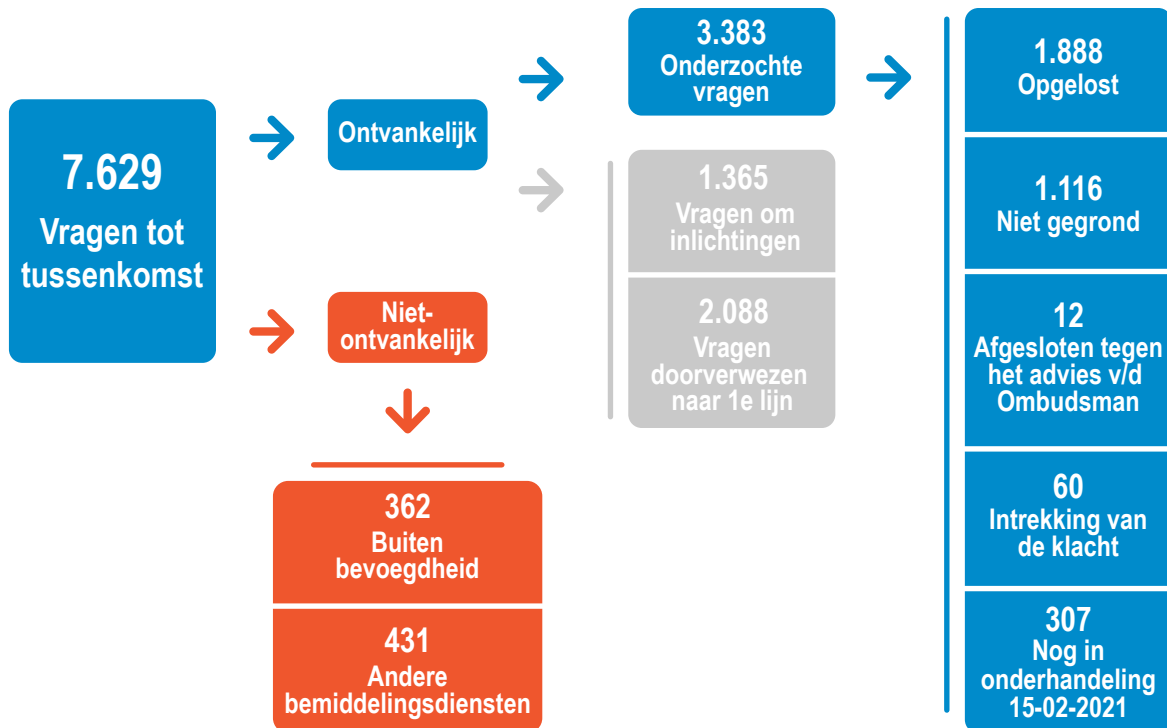
Totaal 2019 = 6.726
Totaal 2020 = 7.629

Oorsprong



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

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



Van de 7.629 vragen tot tussenkomst die in 2020 werden geregistreerd, heeft de Ombudsman er 3.383 onderzocht. Hiervan waren er op 15 februari 2021 3.076 afgesloten. In 63% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing. Dit cijfer is licht gestegen ten opzichte van de vorige jaren en is te verklaren door de talrijke vragen over vertragingen in het schadebeheer.

In 37% van de dossiers is de vraag niet gegrond. In dat geval ontving de consument een duidelijke en precieze toelichting hieromtrent.

307 dossiers van 2020 (4%) waren op 15 februari 2021 nog in onderhandeling.

In 2.088 gevallen (27%) heeft de Ombudsman de consument doorverwezen naar de klachtendiensten van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen en in 431 gevallen naar een andere bemiddelingsdienst.

De consument heeft zich in 1.365 dossiers (18%) tot de Ombudsman gericht voor inlichtingen en informatie, wat een stijging van 36% betekent ten opzichte van 2019. Dit is ongetwijfeld gelinkt aan de reorganisatie van het werk tijdens de lockdown-periodes. Dankzij het neutrale en objectieve advies van de Ombudsman kon een klacht worden vermeden.

362 vragen (5%) vallen buiten de bevoegdheid van de Ombudsman.

Ten slotte werden slechts 12 dossiers (<1%) afgesloten tegen het advies van de Ombudsman.



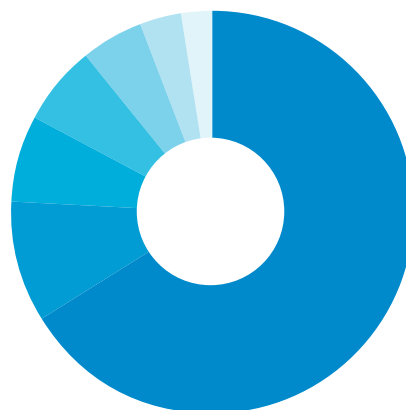
CORONAVIRUS

357 vragen tot tussenkomst

De impact van de coronapandemie op de verzekeringssector

2020 zal voor altijd in ons geheugen gegrift staan als het jaar van de coronapandemie, met zijn vreemde en zorgwekkende bekommernissen voor onze samenleving. Ook de verzekeringssector moest zich aan deze uitzonderlijke situatie aanpassen.

De consument werd geconfronteerd met rechtstreekse of onrechtstreekse gevolgen van het coronavirus. Hiervoor deed hij massaal beroep op het onpartijdige advies van de Ombudsman, ofwel om informatie of een bevestiging te vragen, ofwel om een klacht in te dienen.



Totaal 2020 = 357



De rechtstreekse gevolgen

Bepaalde verzekeringstakken ondervonden een directe impact van de coronacrisis.

Dit was voornamelijk het geval in de **annulatieverzekering**. De meeste coronagerelateerde vragen in deze tak betreffen de weigering tot tussenkomst van de verzekeraar wegens niet-dekking van een annulatie door de pandemie. In de meeste contracten behoren pandemieën niet tot de gedekte waarborgen. De algemene voorwaarden moeten hierop steeds worden nagekeken.

De pandemie sluit echter niet elke tussenkomst van de verzekeraar uit. De Ombudsman benadrukt dat men zich moet plaatsen op het ogenblik waarop de eerste reden tot annulatie zich voordoet om na te gaan of er dekking is of niet. Een annulatie wegens ziekte kan gedekt zijn indien ze voorafgaat aan de beslissing tot reisverbod van de overheid voor de periode van de verzekerde reis. Er wordt evenwel geen rekening gehouden met een reden tot annulatie die na het reisverbod door de overheid wordt ingeroepen, aangezien het voorwerp van de verzekering, namelijk de reis, op dat ogenblik reeds is verdwenen.

Daarnaast liet de coronacrisis zich ook voelen in de **ziekteverzekering**. Talrijke zorgen moesten worden uitgesteld. De meeste verzekeraars hebben zich flexibel opgesteld in de pre- en post-waarborg terwijl die in principe slechts gedurende beperkte periodes gedekt zijn.

Daarentegen raakten enkele dossiers over de jaarlijkse tussenkomstplafonds voor tandverzorging niet geregeld. Een verzekeraar wenste de termijn van de jaarlijkse dekkingperiode niet aan te passen. Hierdoor kon het maximumbedrag, dat jaarlijks beschikbaar is, niet verlengd worden, terwijl tandverzorging in het algemeen tijdens de eerste lockdownperiode niet mogelijk was.

Een aantal consumenten hadden afspraken gepland over de twee verzekeringsjaren maar deze moesten door de coronacrisis worden geannuleerd. Het eerste deel van de tandverzorging kon dus niet plaatsvinden op de geplande data. Die verzekerden konden dus niet van beide jaarlijkse tussenkomstplafonds genieten zoals gepland.

Ook in de **levensverzekering** hebben de pandemie en de lockdown een directe impact gehad op de beschikbaarheid en de antwoordtermijnen van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen. In deze periode schommelden de beurskoersen sterk, waardoor er snel moest worden gereageerd. Gelukkig waren de periodes van grote daling beperkt in de tijd.

Tot slot vroegen talrijke verzekerden in **verschillende verzekeringstakken** (annulatie, auto, brand, ...) de **terugbetaling van de betaalde premie** of een deel ervan, omdat het verzekerde risico als gevolg van de coronacrisis was verdwenen of kleiner was geworden.

De economische en financiële crisis door de pandemie leidde er toe dat heel wat ondernemingen uitstel van premiebetaling of de terugbetaling vroegen wanneer de activiteiten werden stopgezet. Het ging hierbij vooral om brand- en aansprakelijkheidsverzekeringen. De sector heeft zich in deze dossiers vrij flexibel opgesteld.

De onrechtstreekse gevolgen

De crisis heeft niet alleen de manier van werken van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen beïnvloed, maar ook die van de Ombudsman.

De pandemie heeft de verzekeringsondernemingen ertoe aangezet om voorzichtiger om te springen met de onderschrijving van nieuwe risico's. Tegelijk nam de consument in 2020 de tijd om zijn **verzekeringscontracten na te kijken**. Zo stelde hij bijvoorbeeld een dubbele verzekering in vraag, of een levensverzekering die toch niet beantwoordt aan zijn profiel. Ook keek hij het beheer van schadegevallen meer na. Bij blijvende vragen kwam hij ook gemakkelijk terecht bij de Ombudsman.

In die zin waren er in 2020 minder vragen over opzeg door de verzekeringsonderneming maar wel meer over **opzeg** door de consument. De verzekeraars wilden in een moeilijke context een zekere stabiliteit behouden terwijl de consument wellicht op zoek ging naar een voordeliger tarief. De sector heeft zich trouwens soepel opgesteld bij een opzeg door de verzekeringnemer ingevolge betalingsproblemen door de financiële crisis.

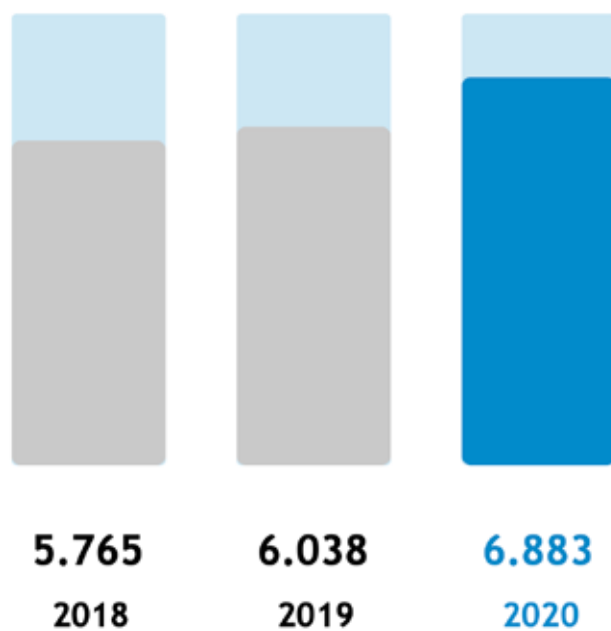
De organisatie van het werk tijdens de crisis heeft bovendien negatieve gevolgen gehad voor de sector. Het aantal vragen over de bereikbaarheid van alle spelers van de sector en de abnormaal lange **beheerstermijnen** blijft nog steeds hoog.



