

JAARVERSLAG VAN DE OMBUDSMAN



Op 5 mei presenteerde de Ombudsman van de Verzekeringen samen met haar team de voorname resultaten en trends van het afgelopen jaar. Hieruit blijkt dat het aantal klachten in 2010 opnieuw toeneemt. Daar waar in 2009 sprake was van 3464 klachten, noteert men het voorbije jaar 3786 stuks, wat neerkomt op een toename van 9,3%. Naast schriftelijke klachten ontving de Ombudsman ook telefonische klachten. Dit rechtstreeks contact zorgt ervoor dat de consument zijn probleem en ontevredenheid beter kan samenvatten en omschrijven. Telefonische contacten kunnen de klager aan de hand van objectieve informatie vaak geruststellen of doorverwijzen naar de bevoegde instantie.



Josette Van Elderen, Ombudsman van de Verzekeringen



KLACHTEN IN 2010: SIGNIFICANTE TOENAME

Het leeuwendeel van de klachten is nog steeds gericht tegen de verzekeringsondernemingen ($\pm 90\%$). Dit hoge percentage omvat vooral klachten inzake de tariefaanpassingen in de diverse takken Auto-, Brand- en Hospitalisatieverzekeringen alsook de teleurstelling over het gebrekkige rendement van het belegde kapitaal in een Levensverzekering.

De Ombudsman ontving daarnaast slechts 34 klachten over het RSR-bestand van Datassur. De afkorting RSR staat voor 'speciale risico's'. Het RSR-bestand bevat immers de speciale risico's die gelden voor BOAR-verzekeringen. Een risico is speciaal wanneer het te veel afwijkt van het statistisch risicogemiddelde van een bepaalde categorie of groep van risico's.

Om als speciaal risico geregistreerd te worden, is een objectief oorzakelijk element noodzakelijk.

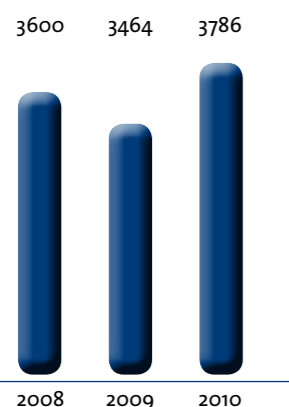
Wat dit soort klachten betreft, gaat het om evenveel klachten vergeleken met het voorbije jaar.

De toename van het aantal klachten is voornamelijk te wijten aan de gevolgen die de financiële crisis met zich meebrengt. Door een daling van hun financiële inkomsten, namen verzekeringsondernemingen verscheidene stappen om opnieuw een hoog rendementspeil te behalen alsook hun algemene- en beheerskosten te beperken.

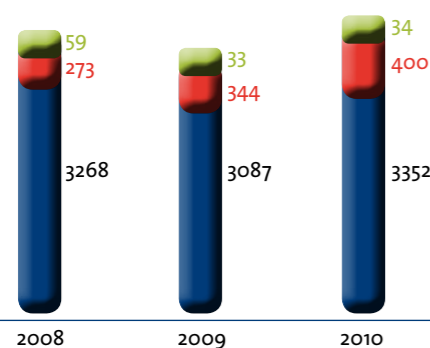


Het aandeel van klachten betrekking op FVF-leden is miniem, m.a.w.: onze leden werken nagenoeg klachtenvrij.

AANTAL KLACHTEN



KLACHTEN GEUIT TEGEN VERZEKERINGS- ONDERNEMINGEN TUSSENPERSONEN DATASSUR



Tachtig procent van de klachten wordt ingediend door de verzekerden zelf. In acht procent van de gevallen richten verzekeringstussenpersonen zich, in het belang van hun klanten, zelf tot de Ombudsman. Ook advocaten lieten hun stem horen en waren goed voor 3,5 procent van de totale klachten.

