

Règles de conduite pour la gestion des réclamations dans les entreprises d'assurances

I. INTRODUCTION

Les entreprises d'assurances portent une attention toute particulière à la satisfaction de leur clientèle. Dans ce contexte, les réclamations représentent des opportunités pour améliorer en permanence la qualité du service, des procédures et des produits.

En 2002, des « Recommandations pour l'accueil des réclamations dans les entreprises d'assurances » ont vu le jour dans le prolongement des conclusions tirées d'une étude sur le terrain par Assuralia, l'union professionnelle des entreprises d'assurances.

Au printemps de l'année 2007, la Commission Communication et Information d'Assuralia a chargé un groupe de travail « gestion des réclamations », composé de représentants d'une vingtaine d'entreprises d'assurances, d'une double mission :

- actualiser les recommandations existantes et les convertir en règles de conduite à l'égard du consommateur;*
- inciter toutes les entreprises d'assurances à professionnaliser davantage l'accueil des réclamations.*

Le résultat des travaux de ce groupe de travail est le présent document, intitulé « Règles de conduite pour la gestion des réclamations dans le secteur de l'assurance ». Ces règles ont été adoptées par le Conseil de direction d'Assuralia, le 14 janvier 2008.

Ces règles valent pour toutes les entreprises adhérentes et ont été établies de manière telle qu'elles peuvent être appliquées par toutes les entreprises d'assurances, quels que soient leurs canaux de distribution.

Les règles de conduite pour la gestion des réclamations visent un traitement rapide et de qualité des griefs émis par les consommateurs; elles permettront également de renforcer la collaboration entre les services des réclamations au

sein des entreprises et le service de l'Ombudsman des assurances. Ce service représente, depuis la cessation des activités du service des réclamations de la CBFA, le guichet central des réclamations pour les assurances.

Pour être complet, nous renvoyons également au Fonds des accidents du travail (FAT) qui est compétent pour les plaintes relatives à l'indemnisation en accidents du travail. L'Ombudsman des assurances et les services de réclamations des entreprises sont quant à eux compétents pour les réclamations afférentes à la police d'assurance contre les accidents du travail.

Grâce à la professionnalisation de l'accueil des réclamations et à mesure que l'existence de services des réclamations au sein des entreprises est mieux connue, l'Ombudsman des assurances (www.ombudsman-insurance.be) peut évoluer vers une instance d'appel à laquelle l'assuré peut s'adresser lorsqu'il ne peut se satisfaire de la réponse de son assureur à sa réclamation.

Les règles de conduite ont principalement pour objectif d'améliorer la communication entre assureurs et assurés, lorsque ces derniers ont besoin d'un complément d'information, d'un second avis sur leur dossier ou d'une analyse objective de leur réclamation suivant le principe du double regard porté sur chaque cas.

L'engagement du secteur de l'assurance d'organiser un accueil fiable et rapide des réclamations renforcera davantage encore la protection du consommateur et profitera à l'image de l'assurance auprès de celui-ci.

L'importance de l'accueil de première ligne

Les règles de conduite ci-dessous sont étroitement liées à tous les efforts consentis quotidiennement par les entreprises et les intermédiaires pour satisfaire leur clientèle.

Le client doit recevoir l'attention voulue dès le premier signe d'insatisfaction. L'intermédiaire, le gestionnaire ou toute autre personne de contact dans l'entreprise assure le premier accueil de la réclamation et s'efforce de remédier à l'insatisfaction par les explications ou les actes adéquats.

II. REGLES DE CONDUITE POUR LA GESTION DES RECLAMATIONS

1. REGLES DE CONDUITE externe A L'EGARD DU CONSOMMATEUR
2. REGLES DE CONDUITE interne A L'EGARD DE L'ENTREPRISE : DIRECTIVES POUR UNE GESTION EFFICACE DES RECLAMATIONS

1. REGLES DE CONDUITE A L'EGARD DU CONSOMMATEUR

1.1. Où s'adresser pour une réclamation ?

Chaque entreprise d'assurances* indique sur son site web et dans les conditions générales ou dans la proposition d'assurance**:

- le lieu où s'adresser pour introduire une plainte en mentionnant l'adresse correspondante ou l'adresse e-mail,

ainsi que dans les conditions générales :

- l'adresse et le site web de l'« Ombudsman des assurances » (square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be).