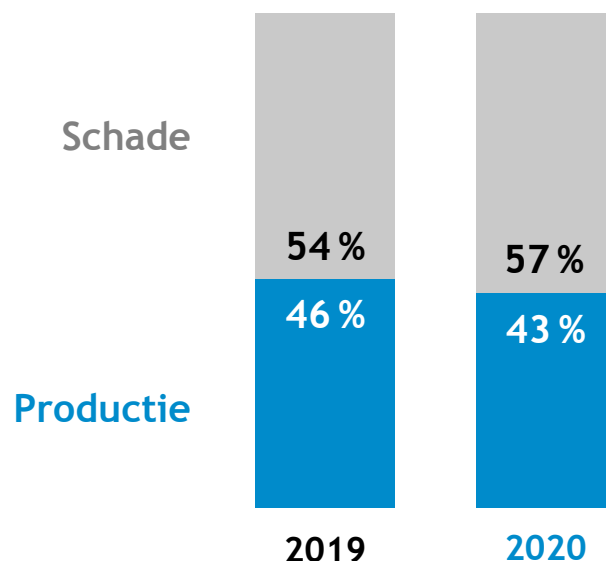
VERZEKERINGSONDERNEMINGEN

6.883 vragen tot tussenkomst, een stijging van 14%

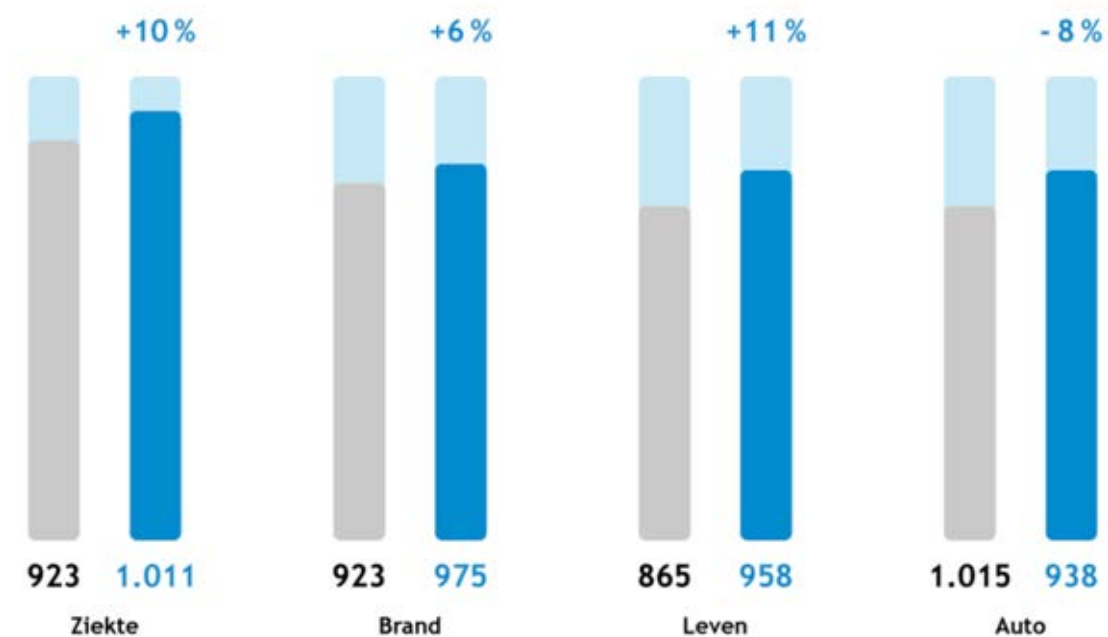
Evolutie van de vragen tot tussenkomst

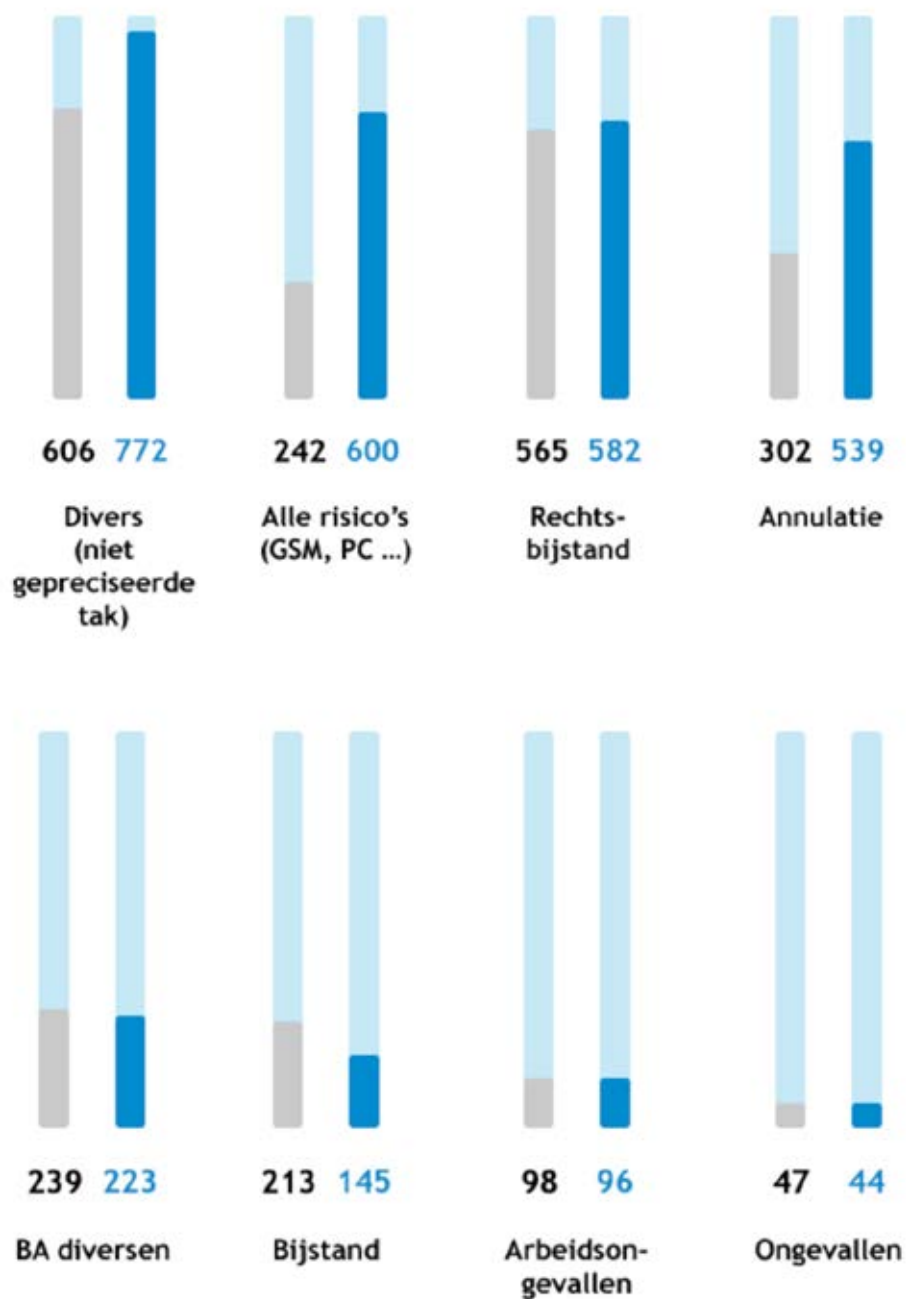


Verdeling productie/schade



Uitsplitsing per verzekeringstak





Totaal 2019 = 6.038

Totaal 2020 = 6.883

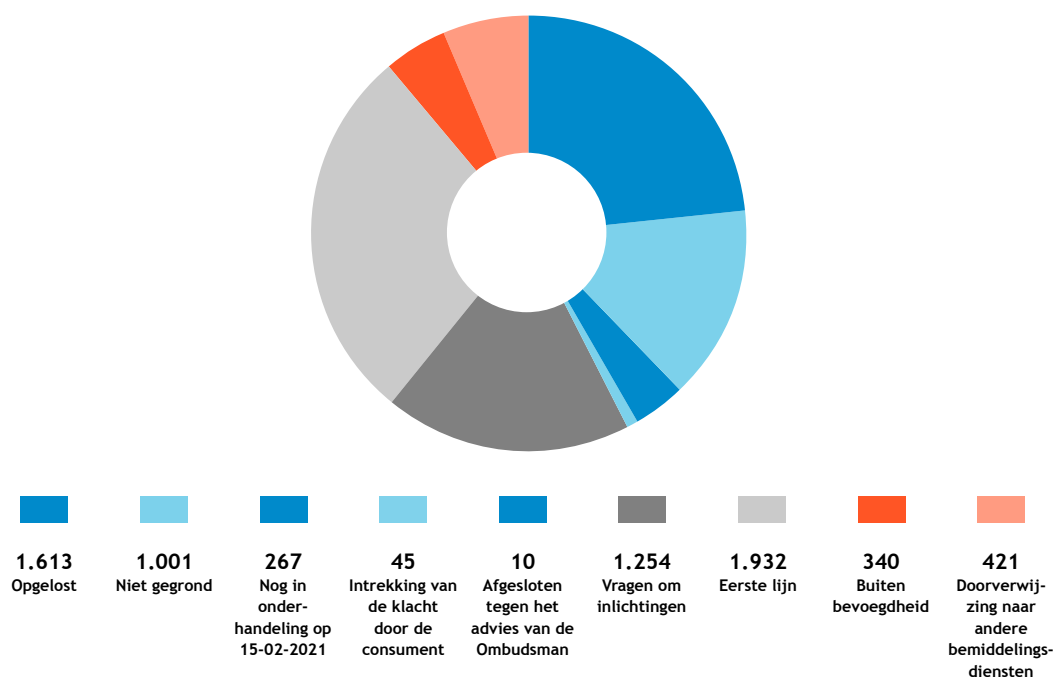
Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De termijnen (30%)
- Weigering tot tussenkomst (17%)
- Opzeg door de consument (14%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst

Totaal 2020 = 6.883



Op 15 februari 2021 had de Ombudsman 2.785 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In **58% van deze dossiers ontving de consument een oplossing**. In 1.932 gevallen (28%) heeft de Ombudsman de aanvrager doorverwezen naar de interne klachtendiensten van de verzekeraars.

90% van alle vragen om inlichtingen heeft betrekking op de verzekeringsondernemingen.

Nood aan duidelijke begrippen

Een groot deel van de ingediende dossiers is het gevolg van een vage omschrijving waardoor er verwachtingen worden gecreëerd, die niet worden ingelost. Zoals reeds vele jaren meegegeven, blijft de sleutel in de verzekeringssector de communicatie. Die moet duidelijk en nauwkeurig zijn vooral wanneer het gaat over de uitsluitingen van de dekking, die in het contract zijn opgenomen. Verzekeringsondernemingen horen vaak dat het te veel gaat om **“de kleine lettertjes”**. Daartegenover staat dat de consument soms ook een heel persoonlijke interpretatie geeft aan bepaalde begrippen.

Verschillende termen zijn bij de Ombudsman voer voor discussie. In **de brandverzekering** kan het begrip ‘gebrek aan onderhoud’, dat een oorzaak vormt voor uitsluiting van tussenkomst van de verzekeraar, op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Zo houdt ook de ‘normale wederopbouwtermijn’, die beperkt is tot de theoretische termijn voor de herstelling, niet noodzakelijk rekening met de expertisetermijnen. Die lopen sinds het begin van de coronacrisis nog meer op en de verzekerde kan geen herstelling laten uitvoeren zolang de expertise niet heeft plaatsgevonden.

In **de rechtsbijstandsverzekering** leiden begrippen als ‘plotselinge en onvoorzienbare gebeurtenis’ of ‘administratieve fase’ in een fiscaal geschil bijvoorbeeld tot uitgebreide onderhandelingen bij de Ombudsman.

De Ombudsman moet er vaak op wijzen dat de wet uitdrukkelijk bepaalt dat bij twijfel over de betekenis van een clause, de interpretatie ten voordele van de verzekerde primeert.

Het spreekt voor zich dat een te gedetailleerde definitie in de contracten evenmin wenselijk is. Op die manier zou het contract onleesbaar kunnen worden, of zou er zelfs geen sprake meer zijn van de flexibiliteit die nodig is bij de interpretatie van de contracten, teneinde deze te laten aansluiten op de feiten. In geval van uitsluitingen en begrippen, waarvan de gebruikelijke betekenis tot verschillende interpretaties kan leiden, zou **duidelijkheid** echter zowel de consument als de verzekeringsonderneming **ten goede komen**.

Assuralia is zich ondertussen ook bewust van deze problematiek en de Ombudsman juicht dan ook toe dat een verhoogde leesbaarheid van de contracten de komende jaren voor de beroepsvereniging een prioriteit zal worden.

Wijziging van het contract: wanneer men de spelregels tijdens het spel verandert

De gebeurtenissen van 2020 hebben nogmaals aangetoond dat de omgeving waarin we ons bevinden, snel en drastisch kan veranderen. Verzekeringsondernemingen moeten zich aanpassen om te kunnen inspelen op die veranderende situaties, of ze nu betrekking hebben op een groep verzekerden of op de hele samenleving.

In sommige dossiers die aan de Ombudsman werden voorgelegd, geeft de consument aan dat de **eenzijdige wijzigingen die door de verzekeringsonderneming werden aangebracht**, hem niet uitdrukkelijk werden meegedeeld. Voor sommige verzekeraars volstaat de vermelding van de gewijzigde polisvoorwaarden op de uitnodiging tot premiebetaling als communicatie en gaat de consument hier zogezegd mee akkoord door de betaling van de premie. Die betaling stelt de verzekeraar echter niet vrij van zijn verplichting om informatie te verstrekken over de wijzigingen die in de algemene voorwaarden zijn aangebracht.

In het algemeen wordt er trouwens op dat moment geen analyse meer gedaan van de behoeften van de verzekeringsnemer. Het is dan ook belangrijk om waakzaam te blijven en na te gaan of het product, na de wijzigingen, nog steeds beantwoordt aan de oorspronkelijke behoeften.

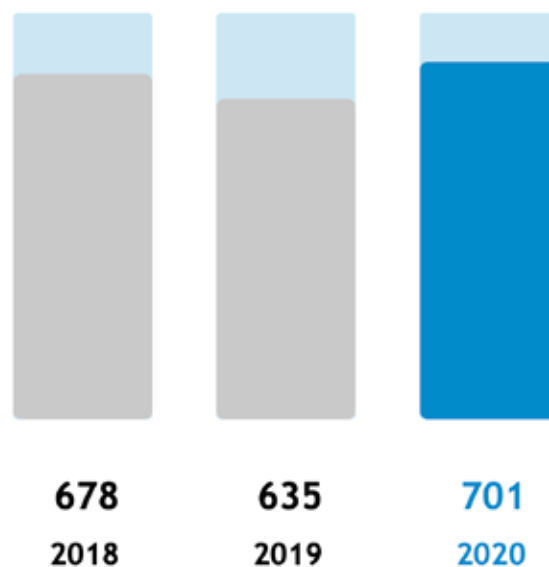
De aanpassingen van het contract moeten trouwens **duidelijk, nauwkeurig en transparant** worden **meegedeeld**, alsook de impact ervan. De verzekeringsonderneming moet de consument er ook op wijzen dat hij een opzegrecht heeft indien de wijziging een invloed heeft op zijn verwachtingen.



VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN

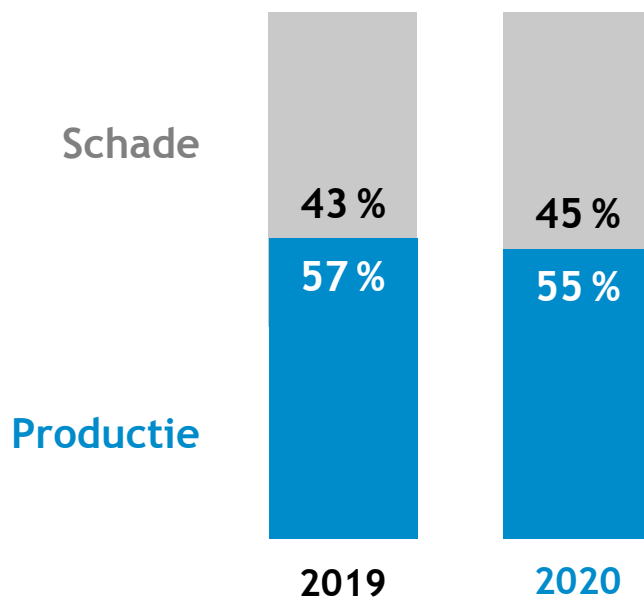
701 vragen tot tussenkomst, een stijging van 10%

Evolutie van de vragen tot tussenkomst

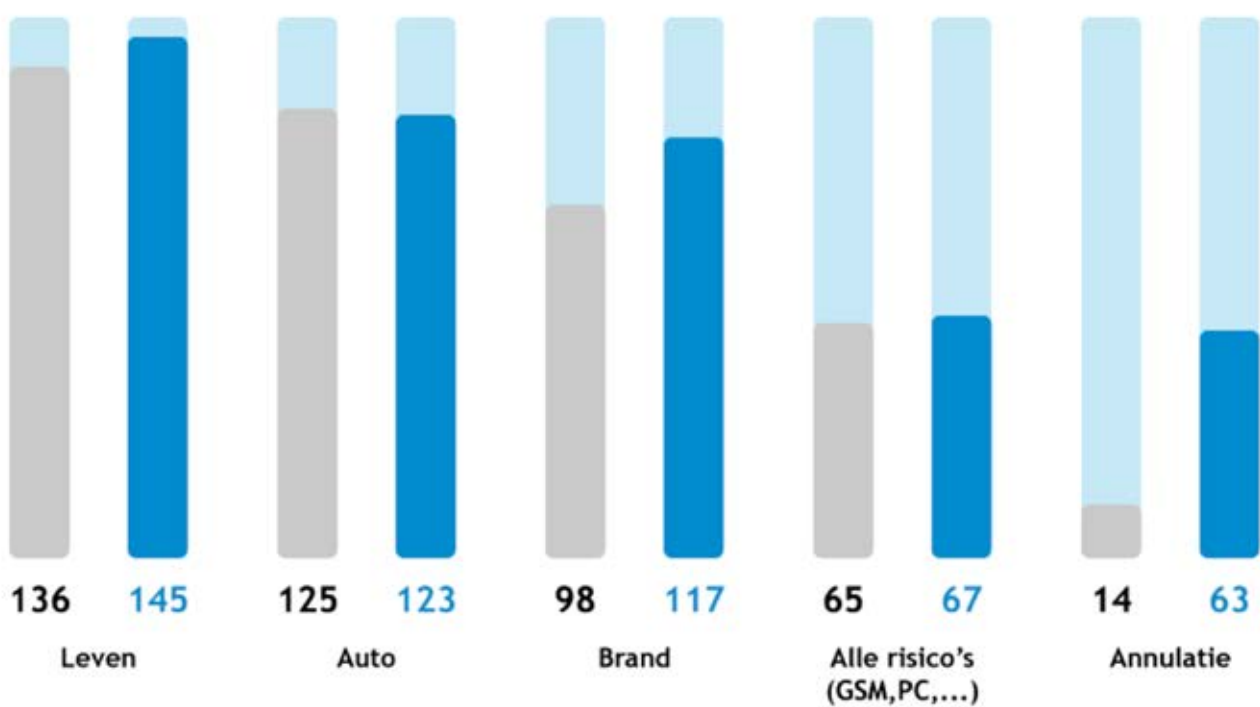


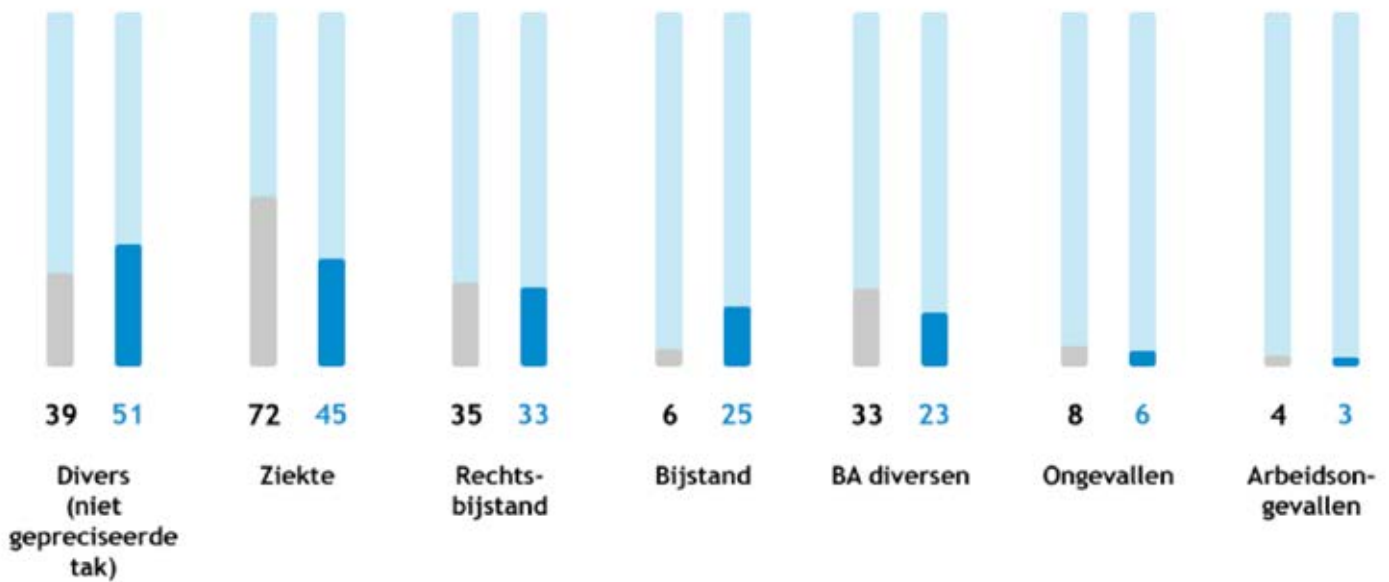
9% van de vragen van tussenkomst handelt over de verzekeringstussenpersonen.