Ten slotte werden 83 klachten ingediend door collegae ombudsmannen. Op Belgisch en Europees vlak bestaan er namelijk samenwerkingsverbanden tussen de verschillende ombudsmannen. Hier geldt de regel dat als een klager zich van aanspreekpunt vergist, zijn klacht wordt overgemaakt aan de bevoegde instantie.

KLACHTEN TEGEN VERZEKERINGSTUSSENPERSONEN: EEN STIJGING VAN SLECHTS 21 KLACHTEN

2008	2009	2010
273	344	400 -> 365

Wat de klachten tegenover de verzekeringstussenpersonen betreft, lijkt op het eerste zicht een stijging van 344 in 2009 naar 400 in 2010 vastgesteld te kunnen worden. Aanvankelijk spreekt men over een toename van 16%, maar dit cijfer dient sterk genuanceerd te worden. In wezen gaat het namelijk om een toename van 6% met 365 klachten i.p.v. 400 stuks. De reden hiervoor is dat de Ombudsdienst niet bevoegd was voor 35 klachten die betrekking hadden op 'Kobli producten'. Deze contracten waren obligaties die werden uitgegeven door de tussenpersoon in zijn hoedanigheid van bankagent. Deze effectieve stijging is hierdoor lager dan de gemiddelde stijging van het totaal aantal klachten. Het aandeel van deze klachten dat betrekking heeft op FVF-leden is miniem, m.a.w.: onze leden werken nagenoeg klachtenvrij.

De meerderheid van de klachten tegenover tussenpersonen vindt haar oorsprong in Levensverzekering (25%), Autoverzekering (21%) en Brandverzekering (16%).

In Auto- en Brandverzekering richt de verzekerde zich vaak tot de Ombudsman omdat hij niet akkoord gaat met de beslissing die zijn verzekeringstussenpersoon neemt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de tussenpersoon het contract verplaatst naar een andere

verzekeringsonderneming, zonder daarvoor toestemming te vragen aan de klant. Andere klachten ontstaan door de slechte uitvoering van de vraag tot opzeg. De verzekeringstussenpersoon neemt de opvolging hiervan vaak op zich (cf. de overeenkomst opzeggings- en of medeverzekeringsbrieven). Het gebeurt echter dat hij vergat om de opzeg te versturen of dit niet te doen binnen de opgelegde termijnen.

In 2008 zorgde de financiële crisis naast bovenstaande klachten voor een nieuw soort klacht. De consument wendt zich hierbij tot de Ombudsman omdat hij ontevreden is over het advies dat hij krijgt van de tussenpersoon inzake levensverzekeringen en in het bijzonder diegene die gekoppeld zijn aan beleggingsfondsen. Tweeënvertig procent van de klachten gaat om Tak 23-Levensverzekeringen.

Door de daling van de beurs stellen heel wat verzekerden namelijk vast dat de waarde van hun Levensverzekering

sterk daalde en zijn hierover sterk verwonderd. Sommigen menen slecht geadviseerd en geïnformeerd te zijn over de aard van het product en het daaraan gekoppelde risico.

Als gevolg daarvan ondervroeg de Ombudsman de verzekeringstussenpersoon en verzocht deze om de keuze van het aanbevolen product te verduidelijken in functie van de behoeften en/of de vraag van zijn klant. Tussenpersonen zijn namelijk wettelijk verplicht om een bewijs voor te leggen dat aantoonde dat de klant goed geïntendeerd en geïnformeerd werd. Als er een link gelegd wordt met de aandelen van de diverse distributiekanaalen in Leven (zie Vrijuit nr.2), kan vastgesteld worden dat voornamelijk de bankverzekering actief is in Tak 23-Levensverzekeringen. In het kader van de persoonlijke relatie met hun klanten richten verzekeringsmakelaars zich, zeker in tijden van crisis, meer op andere productgroepen van de levensverzekering.

