
FSMA_2016_09 dd. 9/06/2016

Mededeling aan de verzekeringsondernemingen over de resultaten van het sectoraal onderzoek van de Brandverzekering Eenvoudige Risico's Woning.

Toepassingsveld:

Deze mededeling betreft de verzekeringsovereenkomsten Brand Eenvoudige Risico's voor woningen die door verzekeringsondernemingen worden aangeboden voor woningen die gelegen zijn op Belgisch grondgebied.¹

Samenvatting/Doelstelling:

De FSMA heeft in het kader van een sectoraal onderzoek gecontroleerd of de verzekeringsdocumenten die worden gebruikt bij het aanbieden van een verzekeringsovereenkomst Brand Eenvoudige Risico's Woning (hierna 'woningverzekering') zijn opgesteld in overeenstemming met de toepasselijke wettelijke bepalingen. Daarbij werd bijzondere aandacht besteed aan de duidelijkheid en begrijpelijkheid van de documenten en werd nagegaan of aangaande deze producten samenhangende, transparante en begrijpelijke financiële informatie wordt verstrekt.

Deze mededeling geeft een beknopt overzicht van de belangrijkste vaststellingen van dit onderzoek. Daarnaast worden enkele adviezen geformuleerd die ertoe strekken de kwaliteit en de leesbaarheid van de documenten te verbeteren.

Structuur:

- I. Voorwerp van het onderzoek
- II. Vaststellingen en verwachtingen
 - A. Conformiteit met de reglementering
 - B. Begrijpelijkheid van de documenten

¹ Deze Mededeling doet geen afbreuk aan de mogelijkheid van de contractspartijen om, overeenkomstig artikel 7, lid 3, van de Verordening 593/2008/EG van 17 juni 2008 van het Europees Parlement en de Raad inzake het recht dat van toepassing is op verbintenissen uit overeenkomst, een ander toepasselijk recht dan het Belgisch recht te kiezen, ook voor woningen gelegen op het Belgisch grondgebied.

I. Voorwerp van het onderzoek

Het onderzoek werd gevoerd aan de hand van een analyse van de verzekeringsdocumenten, zijnde de precontractuele documenten, de algemene voorwaarden, de speciale en bijzondere voorwaarden, het evaluatierooster, de publicitaire documenten en de documenten met betrekking tot het segmentatiebeleid.

Daarnaast hebben de verzekeringsondernemingen die het voorwerp uitmaakten van het onderzoek tevens statistische gegevens meegedeeld over het aantal verzekeringsovereenkomsten, het premie-incasso, de herverzekeringspremies, het aantal schadegevallen en de omvang van de schadevergoedingen, de acquisitiekosten en commissielonen en de klachten.

De inhoud en presentatie van de documenten werden, voor zover van toepassing, getoetst aan de volgende reglementaire teksten:

- de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (hierna “WVLA”),
- de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme (hierna “Wet verzekering terrorisme”),
- het koninklijk besluit van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico’s betreft (hierna “KB Brand”),
- het koninklijk besluit van 24 december 1992 tot uitvoering van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst,
- het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen (hierna “Algemeen reglement verzekeringen”),
- het koninklijk besluit van 25 april 2014 betreffende bepaalde informatieverplichtingen bij de commercialisering van financiële producten bij niet-professionele cliënten (hierna “KB Publiciteit”) en
- Boek VI van het Wetboek Economisch recht.

Alle documenten werden in het bijzonder beoordeeld op basis van de vereiste van samenhangende, transparante en begrijpelijke financiële informatie.

II. Vaststellingen en verwachtingen

A. Conformiteit met de reglementering.

Behoudens de hieronder vermelde opmerkingen, beantwoordden de meeste verzekeringsdocumenten aan de erop van toepassing zijnde reglementering.

A.1 Artikel 65 WVLA.

Artikel 65 WVLA bepaalt de voorwaarden waaronder een verval van recht op verzekeringsprestatie kan worden bedongen.

Er werd vastgesteld dat in de verzekeringsdocumenten niet altijd een correct onderscheid gemaakt wordt tussen een uitsluiting en een verval van recht. Het onderscheid is van belang aangezien de wetgever deze bedingen aan een verschillend juridisch regime heeft onderworpen.