Verdeling productie/schade



Uitsplitsing per verzekeringstak





Totaal 2019 = 635

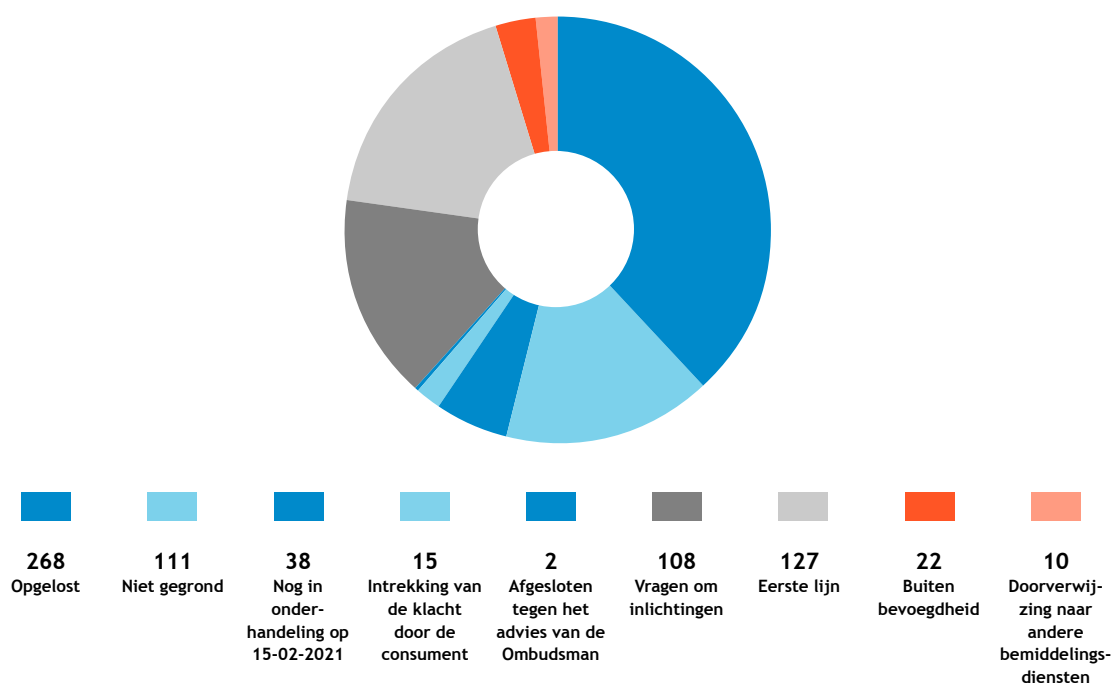
Totaal 2020 = 701

Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De inning en de terugbetaling van de premie (17%)
- Gebrek aan informatie tijdens de onderschrijving en wijziging van het contract (11%)
- De lange antwoordtermijn bij het beheer van het contract (10%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



Op 15 februari 2020 had de Ombudsman 379 dossiers verder onderzocht en afgesloten. **In 70% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.** De Ombudsman heeft de consument in 18% van de gevallen doorverwezen naar de eerste lijn.

De administratieve opvolging door de tussenpersoon

In 2020 handelt één op drie vragen tegen een verzekeringstussenpersoon over een mogelijke fout in de administratieve afhandeling van het verzekeringscontract.

Enkele voorbeelden zijn: het niet-doorgeven van een adreswijziging aan de verzekeringsonderneming, een vertraging of een fout in de inschrijving van een voertuig. In het kader van de **inning van de premie** door de tussenpersoon kan een vertraging in het doorstorten van de premie er toe leiden dat het verzekeringscontract wordt geschorst door de verzekeraar terwijl de consument tijdig had betaald aan de tussenpersoon.

In **de levensverzekering**, meer bepaald in tak 23, kaart de consument de lange termijn aan bij een **fondsoverdracht** naar een ander product of bij een afkoop. De consument wil op een bepaald tijdstip gebruik maken van een voordelige beurskoers. Door de snelle schommelingen in deze koers, is een vlugge reactie dikwijls noodzakelijk. Een vertraging bij de tussenpersoon in dit proces kan bijgevolg grote financiële gevolgen hebben.

Daarnaast stelde de Ombudsman in sommige dossiers vast dat de **trage uitbetaling** voortvloeide uit het feit dat de verzekeringstussenpersoon de verzekeraar niet vlug genoeg op de hoogte heeft gebracht van het overlijden van de verzekerde.

De ontwikkeling van nieuwe apps en technologie zou de administratieve opvolging door de tussenpersonen moeten verbeteren alsook toelaten om de communicatie tussen de consument, de tussenpersoon en de verzekeringsonderneming te synchroniseren.

De helft van deze dossiers kon rechtstreeks tussen de tussenpersoon en zijn klant worden opgelost. In de dossiers die de Ombudsman heeft verder onderzocht, kon doorgaans een oplossing worden gevonden.

De verzekeringstussenpersoon als expert-fiscalist en beursmakelaar

De Ombudsman stelt vast dat de consument niet altijd correct geïnformeerd is over de verschillende aspecten van het product of dat hij ze niet volledig heeft begrepen. Heel wat consumenten denken nog steeds, onterecht, dat een tak 23-product toch een kapitaalgarantie biedt. De AssurMiFID- en IDD-reglementeringen legden heel wat **informatieverplichtingen** op, maar door de toename van het aantal te ondertekenen documenten gaat de relevante informatie voor de consument soms verloren.

Op basis van de ontvangen aanvragen, blijkt dat de gegeven informatie vaak niet wordt gelezen. In dat geval is het belangrijk dat de verzekeringstussenpersoon als ‘vertaler’ optreedt en de belangrijkste elementen van het verzekeringsproduct eenvoudig uitlegt aan de consument.

De fiscaliteit wordt hierbij steeds doorslaggevend. De consument heeft dan ook meer vragen over het feit dat zijn verzekeringstussenpersoon hem niet op de hoogte heeft gebracht van alle fiscale aspecten die uit het contract kunnen voortvloeien.

De kennis van fiscale basisregels valt onder de beroepsvaardigheden van de tussenpersoon. Verzekeringsproducten met een beleggingsdoel vragen een nog grotere waakzaamheid. Hoe ver reikt echter de **informatieplicht over fiscale aspecten**? De tussenpersoon moet zijn klant uiteraard informeren over de belangrijkste fiscale aspecten van het product maar kan niet worden verplicht om een volledig fiscaal onderzoek uit te voeren.

Zoals hierboven aangegeven, wijst de consument ook op vertragingen bij de tussenpersoon in de vereffening of de overdracht van beleggingsproducten. Sommige **vertragingen** zijn onaanvaardbaar. In andere gevallen moet erop worden gewezen dat levensverzekeringsproducten vooral bedoeld zijn als langetermijnbelegging en niet geschikt zijn als tradinginstrument.

GSM-verzekering en nevenverzekeringstussenpersoon: “u neemt daar toch een verzekering bij? “

Smartphones, tablets en computers zijn tijdens de pandemie nog belangrijker geworden. Helaas zijn de vragen over de verzekeringen voor deze producten in 2020 opnieuw toegenomen.

De onderschrijvingsvoorwaarden blijven problematisch. Die verzekeringen worden dikwijls aangeboden in grote winkels met huishoudapparatuur door verkopers die wel gespecialiseerd zijn in elektronica, maar slechts een beperkte kennis hebben van verzekeringen.

Reeds in 2018 introduceerde de wetgever een nieuwe categorie voor deze verzekeringsverdelers: de “nevenverzekeringstussenpersonen”. Zij moeten een minimale analyse uitvoeren van de verwachtingen en de behoeften van de consument. De Ombudsman van de Verzekeringen is sindsdien ook bevoegd voor de geschillen die daarop betrekking hebben.

Een vaak gehoorde klacht bij consumenten is dat ze **onder druk werden gezet om een verzekering af te sluiten zonder dat ze op de hoogte waren van de voorwaarden en de inhoud van het contract**. Sommige consumenten melden zelfs dat ze een bankdomiciliëring moesten ondertekenen onder een administratief voorwendsel en dat ze pas bij de eerste inhouding het bestaan van de verzekering vaststelden.

Die praktijken vinden dikwijls plaats in het kader van verkoopacties met een gratis maand verzekeringsdekking met mogelijkheid tot opzeg of zelfs cashbackacties op de verzekeringspremie.

Aangezien de premies vaak maandelijks zijn, beseft de consument pas heel laat welk totaalbedrag hij jaarlijks uitgeeft aan de GSM-verzekering. In verhouding tot de prijs van de GSM kan het **bedrag van de jaarlijkse premie** soms ontvondend zijn.

De Ombudsman wijst erop dat de consument, net als in 2019, grote moeilijkheden ondervindt om het contract **op te zeggen**. De toegankelijkheid van de verzekeringsondernemingen die in die tak actief zijn, laat sterk te wensen over. In een overgrote meerderheid van de gevallen kon de Ombudsman de consument doorverwijzen naar de juiste contactpersoon.

Ondanks het wettelijke kader, moeten we vaststellen dat de situatie er niet op verbetert. De nevenverzekeringstussenpersonen zouden de verzekeringsproducten die ze aanbieden, **beter moeten kennen**, en hun klanten **beter moeten informeren**. Ze zouden ook bewust moeten worden gemaakt van de noodzaak om een analyse van de behoeften van de consumenten te doen. Op de website van de winkels in kwestie zou ook duidelijke informatie moeten staan over de omvang van de dekkingen, de jaarlijkse prijs en de opzegmodaliteiten. Zo niet moeten de verkooppraktijken meer worden gecontroleerd.

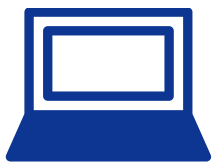


Coronavirus en verzekeringstussenpersonen

De meeste coronagerelateerde vragen ten aanzien van tussenpersonen hadden betrekking op de **bijstands- en annulatieverzekering**. Het betrof hoofdzakelijk tussenpersonen die handelen met regelingsbevoegdheden in naam en voor rekening van de verzekeringsondernemingen.

De consument wil vooral terugbetaling verkrijgen van de premie van zijn tijdelijke reisverzekering. In overeenstemming met de richtlijnen van de FSMA heeft de Ombudsman in een overgrote meerderheid van die dossiers een oplossing kunnen vinden voor de consument: ofwel werd een terugbetaling gedaan, ofwel werd de dekking verschoven naar een latere periode.

Andere dossiers hebben betrekking op de weigering tot tussenkomst of het gebrek aan bereikbaarheid van de tussenpersoon tijdens de lockdownperiodes. Net als veel andere diensten hebben ook de tussenpersonen zich moeten aanpassen aan telewerk.

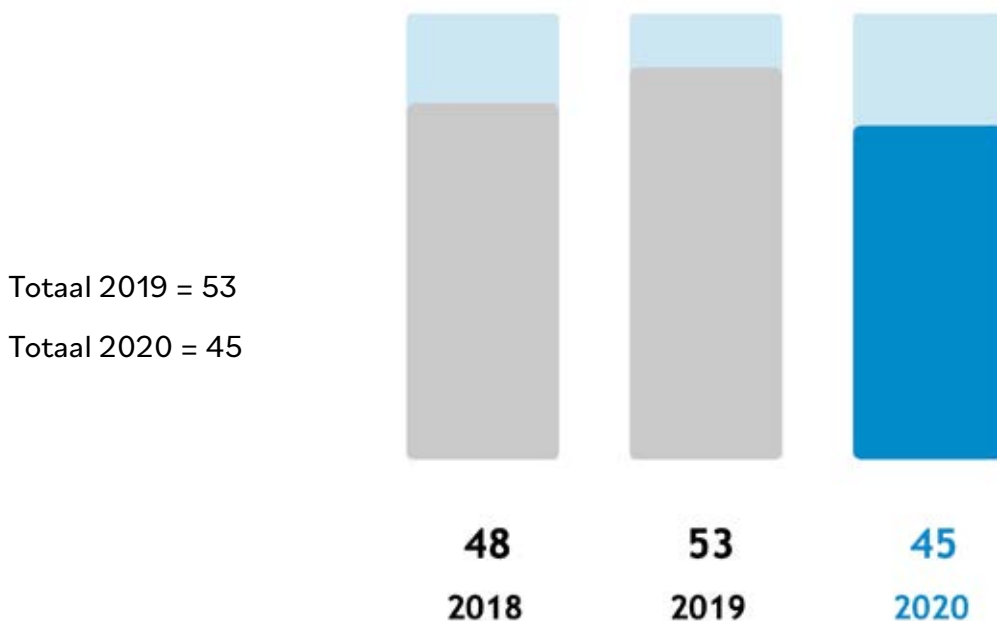


DATASSUR

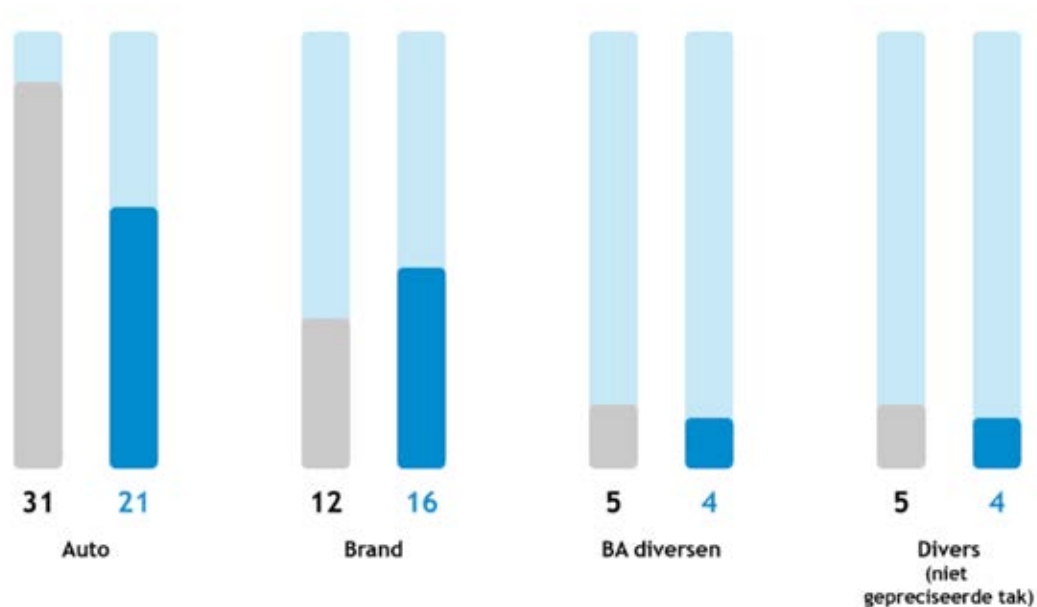
Datassur is een economisch samenwerkingsverband dat onder meer gegevensbanken beheert. Datassur registreert de gegevens die de verzekeringsondernemingen bezorgen ingevolge de opzeg van een contract op basis van objectieve criteria zoals niet-betaling van de premie, schadelast en bewezen fraude.