* Lorsqu'une réclamation porte sur les prestations d'un intermédiaire d'assurances, il est également possible de s'adresser à l'Ombudsman des assurances.

** La mention du lieu auquel le consommateur peut s'adresser pour introduire une plainte sera réalisée lors de la prochaine adaptation des documents concernés.

1.2. Délai de réponse

Toute réclamation adressée à l'entreprise mérite une réponse prompte. Pour les réclamations introduites par écrit (cf. 1.1), les délais suivants sont d'application :

- l'entreprise d'assurances envoie dans les 3 jours ouvrables un accusé de réception ainsi qu'une brève explication du déroulement de la procédure, à moins qu'une réponse sur le fond ne soit donnée dans la semaine ;
- l'entreprise d'assurances s'efforce d'envoyer dans les 2 semaines une réponse à la réclamation ;
- l'entreprise d'assurances garantit une réponse définitive dans le mois ; si cela ne lui est pas possible, le non-respect de ce délai doit être motivé en indiquant le délai dans lequel une réponse définitive peut être attendue.

1.3. En cas de désaccord

Lorsque l'assuré fait part de son désaccord avec la réponse définitive d'une entreprise à sa réclamation, l'assureur fait part de la possibilité de prendre contact avec l'Ombudsman des assurances.

2. REGLES DE CONDUITE A L'EGARD DE L'ENTREPRISE : DIRECTIVES POUR UNE GESTION EFFICACE DES RECLAMATIONS

2.1. Reconnaissance d'une plainte

Les entreprises d'assurances utilisent la définition suivante d'une réclamation : « toute expression d'insatisfaction concernant les activités d'assurances de l'entreprise à laquelle une réponse est implicitement ou explicitement attendue », conforme le document établi par le secteur « Reconnaissance d'une plainte » (*cf. Annexe 1*), qui fait partie intégrante des présentes règles de conduite.

Toute personne régulièrement en contact avec des consommateurs recourt à ce document. Il permet de reconnaître le plus rapidement possible une réclamation et de suivre la procédure en vigueur, dans le respect des règles de conduite ci-dessus à l'égard du consommateur.

2.2. Formation

Les entreprises d'assurances prévoient dans leur package de formations destinées à l'ensemble des collaborateurs régulièrement en contact avec les consommateurs un cours sur les techniques d'accueil de la clientèle ou de communication avec celle-ci.

Les entreprises intègrent également dans leur package de formations une formation sur la reconnaissance et le traitement des réclamations.

2.3. Rapports et communication

> A l'égard de la direction de l'entreprise :

le responsable des réclamations adresse périodiquement un rapport écrit à la direction de l'entreprise, au moins une fois par an.

> A l'égard du personnel de l'entreprise d'assurances :

le responsable des réclamations (ou le service communication interne) diffuse périodiquement une analyse du flux des réclamations, les tendances ou nouveautés relatives aux actions en découlant, par le biais par exemple d'un