Een uitsluiting is een risico dat buiten de verzekeringsdekking valt. Via uitsluitingsbedingen bakent de verzekeringsonderneming de grenzen van haar waarborgen af. Daarbij dient zij de reglementering inzake verplichte waarborgen of verplichte omvang van waarborgen te respecteren. De uitsluiting moet door de verzekeringsonderneming duidelijk omschreven zijn, zodat er geen twijfel kan bestaan over de omvang van de uitsluiting en dus ook over de omvang van de waarborg.

Het verval van recht daarentegen is een sanctie die wordt toegepast bij een schadegeval, dat in principe binnen de dekking valt, maar waarbij de verzekerde een contractuele verplichting niet is nagekomen. Krachtens artikel 65 WVLA kan zulk geheel of gedeeltelijk verval van het recht op verzekeringsprestatie slechts bedongen worden bij niet-nakoming van een bepaalde, in de overeenkomst opgelegde verplichting, en mits er een oorzakelijk verband bestaat tussen de tekortkoming en het schadegeval. In de contractvoorwaarden moet dus de verplichting precies bepaald worden en is het ook aangewezen te vermelden dat de verzekeraar het verval slechts kan invoeren als hij bewijst dat er een oorzakelijk verband is tussen het niet nakomen van de verplichting en het schadegeval.

Diverse verzekeringsondernemingen gebruikten de techniek van uitsluiting van waarborg evenwel voor situaties waar in essentie het niet-naleven van preventie- en onderhoudsverplichtingen werd gesanctioneerd, wat indruist tegen voormeld artikel 65 WVLA.

De verzekeringsondernemingen moeten bij het definiëren van de preventie- en onderhoudsverplichtingen waaraan bij niet naleving een verval van dekking is gekoppeld, artikel 65 WVLA respecteren.

In dit verband moeten de preventie- en onderhoudsverplichtingen duidelijk en limitatief bepaald worden in de overeenkomst (algemene voorwaarden, bijzondere voorwaarden of een bijvoegsel) en wordt aangeraden ook te vermelden dat een verval van recht op verzekeringsprestatie enkel kan worden ingeroepen bij niet naleving van de opgelegde verplichting en voor zover er een oorzakelijk verband bestaat tussen de tekortkoming en het schadegeval.

A.2. Verplichte waarborg arbeidsconflicten en aanslagen op basis van KB Brand en de dekking in het kader van de Wet verzekering terrorisme.

Zowel de bijlage bij het KB Brand als de – recentere - Wet verzekering terrorisme geven een omschrijving van daden van terrorisme. Deze omschrijving verschilt in beide teksten. Aangezien de Wet verzekering terrorisme een recentere hogere rechtsnorm is dan het KB Brand, prevaleren de bepalingen van deze Wet op die van het KB voor zover deze van elkaar verschillen. Schadegevallen die voortvloeien uit daden van terrorisme of sabotage zoals beschreven in §1, 2. C) van de bijlage bij het KB Brand, moeten dan ook beheerd worden conform de Wet verzekering terrorisme.

De FSMA stelt aan de verzekeringsondernemingen voor dat ze, in afwachting van een wijziging van het KB Brand, in hun voorwaarden expliciet zouden vermelden dat schadegevallen ten gevolge van daden van terrorisme worden afgehandeld conform de bepalingen van de Wet verzekering terrorisme. Het is aangewezen de definitie van “daad van terrorisme” zoals bepaald in de Wet verzekering terrorisme in de polis op te nemen.

Voor de duidelijkheid wordt aangeraden om in de overeenkomst ook te vermelden dat, indien een gebeurtenis zowel aan één of meerdere van de definities van de “Waarborg Arbeidsconflict en aanslagen” zoals omschreven in de Bijlage bij het KB Brand, als aan de definitie van daad van terrorisme in de zin van de Wet verzekering terrorisme zou beantwoorden, het schadegeval afgehandeld wordt volgens de bepalingen van deze laatste wet.

A.3. Administratieve kosten bij ingebrekestelling omwille van niet-tijdige betaling van de premie.

In een aantal polissen werd bepaald dat de verzekeringsonderneming naar aanleiding van het verzenden van een ingebrekestelling bij niet-tijdige betaling van de premie, een administratieve kost kon aanrekenen die aan de te betalen premie werd toegevoegd.