45 vragen tot tussenkomst, een daling van 15%

Evolutie van de vragen tot tussenkomst



Uitsplitsing per verzekeringstak



Totaal 2019 = 53

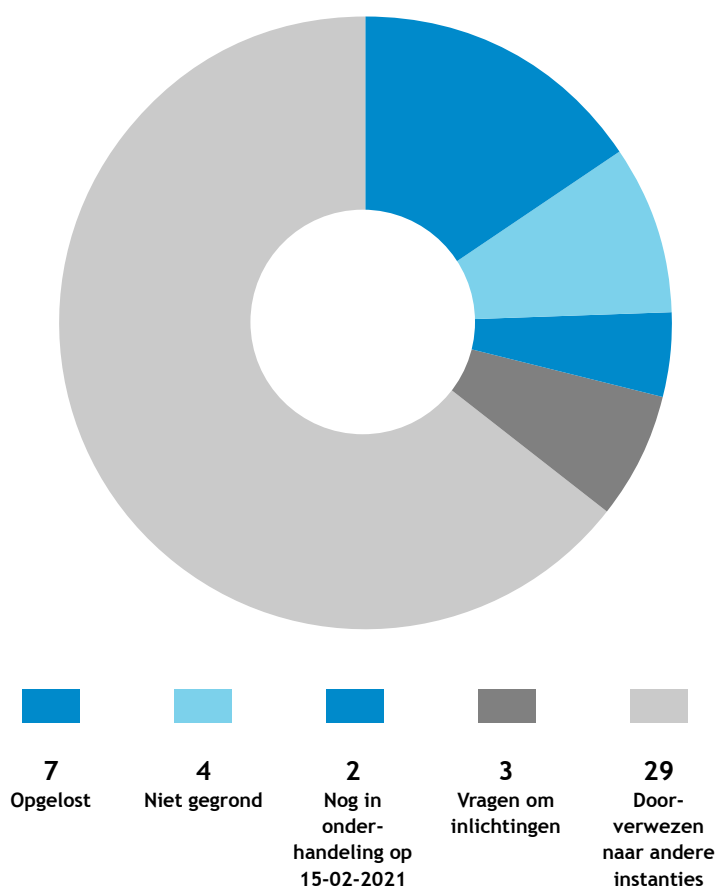
Totaal 2020 = 45

Motieven van de vragen tot tussenkomst

Registratie in het RSR-bestand als gevolg van een opzeg wegens niet-betaling van de premie vormt nog steeds de meerderheid van de vragen tot tussenkomst (67%).

Resultaat van de vragen tot tussenkomst

Totaal 2020 = 45



Aangezien de Ombudsman enkel tussenkomt als beroepsinstantie voor klachten tegenover Datassur, heeft hij de aanvrager in 64% van de gevallen in eerste instantie terug doorverwezen naar Datassur zelf.

Op 15 februari 2021 had de Ombudsman 13 dossiers verder onderzocht en afgesloten. In 64% van deze dossiers ontving de consument een oplossing.

Aangezien het aantal verder onderzochte klachten beperkt is, herneemt dit hoofdstuk enkel de cijfergegevens.



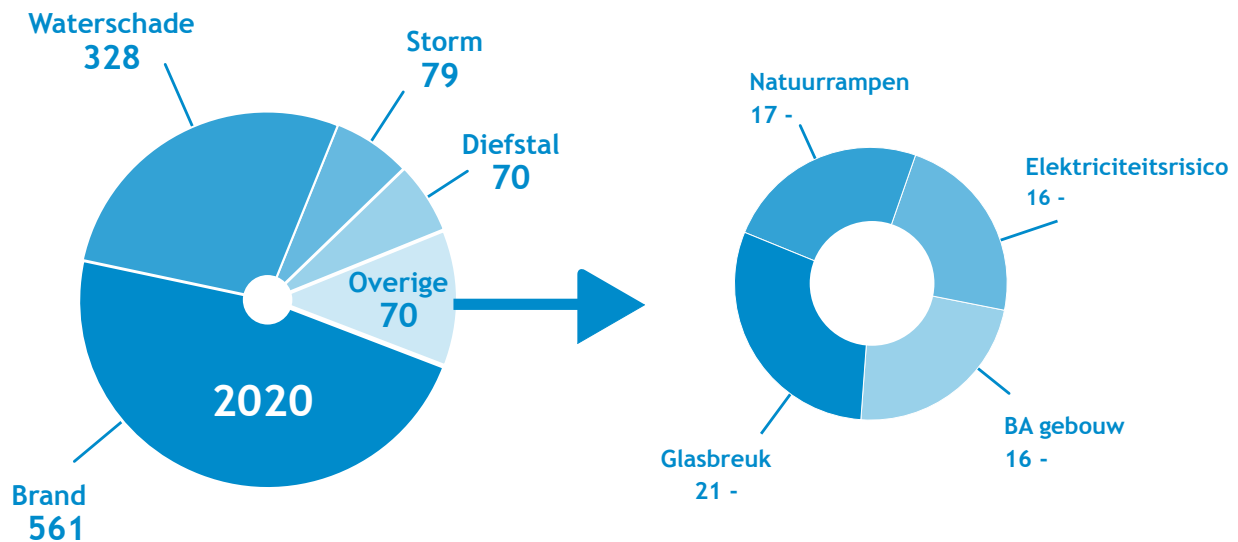
PER VERZEKERINGSTAK

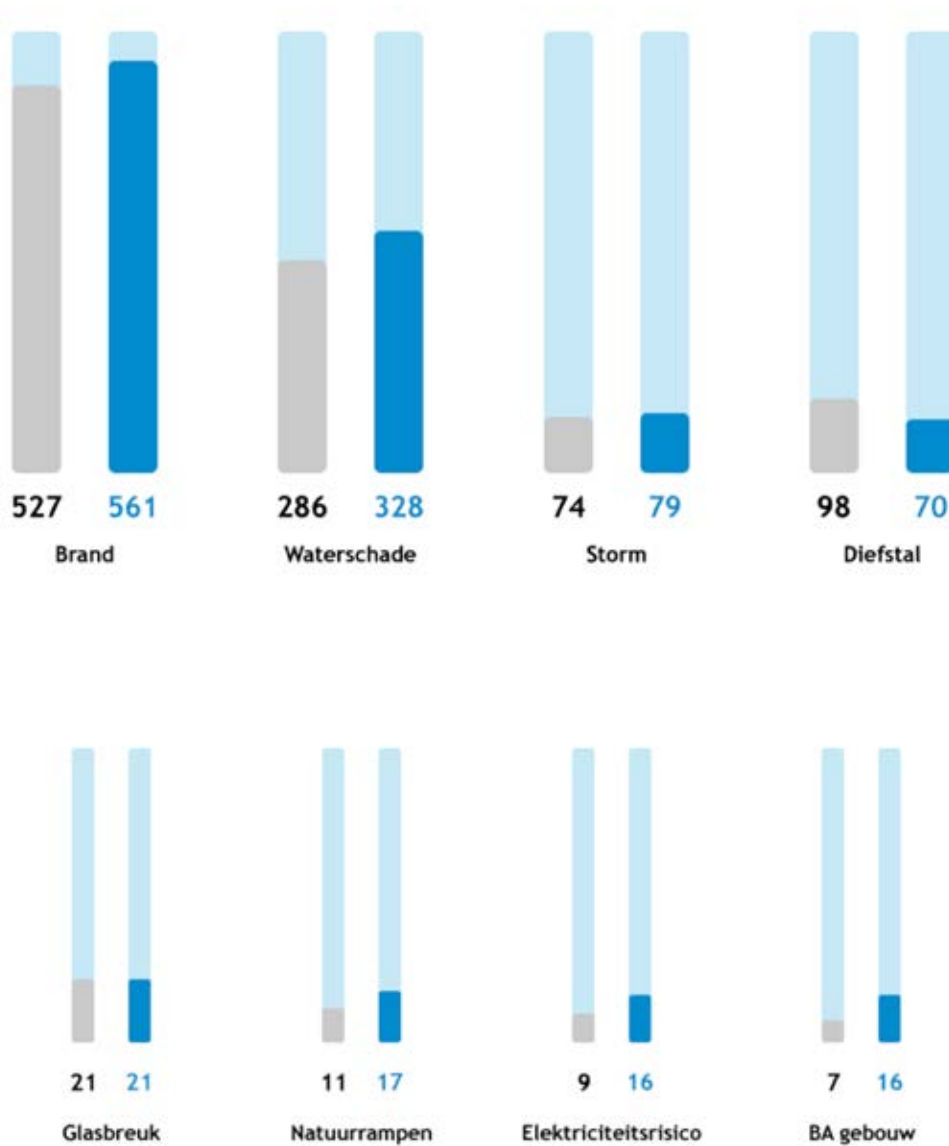


BRANDVERZEKERING

1.108 vragen tot tussenkomst, een stijging van 7%

Uitsplitsing brandverzekering





Totaal 2019 = 1.033

Totaal 2020 = 1.108

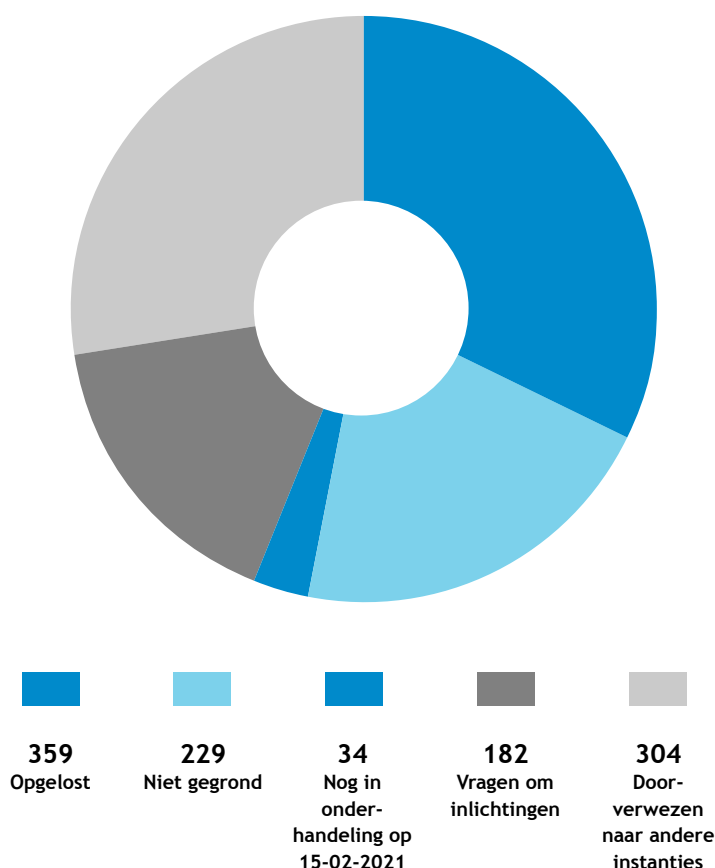
Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- Weigering van tussenkomst (22%)
- De beheerstermijnen van een schadegeval (19%)
- De opzeg door de verzekeringsnemer (9%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst

Totaal 2020 = 1.108



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

Een weigering tot tussenkomst, altijd een bittere pil voor de consument

In 2020 behandelde de Ombudsman 245 dossiers waarbij een weigering tot tussenkomst werd ingeroepen. Een weigering tot tussenkomst geeft dikwijls aanleiding tot frustratie bij de consument. Wanneer deze is gebaseerd op **technische verzekeringsdefinities** heeft de consument vaak het gevoel dat zijn verzekeraar slechts een excuus inroept om hem niet te vergoeden. Dit leidt veelal tot een van de hardnekkigste misvattingen over de sector: de verzekeringsonderneming doet er alles aan om niet te betalen.

De Ombudsman stelt in sommige dossiers vast dat de verzekeringsondernemingen een **heel restrictieve interpretatie** toepassen. Zo wordt de dekking van insijpeling via een voeg tussen een plat dak en een muur geweigerd omdat enkel insijpeling via het dak gedekt is. Of wordt de dekking van een waterleiding beperkt tot de buizen en niet tot de verbindingstukken, de kijkgaten en inspectieruimtes.

Hoewel bepaalde uitsluitingen op technische basis niet kunnen worden betwist, dringt de Ombudsman erop aan dat **uitsluitingen** voor de consument **duidelijk en nauwkeurig** worden opgesteld. Een lexicon, waarbij bepaalde technische begrippen duidelijk worden toegelicht, kan de verwachtingen van de

consument beter kaderen. Hierbij herhaalt de Ombudsman dat in ieder geval een uitsluiting strikt moeten worden geïnterpreteerd en dat bij twijfel de interpretatie in het voordeel van de consument primeert.

De almachtige expert?

Reeds in het verleden heeft de Ombudsman erop gewezen dat het verloop van de expertise een cruciaal moment is in de relatie tussen de verzekeraar en de verzekerde. Ondanks dit, ontving de Ombudsman in 2020 meer vragen over het verloop van de expertise in de brandverzekering.

De consument kaart regelmatig de **beperkte constructieve houding van de expert** aan. Hij roept hierbij in dat bepaalde door de expert aangehaalde punten niet voldoende worden toegelicht of gewoonweg niet worden opgenomen in het expertiseverslag. Soms wordt zelfs geen schade onder voorbehoud geraamd of opgenomen in het expertiseverslag, waardoor zelfs het niet betwist deel van de schade niet kan worden betaald, zoals nochtans voorzien in de wetgeving.

Hierbij leiden ook nieuwe technieken soms tot discussies. Zo is bij een ondertekening op een tablet van een expertiseverslag, niet altijd alle informatie zichtbaar voor de consument en weet hij soms niet wat hij ondertekent. In 2014 had de Ombudsman al voorgesteld om een bedenktijd in te voeren na de minnelijke schatting van de schade.

Het gebrek aan transparantie en aan motivering van de expertise kan tot imagoschade van de verzekeringssector leiden.

Hierbij stelt de Ombudsman vast dat de consument steeds meer het gevoel heeft dat het **beheer van het geschil in handen van de expert is** en niet meer in handen van de dossierbeheerder.

Dit gevoel wordt versterkt door het feit dat sommige experts reeds naar de verzekerde communiceren over het al dan niet gedekt zijn van de schade.

Naast de aanbevelingen van de Ombudsman in 2018 omtrent de omkadering van de expertises, dringt de Ombudsman erop aan dat de beslissing over de waarborg ten gronde wordt genomen door de verzekeringsondernemingen zelf. De tussenkomst van de expert moet beperkt blijven tot het vaststellen van de feiten en het maken van een gemotiveerde schatting van de schade.

Een dossier met meerdere partijen: hoe meer zielen.....

De beheerstermijnen blijven in 2020 de belangrijkste reden van ontevredenheid. Deze worden sterk beïnvloed door het aantal betrokken partijen in een dossier. De Ombudsman heeft vorig jaar gewezen op vertragingen in de schadevergoedingen wanneer meerdere partijen zijn betrokken. De verzekeraar wenst dat **alle mogelijke aansprakelijke partijen aanwezig zijn** om de schade in gemeenschappelijk akkoord met alle experts vast te stellen.

De bedragen, die moeten worden geschat, kunnen echter verschillend zijn: nieuwwaarde voor de verzekeraar van het gebouw, werkelijke waarde voor de verzekeraar van de aansprakelijke derde. Het voordeel van een eigen schadeverzekering is net dat men wordt vergoed zonder te wachten op het verhaal op de aansprakelijke derde. Dit voordeel dreigt weg te vallen wanneer men moet wachten op verschillende partijen.