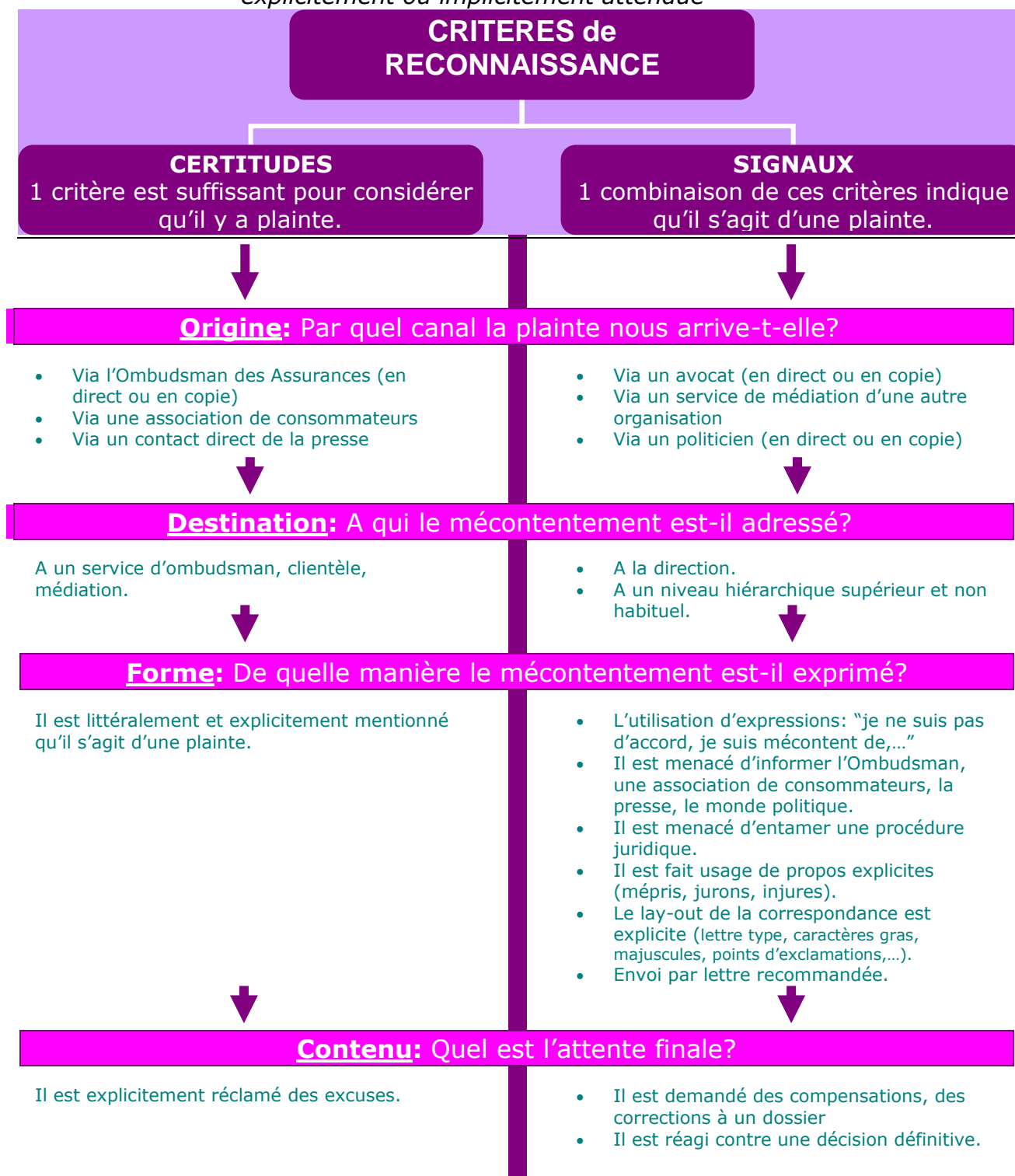
magazine, d'intranet, d'une note au personnel ou d'un conseil d'entreprise, au moins 1 fois par an.

2.4. Enregistrement des réclamations et statistique

Chaque entreprise prévoit un système d'enregistrement des réclamations et cela au moins pour les réclamations traitées par le service ou le responsable des réclamations. Un système d'enregistrement permet de disposer de statistiques, l'objectif étant que chaque entreprise dispose d'un tel système pour janvier 2009.

Tout système d'enregistrement constitue un critère de base dans la gestion moderne des réclamations ; il doit permettre au responsable des réclamations d'établir des rapports et de formuler des suggestions d'orientation de la politique à suivre en vue de l'amélioration continue de la satisfaction de la clientèle.

Définition plainte: "Toute expression d'insatisfaction concernant les activités d'assurances de l'entreprise à laquelle une réponse est explicitement ou implicitement attendue"

**REMARQUE**

Si l'insatisfaction ou le mécontentement est exprimé(e) au cours de la gestion normalisée d'un contrat ou d'un sinistre, il n'y a alors pas de plainte, sauf lorsqu'un critère de "certitude" ci-dessus intervient.

Exemples

- Insatisfaction à propos de l'évaluation du sinistre, lorsqu'il est toujours possible de réclamer la contre-expertise,
- Insatisfaction à propos des conclusions du médecin-conseil, alors qu'une possibilité d'une expertise médicale amiable reste ouverte.