Artikel VI. 83, 24° van Boek VI van het Wetboek Economisch Recht bepaalt dat bedingen, opgenomen in een overeenkomst gesloten tussen een onderneming en een consument, die bij niet-uitvoering of vertraging in de uitvoering van de verbintenissen van de consument, schadevergoedingsbedragen vaststellen die duidelijk niet evenredig zijn aan het nadeel dat door de onderneming kan worden geleden, als onrechtmatig dienen te worden beschouwd.

Wanneer de overeenkomst wordt geschorst omwille van niet-betaling van de premie, wordt, overeenkomstig artikel 71 WvLA, de schorsing in principe beëindigd door de betaling van de achterstallige premies door de verzekeringnemer. In tegenstelling tot wat in veel overeenkomsten wordt bedongen, mag de betaling van de interesten en administratiekosten geen voorwaarde uitmaken voor de beëindiging van de schorsing².

² Memorie van toelichting, Parl. St., Kamer, 53 3361/001, p.41.

Indien de verzekeraar in de overeenkomst bepaalt wanneer de schorsing een einde neemt, dient artikel 71 WVLA gerespecteerd te worden en moet dus bepaald worden dat de betaling van de achterstallige premies door de verzekeringnemer een einde maakt aan de schorsing van de dekking.

De verzekeringsondernemingen die een administratieve kost opleggen bij niet-tijdige betaling van de premie, moeten deze kost stipuleren in de overeenkomst en ervoor zorgen dat deze niet duidelijk onevenredig is aan het nadeel dat de verzekeringsonderneming kan lijden door de laattijdige betaling van de premie.

Sommige verzekeraars rekenen de administratieve kost al aan bij een eerste ingebrekestelling. Verzekeringnemers zouden kunnen opwerpen dat ze de uitnodiging tot betaling van de premie die bij gewone brief verstuurd is, niet ontvangen hebben. Teneinde discussies met de verzekeringnemers hierover te vermijden, raadt de FSMA aan om een eventuele administratieve kost pas aan te rekenen wanneer de verzekeringnemer niet betaalt nadat hij conform de wet (bij aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs) in gebreke is gesteld.

A. 4. Publicitaire documenten.

De FSMA heeft ook de publicitaire documenten opgevraagd teneinde deze te toetsen aan het KB Publiciteit, zoals toegelicht in de Circulaire FSMA_2015_16 van 27 oktober 2015 “Geldende regels voor de reclame bij de commercialisering van financiële producten bij niet-professionele cliënten” (‘Circulaire Publiciteit’). In dit kader werden zowel affiches, banners, publicitaire brieven, informatiefiches als links naar websites geanalyseerd.

De meeste van deze documenten waren nog niet conform aan het KB Publiciteit³.

De FSMA zal er op toezien dat de verzekeringsondernemingen in hun publicitaire documenten het KB Publiciteit (zoals toegelicht in de Circulaire Publiciteit) naleven en wijst de verzekeringsondernemingen er op dat zij bijzonder belang hecht aan de vereiste van een evenwichtige vermelding van de voor- en de nadelen van het verzekeringsproduct waarvoor de publiciteit wordt gemaakt.

³ Deze documenten dateerden van voor de inwerkingtreding van het KB Publiciteit en dienden dus nog niet te voldoen aan de voorwaarden van dit KB, zoals toegelicht in de Circulaire Publiciteit. De bepalingen van titel 3 van het KB Publiciteit traden in werking op 12 juni 2015, maar waren, tot en met 31 december 2015, niet van toepassing op de reclame en andere documenten en berichten waarvan de verspreiding was aangevat vóór 12 juni 2015. Op datum van publicatie van huidige mededeling dienen deze documenten evenwel volledig te voldoen aan de bepalingen van het KB Publiciteit.

B. Begrijpelijkheid van de documenten

B.1. Algemeen.

B.1.1. Algemeen geldt dat de contractuele verzekeringsdocumenten in duidelijke en nauwkeurige bewoordingen moeten worden opgesteld, zoals onder meer bepaald in artikel 23 WVLA en in artikel 14 van het Algemeen reglement verzekeringen. Overeenkomstig artikel 23 WVLA moeten de algemene, bijzondere en speciale voorwaarden, de verzekeringsovereenkomsten in hun geheel, evenals alle clausules afzonderlijk, in duidelijke en nauwkeurige bewoordingen worden opgesteld. Ze mogen geen enkele clause bevatten die een inbreuk uitmaakt op de gelijkwaardigheid tussen de verbintenissen van de verzekeraar en die van de verzekeringnemer. Dezelfde regel is neergeschreven in artikel 14 van het Algemeen reglement verzekeringen.