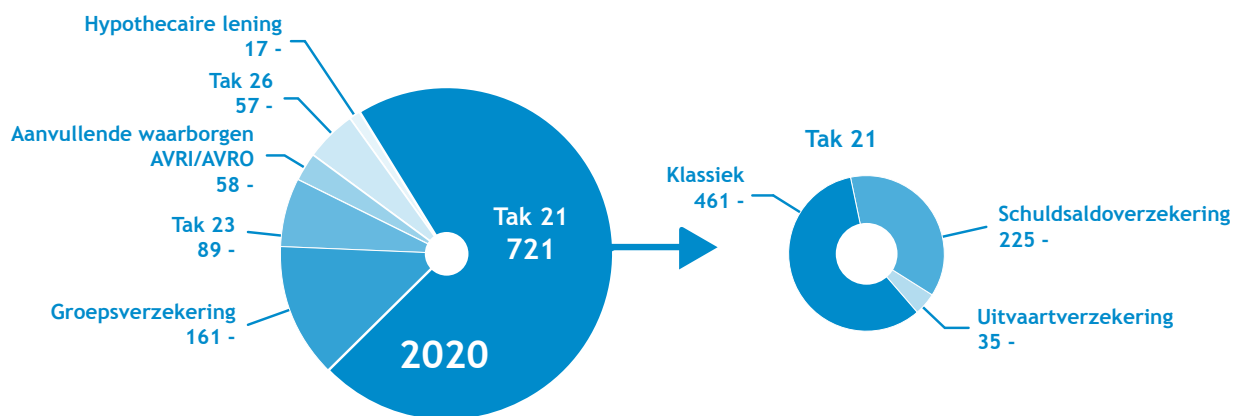
De expert zou dan ook het bedrag van de schade moeten vastleggen onder voorbehoud van de aansprakelijkheidsvraag, zodat de verzekerde al kan worden vergoed door zijn eigen verzekeraar. De discussie over de aansprakelijkheden kan daarna worden verdergezet zonder bijkomend nadeel voor de consument.

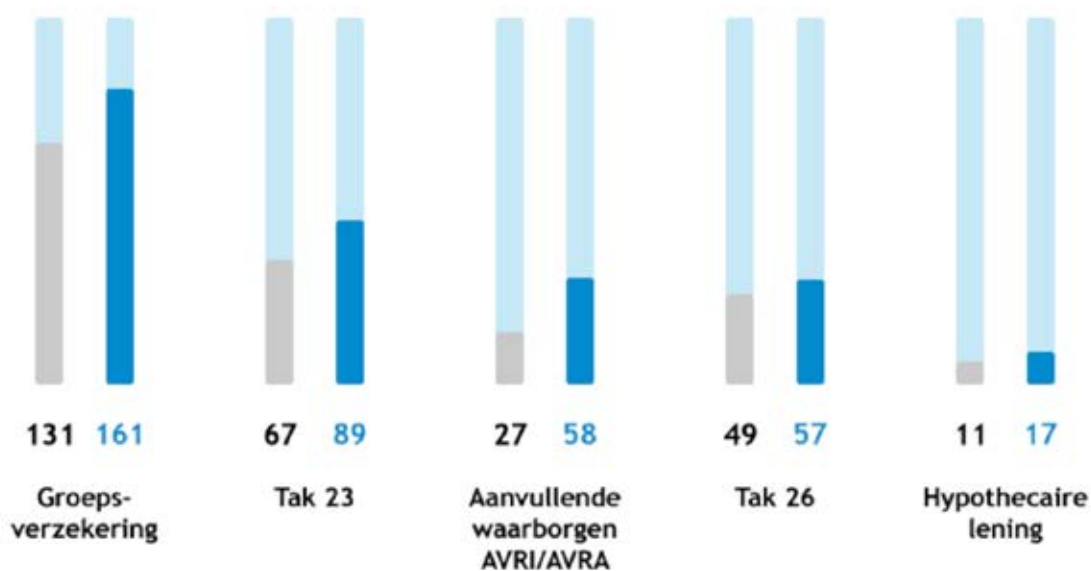
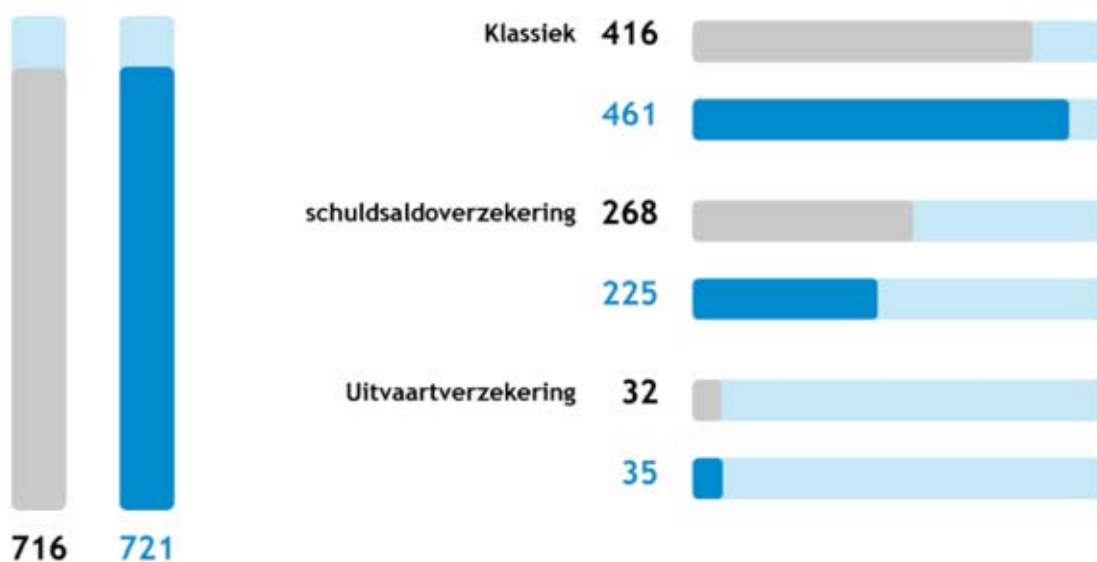


LEVENSVZERKERING

1.103 vragen tot tussenkomst, een stijging van 10%

Uitsplitsing levensverzekering





Totaal 2019 = 1.001

Totaal 2020 = 1.103

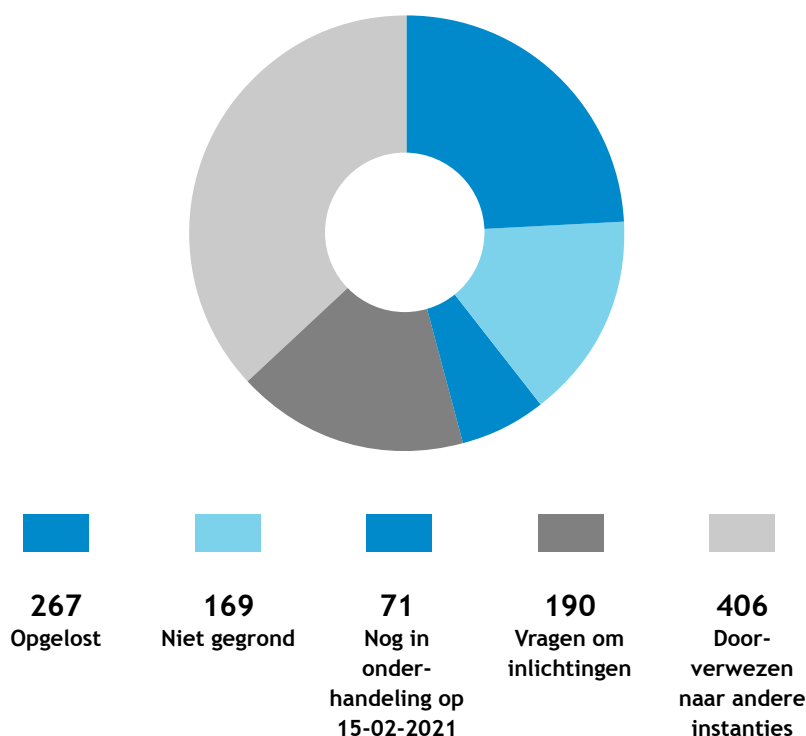
Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De afkoop van de contracten (15%)
- De antwoordtermijnen in productie (14%)
- De betalingstermijnen op het einde van het contract of na overlijden (17%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst

Totaal 2020 = 1.103



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

Een complexe fiscaliteit

In de levensverzekering ontving de Ombudsman in 2020 meer aanvragen waarbij de fiscaliteit in vraag werd gesteld. De toenemende complexiteit van de fiscale regels heeft een invloed op de **verschillende fases van een levensverzekeringscontract**.

- Bij de onderschrijving, moet er worden nagegaan of de verzekeringsonderneming of -tussenpersoon een polis heeft voorgesteld die overeenstemt met het beleggersprofiel van de consument en of de looptijd van het contract beantwoordt aan de behoeften van de verzekerde.
- Tijdens de looptijd van het contract rijzen vragen bij een afkoop, een overdracht, de anticipatieve taks, de datum van betaling van een premie en de toewijzing aan een inkomstenjaar.
- Aan het einde van het contract, bij de uitkering, moeten eveneens specifieke regels worden gerespecteerd. Bij overlijden bijvoorbeeld worden de zaken bemoeilijkt door de regels inzake erfopvolging en verblijfplaats.

De consument geniet niet altijd de **fiscale voordelen** die hij verwachtte. Hij is van mening dat zijn belegging voordeliger had kunnen zijn indien hij geïnvesteerd had in een ander product. De Ombudsman onderzoekt in dergelijke dossiers vooral de precontractuele communicatie en informatie die aan de consument werd gegeven. Als hierin een gebrek is, moet de (financiële) schade hiervan worden vergoed.

De betalingstermijnen

De betalingstermijnen bij de vereffening of afkoop van de levensverzekering blijven een grote bron van ontevredenheid van de consument en vertegenwoordigen een op vijf vragen in de levensverzekering. Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe wettelijke bepalingen houdende de betalingstermijn van een **individueel levensverzekeringscontract**, is het aantal vragen over afkooptermijnen wel licht afgenomen.

In tak 23 daarentegen kan de volatiliteit van de beurzen onaangename verrassingen met zich meebrengen wanneer de vereffening niet snel genoeg na de vraag van de consument volgt.

In de **groepsverzekering** stelt de Ombudsman een stijging vast van het aantal vragen over de betalingstermijnen. Sommige consumenten hebben hierbij onrealistische verwachtingen en hopen op een uitbetaling op de dag van hun pensionering zelf. Er moeten echter formaliteiten worden vervuld vooraleer effectief wordt overgaan tot de vereffening van de groepsverzekering. Een termijn van enkele weken tot maximum een maand kan wettelijk niet betwist worden. Daarentegen bemiddelde de Ombudsman wel in dossiers waarin de termijnen niet konden worden gerechtvaardigd.

De verwachtingen van de consumenten over de termijnen moeten dan ook goed worden gekaderd, en indien mogelijk verbeterd.

Nieuwe projecten die streven naar een snellere uitwisseling van gegevens tussen de overheid en de verzekeringsondernemingen bij overlijden, zouden in de toekomst een oplossing kunnen bieden.

Discriminatie en recht om vergeten te worden

Hoewel globaal gezien de vragen over de schuldsaldoverzekering in 2020 in aantal afnamen, stegen de vragen over discriminatie op basis van de gezondheidstoestand licht. De Ombudsman werd 65 keer geraadpleegd. Een derde van de dossiers werd behandeld als een vraag om informatie. Een ander deel van de dossiers (21%) werd overgedragen aan het Opvolgingsbureau. De dossiers waarvoor een onderzoek van de Ombudsman nodig was, kon in de helft van de gevallen een alternatieve oplossing worden aangereikt.

De wetgever heeft het ‘recht om vergeten te worden’ ingevoerd. Dit bevordert de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor mensen die getroffen werden door een kankeraandoening of die lijden aan een chronische ziekte.

De verzekeringsondernemingen leven dit recht om vergeten te worden over het algemeen goed na. In de enkele dossiers die aan de Ombudsman werden voorgelegd, hield de verzekeraar nog rekening met feiten van meer dan tien jaar geleden, wat onmiddellijk na de opening van het dossier bij de Ombudsman werd rechtgezet.



Coronavirus en levensverzekering

Door de reorganisatie van de verzekeringsondernemingen en -tussenpersonen handelen verschillende aanvragen over de bereikbaarheid van de betrokken instanties. Hierbij worden ook de beheers- en antwoordtermijnen aangekaart.

Deze langere termijnen hebben vooral gevolgen bij de tak 23 verzekering door de schommelingen van de beurswaarde tussen het moment van de beslissing tot afkoop door de consument en de effectieve vereffening.

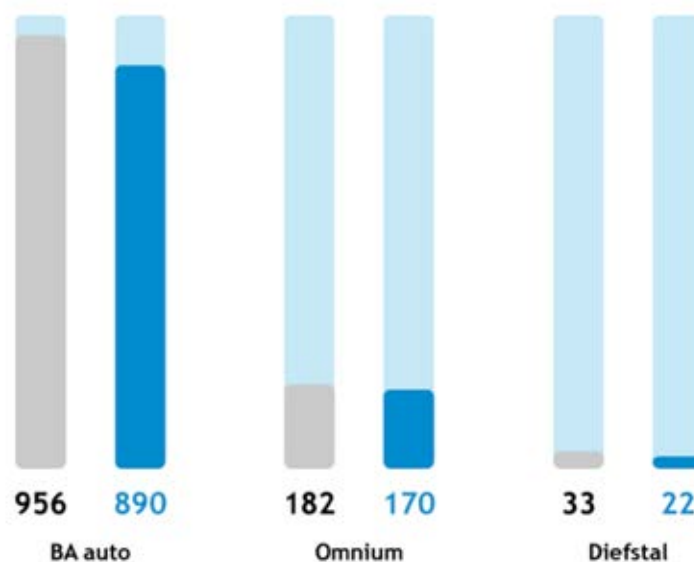
In enkele gevallen heeft de consument gevraagd om de betaling van zijn premie te schorsen omdat zijn financiële situatie werd beïnvloed door de crisis.



AUTOVERZEKERING

1.082 vragen tot tussenkomst, een daling van 8%

Uitsplitsing autoverzekering



Totaal 2019 = 1.171

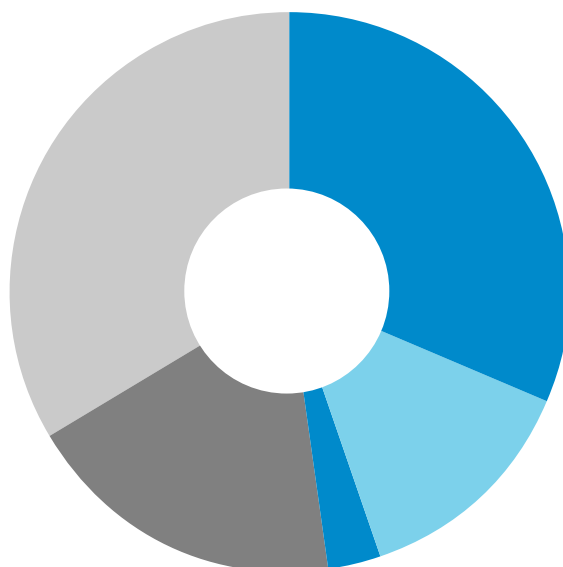
Totaal 2020 = 1.082

Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De beheerstermijnen van een schadegeval (16%)
- De opzeg van het contract door de verzekeringsnemer (14%)
- De opzeg van het contract door de verzekeraar (4%)
- De premie (15%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



Totaal 2020 = 1.082



In 70% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

Overname van het contract door de nieuwe verzekeraar: “maakt u zich geen zorgen, wij zorgen voor alles”

De verandering van verzekeraar zou in een gereguleerde tak als de autoverzekering in principe weinig problemen mogen veroorzaken. Verzekeringsondernemingen of -tussenpersonen stellen hun nieuwe klanten vaak gerust over het feit dat ze de nodige stappen zullen zetten voor de opzeg van het contract bij de vorige verzekeraar.