TAK	2008	2009	2010
LEVEN	70	94	101
AUTO	68	70	84
DIVERSEN (ANNULATIE, ALLE RISICO'S, 'KOBLI')	27	37	69 (-35)
BRAND	60	69	62
GEZONDHEIDSZORGEN	19	35	32
RECHTSBIJSTAND	19	18	24
BA DIVERSEN	6	15	21
INDIVIDUELE ONGEVALLLEN	4	6	4
ARBEIDSONGEVALLLEN	-	-	3
TOTAAL	273	344	400 -> 365



Men kan zich afvragen of de klachten die geuit werden ten aanzien van tussenpersonen, wel degelijk gegrond zijn.

Blijkt dat de helft van de onderzochte klachten tegen een tussenpersoon gegrond is, daar waar dit aantal in 2009 nog op 55% lag.

GEGRONDE KLACHTEN PER VERZEKERINGSTAK

- **Autoverzekering**
Binnen deze tak hebben de gegronde klachten vaak betrekking op de inning van premies voor rekening van de verzekeringsonderneming alsook op de terugbetaling van de prorata premie.
- **Brandverzekering**
In drieënvijftig procent van de gevallen zijn de klachten hier gegrond. Vaak gaat het om klachten waarbij de consument aanhaalt dat zijn verzekeringstussenpersoon hem niet of onvoldoende bijstond bij de expertise.
- **Levensverzekering**
Klachten aangaande leven hebben meestal betrekking op de kwaliteit van het advies bij het onderschrijven van een contract alsook over de late reactie van de verzekeringstussenpersoon bij vraag tot afkoop.

Tijdens de persconferentie van het jaarverslag van de ombudsman werd ook uitgekapt met een nieuwigheid. Op 2 mei 2011 werd ten gevolge van de wet Verwilghen namelijk een nieuwe Commissie in het leven geroepen. Deze kreeg de naam 'Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering'. Zij beraadslaagt over eventuele geschillen tussen een consument en een verzekeringsonderneming als het gaat om kosten die verbonden zijn aan een chronische ziekte of handicap die niet door de ziektekostenverzekering gedekt worden.

EEN VOORBEELD TER VERDUIDELIJKING

Stel: iemand lijdt aan diabetes. Aangezien deze chronische ziekte niet gedekt wordt door de ziektekostenverzekering, krijgt de patiënt een aangepaste ziekteverzekering aangeboden. Plots krijgt de suikerpatiënt een hartaanval en dient dringend opgenomen te worden in het ziekenhuis.

Mogelijk geschil hier zou de ontstaansoorzaak van de hartaanval kunnen zijn. Is er sprake van een causaal verband of ontstond deze volledig los van diabetes?

Dit zijn discussies die erg lang kunnen aanslepen en best behandeld worden door een gespecialiseerd orgaan. De Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering zal daarom de dossiers onderzoeken die haar ter zake voorgelegd worden.

De Commissie stelt daaropvolgend een minnelijke schikking voor, zonder daarbij afbreuk te doen aan de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken. Beroep doen op deze bemiddelingsinstantie is volledig gratis.

De Commissie bestaat uit vier leden. Dit zijn zowel vertegenwoordigers van de consumentenverenigingen als van de verzekeringsondernemingen. De Ombudsman van de Verzekeringen staat in voor de logistieke ondersteuning van de Commissie. Bij de inwerkingtreding van de wet op de toegang tot schuldsaldoverzekering zal deze Commissie ook kennis kunnen nemen van gelijkaardige geschillen in schuldsaldoverzekeringen.

De contactgegevens van deze Commissie zijn:

- Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering de Meeÿsquare 35 1000 Brussel
- bemiddelingscommissie@ombudsman.as
- t 02 547 58 71 - f 02 547 59



Voor meer informatie omtrent de nieuwe Commissie alsook over het indienen van een klacht bij de Ombudsman van de verzekeringen, kan u terecht op de vernieuwde website www.ombudsman.as