Bij de controle van de contractuele verzekeringsdocumenten werd dus ruime aandacht besteed aan de vraag of deze documenten dusdanig zijn opgesteld dat de verzekeringnemer een duidelijk beeld krijgt van de draagwijdte van de door hem onderschreven waarborgen. De verzekeringnemer moet ook duidelijk weten welke verplichtingen hij dient na te leven in de loop van de verzekeringsovereenkomst, in het bijzonder vóór en na een schadegeval.

Uit het onderzoek blijkt evenwel dat sommige polissen voor woningverzekeringen moeilijk te begrijpen zijn.

B.1.2. De vereiste van begrijpelijkheid geldt ook voor de publicitaire documenten en de beschrijving van het segmentatiebeleid.

Voor de publicitaire documenten stelt artikel 11 van het KB Publiciteit onder meer dat de mogelijke voordelen van een financieel product niet mogen benadrukt worden zonder dat ook een correcte, duidelijke en evenwichtige indicatie van de risico's, beperkingen of voorwaarden wordt gegeven. De informatie in de publiciteit moet dusdanig worden voorgesteld dat zij begrijpelijk is voor een niet-professionele cliënt.

Wat de segmentatiecriteria betreft, vereist artikel 45 WVLA dat de criteria die gebruikt worden in het kader van de segmentatie op het vlak van acceptatie, tarifiering en/of de omvang van de dekking per type verzekeringsovereenkomst op de website worden gepubliceerd én dat op deze website op een duidelijke en voor de verzekeringnemer begrijpelijke wijze wordt toegelicht waarom deze criteria worden gebruikt.

De analyse van de publiciteitsdocumenten en van de informatieverstrekking over segmentatie voor woningverzekeringen heeft eveneens diverse tekortkomingen aan het licht gebracht. De verzekeringsondernemingen dienen de nodige stappen te ondernemen om de begrijpelijkheid van deze documenten te verbeteren.

B.2. Aanbevelingen van de FSMA inzake begrijpelijkheid

B.2.1. Bij het onderzoek werd vastgesteld dat de polisvoorwaarden van verschillende ondernemingen geen duidelijke structuur hebben. Een duidelijke structuur van de brandverzekeringpolis bevordert de goede kennisname van het document door de consument, en maakt het mogelijk om in de polisvoorwaarden verwijzingen naar andere bepalingen op te nemen. Ook bij het schadebeheer is het van het grootste belang dat naar toepasselijke clausules kan verwezen worden om de consument te informeren over de beslissing van de verzekeringsonderneming.

De FSMA raadt de verzekeringsondernemingen aan polisvoorwaarden op te stellen met een duidelijke structuur, waardoor op een eenvoudige en coherente manier naar concrete bepalingen kan worden verwezen.

B.2.2. In de woningverzekeringen worden verschillende bedragen geïndexeerd in functie van de evolutie van de ABEX-index. Deze indexatie heeft voornamelijk betrekking op de verzekerde bedragen en de vergoedingsgrenzen.

De vrijstellingen en verzekerde bedragen in de waarborgen aansprakelijkheid evolueren volgens de index van de consumptieprijzen.

Bij het onderzoek werd vastgesteld dat in sommige verzekeringsdocumenten bedragen zijn opgenomen die zijn gebaseerd op een indexcijfer dat dateert van jaren geleden, zodat de werkelijke bedragen (na aanpassing aan de evolutie van de index) in belangrijke mate kunnen verschillen van de bedragen vermeld in de verzekeringsdocumenten. Aldus krijgt de consument geen waarheidsgetrouw beeld van zijn overeenkomst.

De FSMA raadt aan om in de algemene voorwaarden geïndexeerde bedragen op te nemen die zijn berekend op basis van de meest recente index, zijnde de laatst berekende index die is gepubliceerd voor het opstellen van de algemene voorwaarden, opdat de bedragen die in de voorwaarden zijn opgenomen zo dicht mogelijk bij de werkelijke bedragen liggen. Voor geïndexeerde bedragen die vermeld worden in andere verzekeringsdocumenten, zoals de bijzondere voorwaarden en het verzekeringsvoorstel, wordt op het moment van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst best de meest recente index vermeld en worden de bedragen dan aangepast aan die meest recente index.