De Ombudsman moet echter vaststellen dat een op vijf aanvragen in autoverzekering handelt over op **tekortkomingen** of fouten in de opzeg.

Soms werd de oude verzekeraar niet gecontacteerd. In andere gevallen waren er fouten in de datum van de opzeg van het vorige contract of de datum van inwerkingtreding van het nieuwe contract. De einddatum van het contract kan inderdaad variëren naargelang het gaat om een opzeg omwille van een tariefverhoging of niet. In nog andere gevallen gaat de vraag tot opzeg over zuiver administratieve fouten, zoals het noteren van een verkeerd contractnummer.

Het gebrek aan coördinatie tussen verzekeraars kan leiden tot een 'lacune' in dekking of, wat frequenter voorkomt, een dubbele verzekering. De consument moet dan premies betalen aan zijn vorige verzekeraar terwijl hij al geldig elders is verzekerd.

Het merendeel van deze dossiers werd pragmatisch opgelost.

Het attest schadeverleden

Net als de vorige jaren contacteerde de consument de Ombudsman in 2020 over zijn attest schadeverleden en de inhoud ervan.

Het voorleggen van dit attest is cruciaal voor de consument die een contract wil afsluiten bij een andere verzekeraar en de concurrentie tussen de verzekeringsondernemingen wil laten spelen.

De Ombudsman stelt in bepaalde gevallen vast dat de verzekeraars in gebreke blijven om deze attesten te leveren wanneer de consument erom vraagt. Nog andere dossiers gaan over de correctheid van de gegevens die op deze documenten staan.

Door de geautomatiseerde verzending van deze attesten komen **sommige fouten** niet vóór de verzending aan het licht. Uitgaven in omnium kunnen ten onrechte worden aangerekend op de schadelast in BA auto. Volgens de wet mag het schadeattest echter enkel melding maken van schadegevallen die in BA worden geregeld.

In de meerderheid van deze dossiers kon de Ombudsman een verzending of rechtzetting van het schadeattest bekomen.



Coronavirus en autoverzekering

De coronacrisis had ook een invloed op de autoverzekering. Heel wat consumenten hebben zich tot de Ombudsman gewend om een terugbetaling van de betaalde premies te verkrijgen omdat ze hun voertuig niet of minder gebruikten tijdens de lockdowns. Hoewel de mogelijkheid wordt aangereikt om de verzekering te schorsen door inbewaringgeving van de nummerplaat, is dit toch een vrij omslachtige procedure. Zelfs een stilstaand voertuig kan trouwens een risico vormen. Bovendien kan men toch nog geneigd zijn om het voertuig te gebruiken in dringende gevallen.

De vermindering van het verkeer als gevolg van de lockdown in het begin van het jaar heeft bovendien geleid tot een daling van het aantal verkeersongevallen en verklaart wellicht ook de daling van het aantal vragen in verband met schadegevallen bij de Ombudsman.

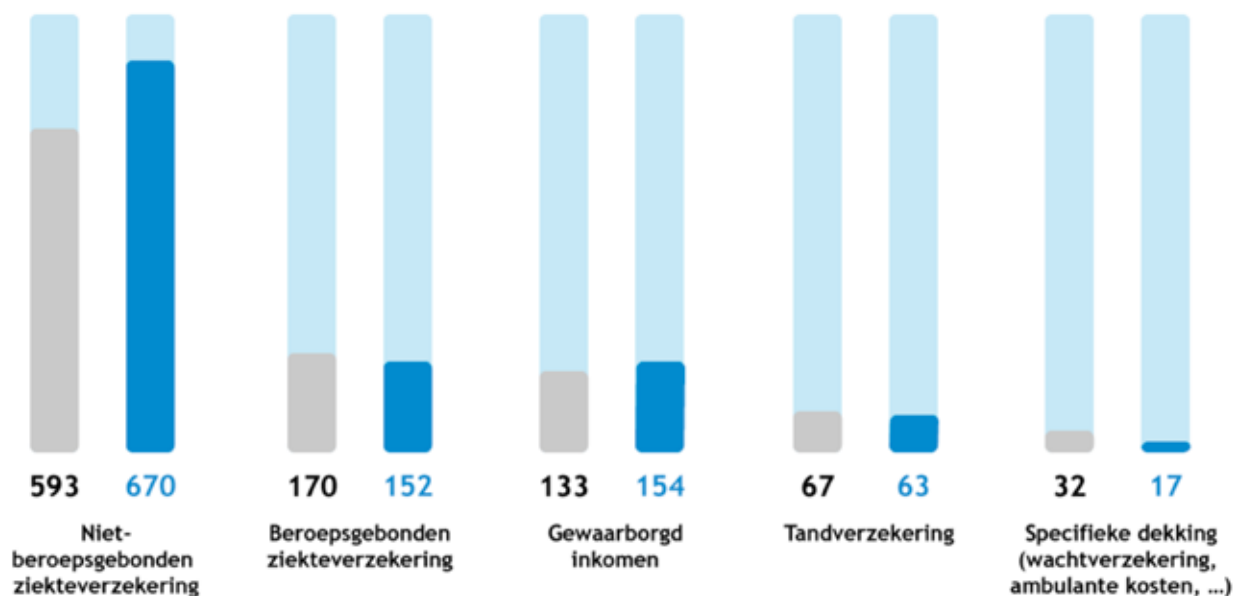
Daarnaast had de coronacrisis ook een impact op de beheerstermijnen van de schadegevallen (vertraging in de expertises, onmogelijkheid om ze uit te voeren, stijging van de schadekosten als gevolg van de standkosten van het voertuig). Deze problematieken hebben bijgedragen tot het uitzonderlijk hoge aantal opgeloste dossiers in autoverzekering dit jaar.



ZIEKTEVERZEKERING

1.056 vragen tot tussenkomst, een stijging van 6%

Uitsplitsing ziekteverzekering



Totaal 2019 = 995

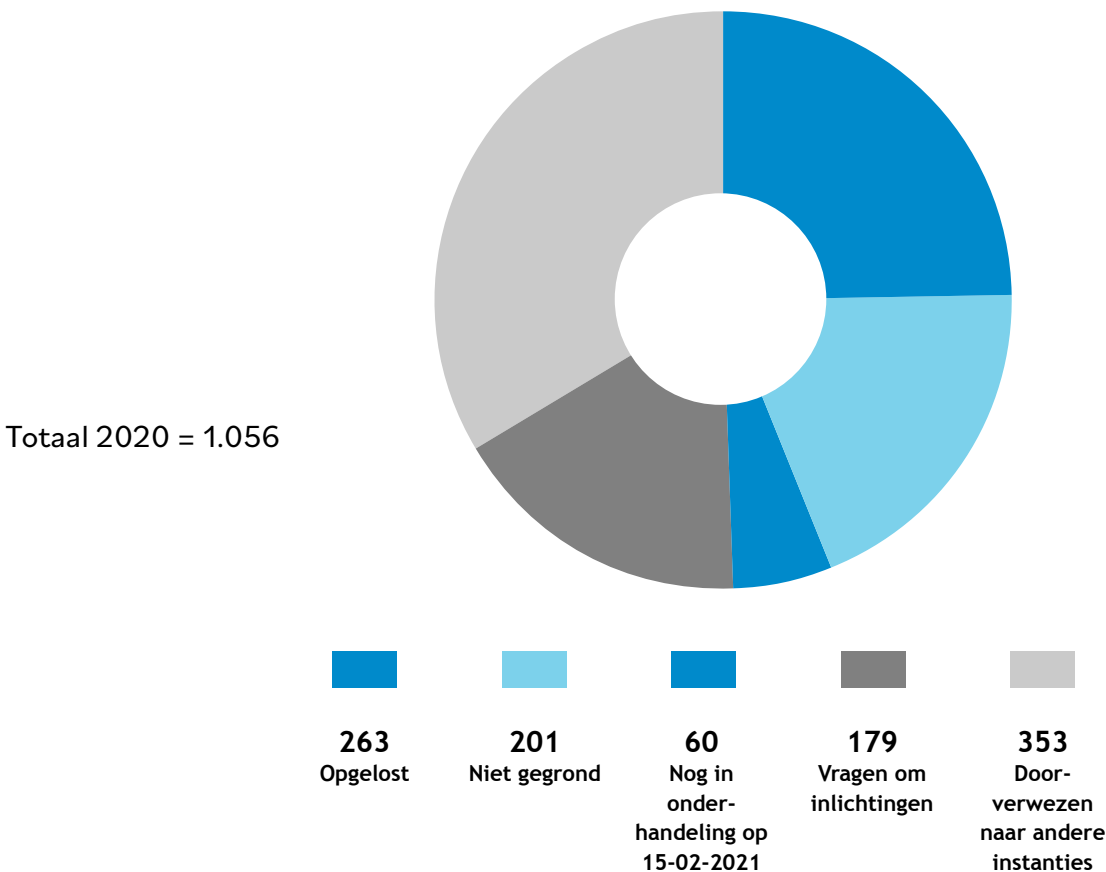
Totaal 2020 = 1.056

Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De weigering tot tussenkomst (23%)
- De beheerstermijnen van een schadegeval (19%)
- De termijn en het gebrek aan antwoord in productie (11%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



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

Wanneer de medische vooruitgang de verzekering inhaalt

De redenen voor weigering tot tussenkomst, zoals de vooraf bestaande toestand of de medische noodzaak blijven in 2020 een twistpunt tussen verzekeringsondernemingen, adviserend artsen en consumenten. In die dossiers gaat het telkens om feitenkwesties, waarbij de discussie wordt gevoerd op basis van de medische verslagen.

Dit jaar heeft de Ombudsman ook een hoger aantal vragen ontvangen over weigeringen tot dekking omdat de **door de zorgverleners aanbevolen behandeling nog niet erkend was door de verzekeraar**. Gezien de snelle evolutie van het wetenschappelijk-medisch onderzoek wordt de verzekeringssector soms ingehaald door de realiteit van het terrein.

Er bestaan bij de verzekeraars **diverse benaderingen**. Deze zijn gebaseerd op de algemene polisvoorwaarden. Sommige verzekeraars weigeren de behandelingen die niet erkend zijn door het RIZIV. Dit is vaak het geval voor nieuwe behandelingen. Anderen dekken wel de kosten van nieuwe medische behandelingen maar tot een beperkt bedrag. Nog anderen voorzien in een tegemoetkoming tot 50% van het bedrag dat door het RIZIV niet wordt terugbetaald, voor zover de behandeling voldoende werd beproefd op therapeutisch vlak. In deze laatste categorie rijst vaak de vraag in welke mate een nieuwe behandeling al voldoende medisch beproefd is. Indien dat niet kan worden bewezen, verliest het principe van gedeeltelijke tussenkomst grotendeels zijn belang.

In een wereld waar wetenschappelijk onderzoek snel vooruitgaat en waar patiënten hierop willen beroep doen, komt het aan de verzekeringssector toe om hierop een duidelijk antwoord te formuleren. Een geplafonneerde tussenkomst lijkt een oplossing die verder onderzoek verdient.

Ondanks enkele kinderziektes werpt automatisering haar vruchten af

Het aantal vragen tot tussenkomst over de terugbetalingstermijnen is in 2020 duidelijk gedaald. Dankzij de **automatisering van de verwerking van de terugbetalingen** daalde het aantal vragen dat hieraan gelinkt was. Het gebruik van de digitale tools biedt een oplossing voor een omslachtige en administratieve verwerking.

Bovendien is er een vrij uitgesproken verschil merkbaar tussen de verzekeraars die deze nieuwe tools al hebben geïmplementeerd en de verzekeraars die een run off doen van hun portefeuille ziekteverzekeringen. De Ombudsman herhaalt hierbij zijn aanbevelingen van 2019 omtrent het belang van een goed beheerde run-off.

Hoewel in het algemeen deze automatisatie goed werkt, ontbreekt er soms wel een opvangnet. Op basis van de ontvangen aanvragen, stelt de Ombudsman vast, dat bij een fout in het systeem, het soms wel heel moeilijk is om ze recht te zetten. Dit opvangnet is bijgevolg nog voor verbetering vatbaar. Om fouten sneller te kunnen rechtzetten zouden dossierbeheerders vlotter bereikbaar moeten zijn. Op termijn zullen deze administratieve fouten hopelijk verdwijnen.



Coronavirus en ziekteverzekering

Door de lockdown konden de gebruikelijke terugbetalingstermijnen voor pre- en posthospitalisatiekosten niet altijd worden nageleefd. Dankzij de opmerkelijke flexibiliteit van de verzekeringsondernemingen kon dit probleem snel worden opgelost voor de consument.

Door hun kwetsbare financiële situatie zagen bepaalde consumenten zich genoodzaakt om uitstel van premiebetaling of een betaling met maandelijkse vervaldagen in plaats van een jaarlijkse storting te vragen. De sector heeft zich voor die aanvragen ook soepel opgesteld.

Daarentegen blijft het te betreuren dat een speler uit de sector geen flexibiliteit heeft getoond voor de dekkingperiodes en hun plafond voor tandverzorging. Er werd hier geen rekening gehouden met het feit dat tandverzorging tijdens de lockdown niet mogelijk was.

Tot slot benadrukt de Ombudsman dat hij geen enkele klacht heeft ontvangen met betrekking tot de hospitalisatie van patiënten die aan COVID-19 leden.



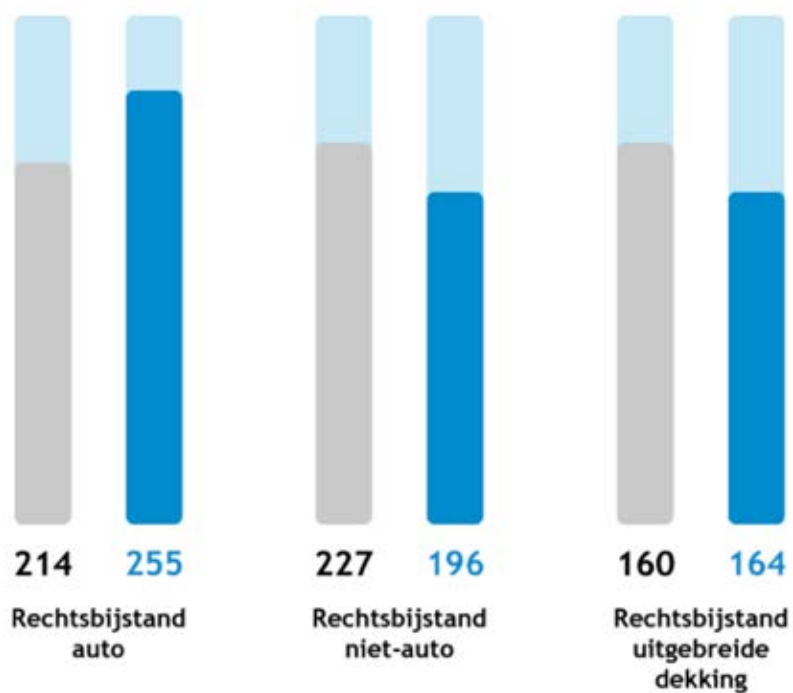
RECHTSBIJSTANDSVERZEKERING

615 vragen tot tussenkomst, een stijging van 2%

Uitsplitsing rechtsbijstandsverzekering

Totaal 2019 = 601

Totaal 2020 = 615

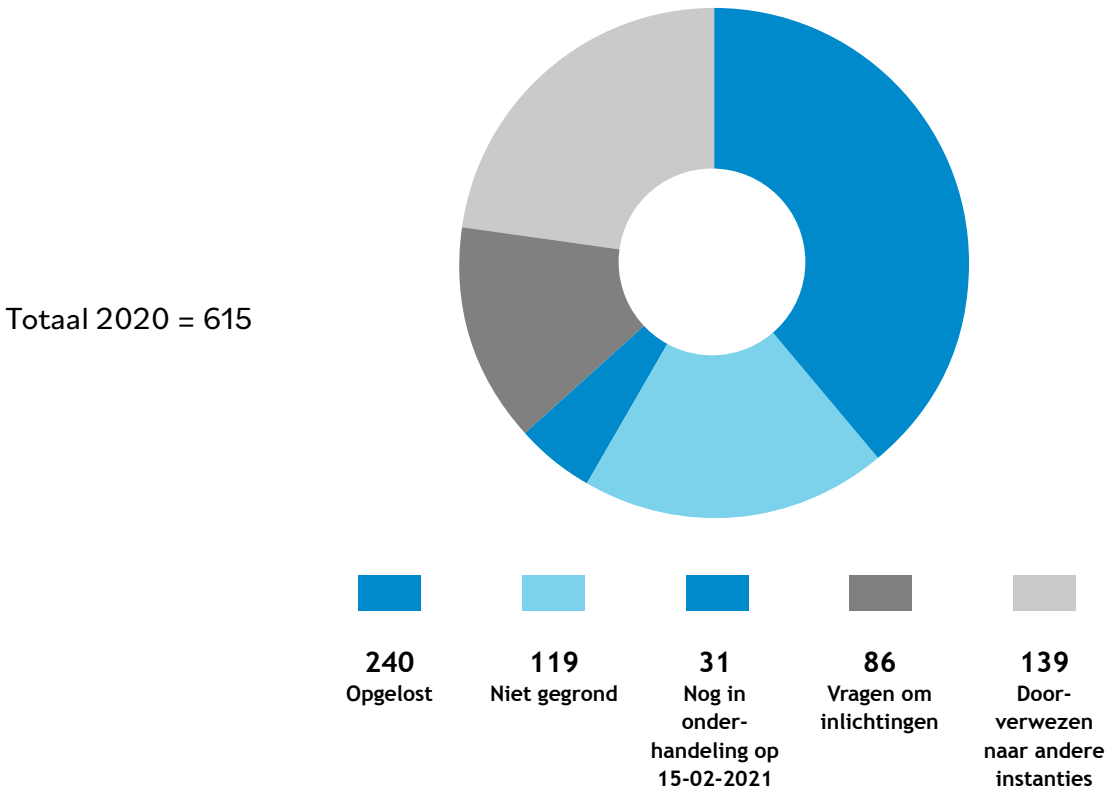


Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- De beheerstermijnen van een schadegeval (34%)
- De weigering tot tussenkomst (31%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



In 67% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing.

De objectiviteitsclausule als nooduitgang

Een groot aantal vragen die de Ombudsman in het kader van de rechtsbijstandsverzekering ontving, kon worden opgelost dankzij de objectiviteitsclausule. Het is dan ook verwonderlijk dat de verzekeraar het gebruik van deze clausule niet altijd spontaan voorstelt aan de consument, zoals wettelijk opgelegd.

Het mechanisme van de objectiviteitsclausule maakt het mogelijk om lukrake procedures te vermijden, terwijl de consument de kans krijgt om een **volledig advies aan een advocaat** te vragen over zijn geschil. Indien de advocaat het standpunt van de verzekeraar bevestigt, moet de verzekerde de helft van de erelonen dragen. Deze procedure kan een pauze inlassen, die nuttig is voor alle partijen.

Om deze clausule tot zijn volle recht te laten komen is het uiteraard van belang dat de **vrije keuze van advocaat** wordt nageleefd. Wanneer de consument geen voorkeur heeft voor een specifieke raadsman, moet de verzekeringsonderneming hem, in overeenstemming met de circulaire van de FSMA , een lijst voorleggen.

Door naar de objectiviteitsclausule te verwijzen, heeft de Ombudsman heel wat geschillen kunnen oplossen.

Leidt de nietigheid van een hoofdwaaiborg ook tot de nietigheid van de nevenwaaiborg?

Wanneer een verzekeringsonderneming de nietigheid van een contract inroept wegens een opzettelijke verzwijging, past ze die nietigheid vaak automatisch toe op alle waaiborgen van het contract. Dit kadert enerzijds, en terecht, in de fraudebestrijding. Anderzijds bepaalt de wet ook dat de **nietigheid van een dekking niet automatisch het hele contract mag omvatten**. Er moet zekerheid zijn dat de verkeerde verklaring op alle waaiborgen van het contract een impact heeft.

Deze problematiek rijst soms bij een rechtsbijstandswaaiborg, die is opgenomen in de verzekeringscontracten BA auto, BA privéleven of brand. De nietigheid van de waaiborg rechtsbijstand is in een aantal gevallen moeilijk te vatten, zeker wanneer de rechtsbijstand waaiborg biedt om een verhaal van de verzekeraar te betwisten.

Deze laatste wordt zomaar **nietig** beschouwd “**door repercussie**”. Zo verliest de consument een middel om de beslissing van de verzekeraar over de hoofddekking te betwisten.

Om de rechten van de consument en fraudebestrijding met elkaar te verzoenen, is het aangewezen dat de verzekeringsonderneming de nietigheid van de rechtsbijstandsdekking afzonderlijk inroept en aantoont dat de oorzaak van de nietigheid een directe invloed heeft op deze waaiborg.

In de enkele dossiers die de Ombudsman heeft ontvangen, hebben de verzekeraars ofwel aanvaard om de rechtsbijstandsdekking terug in werking te stellen, ofwel kunnen bewijzen dat er effectief een impact was op de rechtsbijstandsdekking.



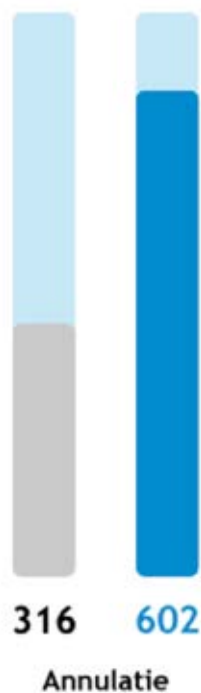
ANNULATIEVERZEKERING

602 vragen tot tussenkomst, een stijging van 91%

Uitsplitsing annulatieverzekering

Totaal 2019 = 316

Totaal 2020 = 602

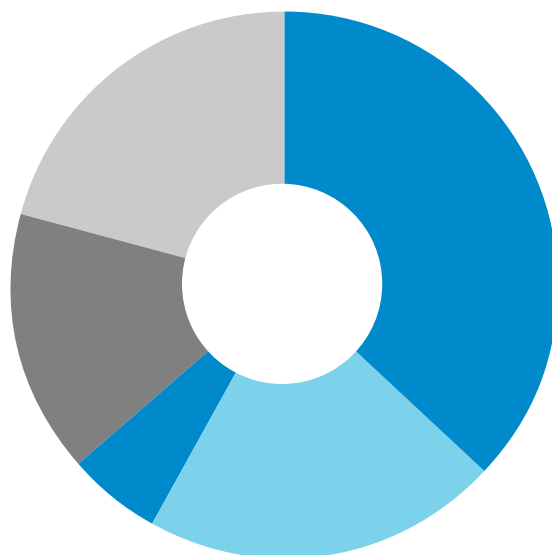


Motieven van de vragen tot tussenkomst

De belangrijkste ingeroepen motieven zijn:

- Weigering van tussenkomst (49%)

Resultaat van de vragen tot tussenkomst



Totaal 2020 = 602



In 64% van de onderzochte dossiers ontving de consument een oplossing, vaak via de terugbetaling van de premie.

Weigering tot tussenkomst om medische redenen: wanneer de consument voor een gesloten deur staat

In de annulatieverzekering blijft de weigering van dekking van een annulatie de hoofdreden van ontevredenheid van de consument. De verzekeringsonderneming betwist vaak haar tussenkomst op basis van het advies van haar adviserend arts.

In sommige gevallen is de weigering gebaseerd op de vooraf bestaande toestand van de consument bij de sluiting van het contract. Reeds in 2018 stelde de Ombudsman deze problematiek vast. In andere dossiers is de verzekeringsonderneming van mening dat de verzekerde 'niet ziek genoeg' was om zijn reis te annuleren, bijvoorbeeld bij een maagdarmonsteking of duizeligheid.

Die **beslissing** wordt **door de raadsarts van de verzekeraar genomen** op basis van de medische verslagen die hij van de verzekerde en zijn behandelend arts ontvangt.

Jammer genoeg is het uiterst **moeilijk** om de **beslissing** van de raadsarts **te betwisten**. Zijn verslagen zijn vaak weinig, of zelfs helemaal niet, gemotiveerd. Bovendien worden bijkomende verslagen die nadien door de consument worden bezorgd, dikwijls uit de discussie geweerd. Dit geeft dikwijls de indruk dat de wil van de raadsdokter wet is en dat er geen mogelijkheid is om deze te betwisten.

Rekening houdend met het premiebedrag en de beperkte inzet, is het inderdaad niet altijd aangewezen om voor elke betwisting een minnelijke medische expertise op te starten. Er zou echter wel een meer uitgebreide motivering nodig zijn, zodat de behandelende arts van de consument een standpunt kan innemen en eventueel toelichting kan geven. Hierbij dringt de Ombudsman ook aan dat de verzekeraar meer openstaat voor een discussie met haar verzekerde en niet automatisch de deur sluit.

De insolabiliteitsverzekering voor touroperators en reisagentschappen

De insolabiliteitsverzekering reizen verzekert touroperators en reisagentschappen tegen het risico op faillissement.

Als gevolg van de stopzetting van de activiteiten van de groep Thomas Cook heeft een verzekeraar 45.500 reizigers terugbetaald. De Ombudsman van de Verzekeringen werd als gevolg van dit faillissement gecontacteerd in 19 dossiers.

De meeste dossiers hebben betrekking op de **omvang van de tussenkomst**. Sommige kosten zijn niet gedekt zoals de administratieve reservatiekosten, waardebonnen en de premie van de annulatieverzekering. Vragen hierover waren dan ook niet gegrond.

Andere aanvragen betreffen de reeds aangevallen reizen. Sommige hoteleigenaars, die van de failliete touroperator niet de volledige prijs hadden gekregen, hebben het saldo aan de consument gevraagd. Het is aangewezen om dit niet te betalen en eerder rechtstreeks contact op te nemen met de verzekeraars. Wanneer de betalingen hebben plaatsgevonden, heeft de verzekeraar het recht om tussenkomst te weigeren. Ondanks dit, werd in een aantal dossiers toch een oplossing gevonden.

Aangezien het coronavirus een grote invloed had op de reissector, valt te vrezen dat er in de nabije toekomst vaak een beroep zal worden gedaan op dergelijke insolabiliteitsverzekeringen.

De regering heeft tijdens de eerste lockdown de levering van waardebonnen (coronavouchers) toegelaten voor pakketreizen die door de pandemie werden geannuleerd. Die maatregel gold van 20 maart tot 19 juni 2020.

De afloop van de geldigheidsperiode (van een jaar) van deze vouchers en de vragen tot terugbetaling die eruit voortvloeien, zullen onvermijdelijk gevolgen hebben voor het voortbestaan van bepaalde reisorganisatoren. Vouchers die tussen 20 maart en 19 juni 2020 werden uitgegeven, vallen onder de verzekeringsbescherming, in geval van insolventie, afgesloten door de reisorganisator.



Coronavirus en annulatieverzekering: het virus, de reiziger, de verzekeraar en overmacht

Het aantal vragen tot tussenkomst, dat de Ombudsman in 2020 ontving voor annulatieverzekeringen, is bijna verdubbeld. Dit is uiteraard rechtstreeks beïnvloed door het reisverbod als gevolg van de coronapandemie.

In deze dossiers, kijkt de Ombudsman eerst na of er **sprake is van een werkelijke schade**. Door de terugbetaling van de reis of de toekenning van een coronavoucher verdwijnt immers de schade. Sommige consumenten wensten deze voucher niet en wilden hun annulatieverzekering inschakelen. De Ombudsman moest hen erop wijzen dat ze nog geen schade hadden omdat ze die waardebon konden krijgen. Voor heel wat consumenten die geen voucher of terugbetaling konden krijgen, heeft de Ombudsman zijn onderzoek daarentegen voortgezet.

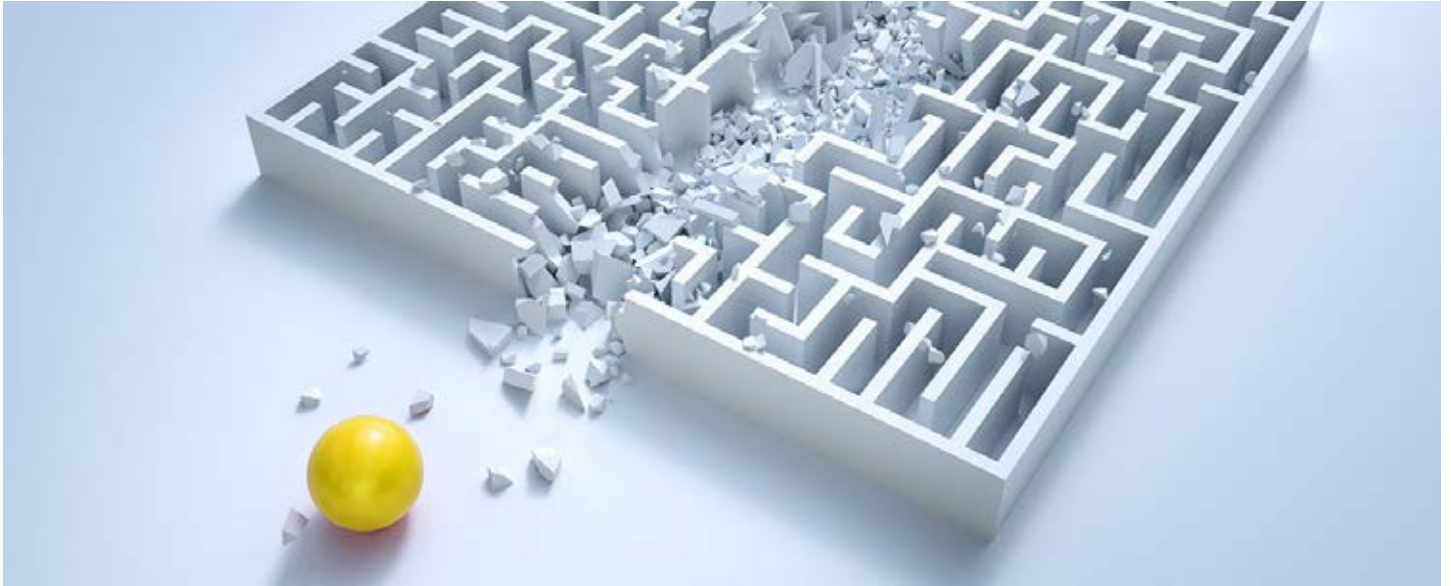
Hieruit blijkt dat een groot deel van de contracten **geen tussenkomst voorzien in geval van pandemie**. Dit vloeit voort uit het feit dat de solidarisering van dergelijk risico's in het gedrang komt door catastrofale gebeurtenissen zoals de coronacrisis.

Wanneer de algemene voorwaarden een pandemie niet dekken, moet worden nagegaan of er sprake is van overmacht. Indien dit niet gedekt is in het contract, kan een officieel reisverbod dat door de overheid is uitgevaardigd, de weigering tot tussenkomst van de verzekeraar rechtvaardigen.

De verzekeringsondernemingen mogen de coronacrisis echter niet als excuus gebruiken om hun verplichtingen niet na te komen. Een terugkerende vraag is die van de **samenloop van redenen voor annulatie**: de consument haalt een reden voor annulatie aan die gedekt is door het contract (ziekte, ongeval) terwijl de reis ook niet kan doorgaan door de pandemie.