B.2.3. Verschillende verzekeringsondernemingen vermelden in hun documenten zowel bij de omschrijving van het verzekerd bedrag als bij de premie, dat deze worden geïndexeerd op basis van de ABEX-index. De facto is het enkel het verzekerd bedrag dat kan worden geïndexeerd (waardoor uiteraard ook de premie evolueert in functie van de index, daar de premie wordt berekend op grond van het verzekerd bedrag). De dubbele vermelding van een enkelvoudige indexering is misleidend en moet worden vermeden.

De FSMA raadt aan in de documenten uit te leggen dat de verzekeringspremies berekend worden op basis van de verzekerde bedragen en dat deze premies evolueren in functie van de evolutie van verzekerde bedragen, die geïndexeerd worden op basis van de ABEX-index.

B.2.4. In alle verzekeringsovereenkomsten komen bepalingen voor waarin bepaalde goederen of situaties uitgesloten worden van dekking. Het is van belang dat de verzekeringnemer hierover geïnformeerd wordt, niet alleen in de algemene voorwaarden, maar ook in de precontractuele documenten en in de bijzondere voorwaarden. Aldus kan op duidelijke wijze de aandacht van de verzekeringnemer gevestigd worden op een mogelijke beperking van de dekking.

De FSMA raadt de verzekeringsondernemingen aan in de precontractuele documenten de nodige vragen te stellen en in de bijzondere voorwaarden informatie te geven betreffende het risico opdat voor de verzekeringnemer duidelijk wordt welke goederen en situaties uitgesloten worden van dekking.

B.2.5. Er werd vastgesteld dat bepaalde verzekeringsondernemingen de verzekeringsvoorwaarden van het Tariferingsbureau Natuurrampen steeds opnemen in de polis.

Deze voorwaarden gelden echter enkel voor bepaalde verzekeringnemers. Het betreft meer bepaald de verzekeringnemers aan wie de verzekeringsonderneming de dekking weigert of de verzekeringnemers aan wie een premie werd voorgesteld die hoger ligt dan de tariefvoorwaarden van het Tariferingsbureau Natuurrampen en die aldus gekozen hebben voor de voorwaarden van dit Tariferingsbureau. Om de leesbaarheid en de begrijpelijkheid van de voorwaarden te bevorderen, is het aangewezen om de voorwaarden van het voormelde Tariferingsbureau enkel op te nemen in de contracten waar deze voorwaarden van toepassing zijn.

De FSMA raadt aan dat de verzekeringsvoorwaarden van het Tariferingsbureau Natuurrampen alleen zouden overgemaakt worden aan de verzekeringnemers aan wie de waarborg natuurrampen conform deze voorwaarden wordt verleend.

B.2.6. Segmentatiebeleid

Artikel 44 WVLA bepaalt dat elke segmentatie op het vlak van acceptatie, tarifiering en/of de omvang van de dekking objectief moet worden gerechtvaardigd door een legitiem doel en dat de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk moeten zijn. De verzekeringsondernemingen die woningverzekeringen aanbieden voor risico's gelegen in België moeten deze bepaling en de bijhorende in artikelen 45 en 46 WVLA omschreven informatie- en motiveringsverplichtingen strikt naleven.

De FSMA heeft de contractuele bepalingen getoetst aan de wettelijke criteria en heeft gecontroleerd of de kandidaat-verzekeringnemers op een begrijpelijke wijze worden geïnformeerd. Hieruit bleek dat bepaalde verzekeringsondernemingen geen heldere en begrijpelijke uitleg verschaften.

De FSMA raadt de verzekeringsondernemingen aan bijzondere aandacht te besteden aan de manier waarop ze de (kandidaat-)verzekeringnemers toelichting geven over de redenen waarom bepaalde segmentatiecriteria gehanteerd worden. Er moet daarbij door de verzekeraar een taal gebruikt worden die toegankelijk is voor de gemiddelde consument en het is aanbevolen verzekeringstechnisch jargon in de mate van het mogelijke te vermijden.