In dergelijke omstandigheden moet er worden gekeken naar het ogenblik waarop voor het eerst een reden tot annulatie wordt ingeroepen of toegepast. Indien een consument de reis annuleert om een gedekte reden en de reis op dat ogenblik nog had kunnen doorgaan omdat er geen reisverbod van de overheid was, moet de verzekeringsonderneming tussenkomen. Dit is zelfs het geval, indien de reis nadien wordt geannuleerd door een algemeen reisverbod.

De Ombudsman ontving ook dossiers van **consumenten die** hun reis hadden geannuleerd, omdat ze **aan COVID-19 leden**. Sommige verzekeringsondernemingen weigeren om tussen te komen door zich te verschuilen achter het feit dat een dekking voor pandemie is uitgesloten. Het is begrijpelijk dat de gevolgen van de overheidsmaatregelen in het kader van een pandemie niet gedekt kunnen worden. Dat standpunt lijkt echter te vergaan voor reizigers die zelf lijden aan de ziekte, die de oorsprong vormt van de pandemie.



AANBEVELINGEN

Uit de analyse van alle ingediende dossiers kan de Ombudsman lessen trekken, die een inspiratiebron zijn om aanbevelingen te formuleren naar de sector of de overheid toe. Deze aanbevelingen vallen onder zijn preventierol.

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

Opvolging van de aanbevelingen

In de vorige jaarverslagen wees de ombudsman op een aantal knelpunten in de sector. Met tevredenheid stelt hij vast dat er reeds een aantal oplossingen werden uitgewerkt.

De betalingstermijnen in individuele levensverzekering

De Ombudsman kaartte in de jaarverslagen van 2015 en 2018 de betalingstermijnen in de levensverzekering aan. In 2019 heeft de wetgever termijnen vastgelegd die zowel van toepassing zijn bij afkoop, overlijden van de verzekerde als bij de afloop van het contract.

De verzekeringsonderneming beschikt voortaan over twee weken vanaf de aanvraag om aan de begunstigten de informatie en documenten te bezorgen die nodig zijn voor de uitbetaling. Vanaf de ontvangst van een volledig dossier moet de storting volgens de wet binnen de maand plaatsvinden. Wanneer deze termijnen niet zijn gerespecteerd, is de verzekeraar nalatighedsinteressen verschuldigd.

Voorgaande maatregel, die sinds 22 mei 2020 van kracht is, zal het in de toekomst gemakkelijker moeten maken om de consument hierover te informeren of de uitbetalingen te versnellen.

Een lexicon voor auto-expertises

In het jaarverslag van 2018 heeft de Ombudsman gewezen op de moeilijke terminologie, die in het kader van auto-expertises wordt gebruikt, te begrijpen. De beroepsvereniging der automobieldeskundigen (UPEX) heeft in samenwerking met Assuralia een lexicon opgesteld met begrippen die vaak in deze context worden gebruikt. Deze begrippenlijst is toegankelijk via haar website.

Een betere communicatie over de leiding van het geschil

In het verslag van 2019 heeft de Ombudsman gewezen op het onbegrip bij de consument over de leiding van het geschil in een aansprakelijkheidsverzekering door de verzekeringsonderneming. Naar aanleiding daarvan heeft Assuralia een onderzoek gedaan bij haar leden. Hierbij werden de interne procedures en de communicatie over de aansprakelijkheid onderzocht. Na afloop van het onderzoek heeft Assuralia haar leden uitgenodigd om erop toe te zien dat de argumenten met het standpunt van de verzekeringsonderneming, in het kader van het beheer van een schadedossier, systematisch worden toegelicht.

Aanbevelingen van de Ombudsman

Dekking van pandemieën: quid in de toekomst?

Pandemieën maken deel uit van de geschiedenis van de mensheid. Veel experts zijn het er over eens dat pandemieën, als gevolg van ontbossing, globalisering en opwarming van de aarde, wel eens frequenter zouden kunnen voorkomen.

In een groot aantal van de 357 ontvangen dossiers, die rechtstreeks verband hielden met de pandemie, kon een oplossing worden gevonden die aansloot bij de individuele situatie van de consument. Hoewel de verzekeringssector zich flexibel heeft opgesteld, werd zij, net als wij allemaal, verrast door de gebeurtenissen van het afgelopen jaar. De begrippen pandemie en epidemie zijn niet gedefinieerd in de algemene voorwaarden van de verzekeringscontracten. In veel contracten staat pandemie niet bij de gedekte schadegevallen. Wanneer de verzekeraar niet de bedoeling heeft om ze te dekken, zou een uitdrukkelijke uitsluiting en een duidelijke definitie de informatie aan de consument verbeteren.

Het pandemierisico zou in elke verzekeringstak moeten worden geëvalueerd, door zich af te vragen of een dekking van de schade financieel mogelijk is, zowel voor de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen als voor de consument. Keerzijde is evenwel dat een premieverhoging een logisch gevolg zal zijn van een uitgebreidere dekking.

De wetgever en de sector zouden ook mechanismen voor premievermindering of korting kunnen uitwerken in geval van langdurige sluiting van bedrijven als gevolg van de overheidsmaatregelen. In dergelijke situaties moet de vermindering of de verdwijning van het risico objectief worden bekeken teneinde ze om te zetten in een premievermindering.

Verbeter de toegang tot een verzekering gewaarborgd inkomen!

De toegang tot verzekeringen voor consumenten met een beperking of een chronische ziekte werd de laatste jaren sterk verbeterd.

Zo werd in 2007 de toegang tot de hospitalisatieverzekering vergemakkelijkt dankzij het mechanisme van de uitsluitingen. Daarnaast heeft de oprichting van het opvolgingsbureau voor de tarifiering van een schuldsaldoverzekering in 2014 mensen met een verhoogd gezondheidsrisico de mogelijkheid geboden om vlotter een schuldsaldoverzekering af te sluiten.

Het recht om vergeten te worden dat in 2019 werd ingevoerd zal in de toekomst bovendien worden uitgebreid naar de verzekering gewaarborgd inkomen , wat ook een stap in de goede richting is.

Helaas stelt de Ombudsman nog steeds vast dat de toegang tot de verzekering gewaarborgd inkomen problematisch blijft. Zo ontving hij concrete dossiers van een zelfstandige verpleegster met diabetes type 1 en van een zelfstandige informaticus met de ziekte van Crohn, allebei in een stabiele gezondheidstoestand. Ondanks de stappen die ze hebben ondernomen, konden deze consumenten geen verzekering krijgen, zelfs niet met een uitsluiting of een bijpremie. Die dekking is nochtans essentieel voor de opstart of voortzetting van hun zelfstandige activiteiten.

De verzekering gewaarborgd inkomen kan zeker een rol spelen in het toekomstige economische herstel. Ze zal ervoor zorgen dat ondernemers en zelfstandigen het vertrouwen hebben om de sprong te wagen. Een uitbreiding van de toegang tot deze verzekering kan ook een middel zijn om deze consumenten die getroffen zijn door een chronische ziekte of een beperking, toch een dekking tegen inkomensverlies te bieden.

De Ombudsman pleit er dan ook voor dat er gelijkaardige oplossingen zoals het recht op verzekering en de inschakeling van het Opvolgingsbureau worden gezocht voor de verzekering gewaarborgd inkomen.



In een notendop

Het jaarverslag 2020 in 10 punten !

1. De impact van de coronapandemie op de verzekeringssector

2020 zal voor altijd in ons geheugen gegrift staan als het jaar waarin de coronapandemie uitbrak. Voornamelijk in de annulatieverzekering liet de pandemie zich voelen, waar er een sterke stijging was van het aantal vragen (+ 91%). Door het uitreisverbod zag de consument zich genoodzaakt zijn reis te annuleren en betwistte hij de weigering tot tussenkomst van de verzekeraar.

Maar ook andere takken werden getroffen. In de ziekteverzekering moesten bepaalde opnames, of doktersbezoeken na opnames, worden uitgesteld. De meeste verzekeraars stelden zich in deze pre- en post-waarborg flexibel op.

In de levensverzekering was er een weerslag op de antwoordtermijnen van zowel verzekeringsondernemingen als -tussenpersonen. Tot slot vroeg de consument in verschillende takken een terugbetaling van (een deel van) de premie, wegens risicovermindering.

2. Evolutie van de aanvragen

In 2020 ontving de Ombudsman 7.629 vragen tot tussenkomst, een stijging van 13% tegenover 2019. Naast de specifieke klachten rond de coronacrisis, nam de consument tijdens de lockdowns ook de tijd om zijn verzekeringspolissen en -schadegevallen te evalueren en vragen te stellen over bepaalde onduidelijkheden. Hierdoor is er onrechtstreeks een grote stijging van de aanvragen in levens- en brandverzekering.

3. De Ombudsman bereikte in 63% van de onderzochte vragen een oplossing

Dit cijfer is opnieuw licht gestegen en kan worden verklaard door de talrijke vragen over vertragingen in het schadebeheer.

4. Het coronavirus en de annulatieverzekering

De Ombudsman registreerde 357 vragen die rechtsreeks gelinkt waren aan de coronacrisis. Twee derde hiervan hebben betrekking op de annulatieverzekering. Hierbij kon de consument moeilijk begrijpen dat zijn verzekeraar niet tussenkomst wanneer hij niet mocht op reis vertrekken door de coronamaatregelen. De meeste consumenten werden echter vergoed via een voucher van het reiskantoor. De discussie was daarentegen moeilijker wanneer de reis werd geannuleerd door een gedekte reden in de verzekeringspolissen, zoals ziekte. Voor deze dossiers moest steeds worden nagegaan welke annulatiereiden er eerst was. Indien het uitreisverbod pas later in werking trad, moest de verzekeraar alsnog tussenkomst verlenen.

5. Onvoldoende informatie bij de verkoop van een GSM verzekering

Eind 2018 creëerde de wetgever de nieuwe categorie "nevenverzekeringstussenpersoon". Ondanks dit wettelijk kader stelt de Ombudsman vast dat de behoeftes en verlangens van de kandidaat verzekerde nog steeds onvoldoende worden afgetoetst bij onderschrijving. Daarnaast ondervindt de consument regelmatig problemen bij de opzeg van zijn contract.

6. Uitbetalingstermijnen en fiscale aspecten in de levensverzekering

De consument heeft soms onrealistische verwachtingen en lijkt niet op de hoogte te zijn van de termijnen en de fiscale bepalingen, die gelden in de levensverzekering. De verzekeringstussenpersoon kan hier een cruciale rol in spelen.

7. Problemen bij overname en opzeg van het contract in de autoverzekering

In één op de vijf vragen over de autoverzekering roept de consument een fout in de opzeg, of bij overname, van het contract in. Door de coronacrisis vroegen ook heel wat consumenten een terugbetaling van de premie omdat ze hun voertuig niet of minder gebruikten tijdens de lockdowns.

8. Ziekteverzekering: Wanneer de medische voortuitgang de verzekering inhaalt

In 2020 ontving de Ombudsman meer vragen over weigeringen tot tussenkomst omdat de door de zorgverleners aanbevolen behandeling nog niet erkend was door de verzekeraar. In de sector zijn er hiervoor verschillende aanpakken die gaan van niet dekking, tot een gedeeltelijke tussenkomst of tot een geplafonneerd bedrag. Deze laatste lijkt een oplossing die verder onderzoek verdient.

9. Nood aan transparantie en duidelijkheid in het contract zelf, maar ook bij wijziging ervan

De Ombudsman stelt vast dat bepaalde begrippen of uitsluitingen niet altijd even duidelijk worden geformuleerd in het contract. In de brandverzekering bijvoorbeeld kan het begrip "gebrek aan onderhoud", die aan de basis kan liggen van een weigering van dekking, op verschillende manieren worden geïnterpreteerd.

Daarnaast moeten wijzigingen in het contract duidelijk en nauwkeurig worden meegedeeld aan de consument. Bij een aanpassing van het contract is het bovendien van belang om waakzaam te blijven en na te gaan of het product, na de wijzigingen, nog steeds beantwoordt aan de oorspronkelijke behoeften.

10. Aanbevelingen

Dekking van pandemieën: quid in de toekomst?

Zoals iedereen werd ook de verzekeringssector verrast door de coronapandemie. Het begrip pandemie was dan ook zelden omschreven in de verzekeringspolissen. Meestal was pandemie evenmin bij de verzekerde gebeurtenissen opgenomen of expliciet uitgesloten, wat aanleiding gaf tot vele klachten. De Ombudsman beveelt aan om hierover duidelijkheid te scheppen in de toekomst. In het algemeen raadt hij tevens aan om in elke verzekeringstak bij de opmaak van de contracten het pandemierisico mee te evalueren.

Verbeter de toegang tot een verzekering gewaarborgd inkomen!

In het post-coronatijdperk zal het economisch herstel ongetwijfeld bepaald worden door het opstarten van nieuw ondernemingen en zelfstandige activiteiten. Voor deze ondernemers is het van belang dat ze hun risico op inkomensverlies kunnen beperken en dus een verzekering gewaarborgd inkomen kunnen afsluiten. Wanneer men lijdt aan een chronische, stabiele ziekte (zoals diabetes of de ziekte van Crohn) botst men echter dikwijls op een weigering tot verzekering. Voor deze mensen is het aangewezen om een kader uit te werken en de toegang tot deze verzekering te verbeteren zoals het recht op verzekering in de hospitalisatieverzekering en de oprichting van het opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering.

Budget van de Ombudsdienst Verzekeringen

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

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

Het algemeen budget voor 2021 bedraagt 1.740.763 euro, dat is onderverdeeld in twee categorieën:

Personeelskost: 1.367.327 euro

Werkingskost: 373.436 euro

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

Behandelingstermijnen

De wetgeving omtrent de buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen legt strikte behandelingstermijnen voor een klacht op. Op basis hiervan moet het advies worden geformuleerd binnen de 90 dagen. Bij een complex dossier kan deze termijn eenmalig worden verlengd met een zelfde duurtijd. De totale behandelingstermijn mag dus maximum 180 dagen bedragen.

Op 15 februari 2021, had de Ombudsman 7.322 dossiers afgesloten van de 7.629 ontvangen dossiers. In 2020, was de gemiddelde doorlooptijd voor de behandeling van een dossier, dat verder werd onderzocht, 69 dagen. Deze termijn bedroeg 67 dagen voor dossiers tegenover verzekeringsondernemingen, 80 dagen voor dossiers tegenover verzekeringstussenpersonen en 56 dagen voor dossiers tegenover Datassur.

Netwerken

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

In België

- POOL
www.ombudsman.be

- Belmed (online platform van FOD Economie voor de buitengerechtelijke regeling van Geschillen)
www.belmed.fgov.be
- De Consumentenombudsdienst
North Gate II
Koning Albert II-laan 16
1000 Brussel
www.mediationconsommateur.be

In Europa

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

In 2020 ontving de Ombudsman 5 vragen tot tussenkomst via het FIN-NET netwerk en stuurde zelf 11 aanvragen door.



Lexicon

- Assuralia :** Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen.
- AssurMiFID :** Wet van 30 en 31 juli 2013 tot versterking van de bescherming van de afnemers van financiële producten en diensten alsook van de bevoegdheden van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten en houdende diverse bepalingen, B.S. 30 augustus 2013 en haar uitvoeringsbesluiten.
- BA auto :** Verzekering die de burgerlijke aansprakelijkheid dekt van de bestuurder van een voertuig.
- IDD :** Wet van 6 december 2018 tot omzetting van de richtlijn (EU) 2016/97 van het Europees Parlement en de Raad van 20 januari 2016 betreffende verzekeringsdistributie, B.S. 18 december 2018.
- RSR :** Risques Spéciaux/Speciale Risico's-bestand, beheerd door Datassur.
- Tak 23 :** Levensverzekering gekoppeld aan een beleggingsfonds zonder waarborg van het geïnvesteerde kapitaal.