



Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering  
Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû

***Rapport annuel d'activité***

**2022**

## **Tables des matières**

Avant-propos .....	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi .....	4
Un léger recul .....	5
II. Résultats .....	6
1. Chiffres .....	6
a. Introduction.....	6
b. Vue globale .....	7
c. Les demandes examinées plus en détail .....	9
Un regard sur les surprimes examinées .....	11
Un regard sur les refus examinés .....	13
d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi .....	15
2. Délai de gestion .....	18
III. Questionnaires médicaux.....	19
IV. Rapport du Data Protection Officer .....	20
V. Contact et procédure .....	21
VI. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli .....	22

## Avant-propos

Si l'assurance solde restant dû n'est pas une obligation légale, il existe plusieurs bonnes raisons d'en souscrire une. Elle peut être associée à un taux d'intérêt préférentiel et à un avantage fiscal. Mais elle est surtout gage de sécurité financière. En cas de décès avant l'échéance du prêt, la compagnie d'assurance paie le solde de l'emprunt, ce qui permet au partenaire ou aux proches de demeurer dans le bien en question sans se soucier de rembourser ou de vendre dans la précipitation. Par les temps qui courent, cette notion de sécurité financière prend plus que jamais tout son sens.

En 2022, l'économie belge a subi les conséquences directes et indirectes de la guerre en Ukraine, ce qui a entraîné une inflation galopante. La crise énergétique en est le symbole le plus marquant. Dans ce climat instable, le marché de l'immobilier n'a pas échappé aux turbulences. Le baromètre publié par la Fédération du Notariat nous apprend que l'activité immobilière a reculé de 2%, tandis que le prix moyen d'une maison a bondi de 8,2%. Dans un contexte post-Covid où de nombreux ménages belges nourrissaient des envies d'espace et de liberté, cette nouvelle réalité économique a bousculé les plans, obligeant les uns à postposer leurs projets et les autres à revoir leurs ambitions à la baisse.

Comme chaque année, il est intéressant de constater que les demandes d'intervention soumises au Bureau du suivi, qui restent marginales en chiffres absolus, suivent la tendance du marché de l'immobilier. Nous avons connu un léger recul, et les raisons évoquées ci-dessus, auxquelles on peut ajouter la hausse des taux d'intérêt, n'y sont sans doute pas étrangères.

Au fil des ans, les chiffres du Bureau du suivi évoluent en dents de scie sans toutefois connaître de profonds bouleversements. Cette stabilité se reflète dans son fonctionnement interne, dont les rouages bien huilés permettent de travailler avec rigueur et en toute collégialité, deux ingrédients indispensables pour une concertation objective et constructive. Point de rencontre entre assureurs, patients et consommateurs, entre médecins, actuaires et juristes, le Bureau du suivi poursuit ses objectifs avec la même détermination qu'à ses débuts, autour de trois axes : l'analyse des dossiers, le contrôle des questionnaires médicaux, et la collaboration avec le KCE dans le cadre du droit à l'oubli.

Le présent rapport a pour unique objet de présenter une vue d'ensemble des activités de l'année écoulée. Comme d'habitude, vous n'y trouverez aucun jugement de valeur. Les chiffres parleront d'eux-mêmes. Laissons-les s'exprimer en toute transparence. Puissent-ils vous être utiles.

Avec tout mon dévouement,

*Bruno Bulthé*  
*Président*

## I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairement de représentants des patients et des consommateurs d'une part et de représentants des assureurs d'autre part. Il est présidé par un magistrat indépendant, Bruno Bulthé, et André De Muylder assure quant à lui la vice-présidence.

Le Bureau est constitué de deux membres effectifs et deux membres suppléants désignés par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ; un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les patients ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.

Le secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service de l'Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique et fait office de point de contact pour le consommateur. Il assure une permanence quotidienne afin d'encoder des demandes, de demander les dossiers aux compagnies et d'établir l'agenda des séances. Le secrétariat s'occupe de transmettre des questions, des remarques ou des avis entre les correspondants auprès des compagnies, d'une part, et les membres du Bureau, d'autre part. Il peut également fournir des renseignements d'ordre strictement général, par téléphone ou par e-mail.

À la requête du candidat-preneur d'assurance, de l'Ombudsman des Assurances ou d'un membre, le Bureau du suivi examine la décision d'une entreprise d'assurance lorsqu'une assurance solde restant dû est refusée ou une surprime médicale supérieure à 75% est appliquée pour raisons médicales. L'assurance solde restant dû doit être liée à un crédit hypothécaire dont l'objet est la construction, l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique. Le Bureau du suivi vérifie alors que la décision prise par une entreprise d'assurance se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le Bureau du suivi a également pour tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions posées dans les questionnaires médicaux utilisés par les entreprises d'assurance. Les entreprises ayant déjà soumis leurs questionnaires à l'analyse du Bureau au cours des années précédentes, cette fonction se limite désormais à l'approbation de certaines modifications et, exceptionnellement, à l'analyse de nouveaux documents dans leur intégralité.

Comme à l'accoutumée, le Bureau du suivi s'est réuni à chaque quinzaine, la plupart du temps à distance. Cette nouvelle méthode de travail n'a néanmoins eu aucune incidence sur le traitement de fond des dossiers. Force est de constater que les membres préparent les dossiers au préalable comme il se doit, et que les échanges sont fluides le jour des délibérations.

À l'examen du refus ou de la surprime médicale, le Bureau du suivi vérifie le lien entre le risque de décès du candidat-assuré et celui d'une personne moyenne ne présentant aucun risque de santé spécifique. Le Bureau effectue une analyse approfondie de l'état de santé de chaque personne individuelle et examine si la décision de l'entreprise d'assurance est objectivée, études médicales scientifiques à l'appui. Au vu de la durée bien souvent longue que l'assurance couvre (de 20 à 30 ans, la plupart du temps), le Bureau tente d'identifier les pronostics à long terme. Il n'est bien entendu pas exclu que la situation médicale d'une personne individuelle évolue ensuite autrement (positivement ou négativement).

## Un léger recul

Après une recrudescence significative des demandes d'intervention en 2021, due au renouveau du marché après la levée progressive des mesures sanitaires, le Bureau a connu une faible baisse de régime. Au total, ce sont 482 demandes qui ont été introduites l'année dernière, contre 495 en 2021. Comme on le voit, il serait plus logique de parler de stagnation.

En enlevant les demandes irrecevables (81) et classées sans suite (65), nous arrivons à un total de 336 dossiers traités. Rappelons que le Bureau est légalement compétent dans le cadre de l'habitation propre et unique et au-delà du seuil de 75% de surprime médicale. De même, certains candidats-assurés ne complètent pas leur demande, soit parce qu'ils ont trouvé une solution auprès de l'assureur concerné ou d'une autre compagnie, soit parce qu'ils sont tenus par des délais, soit parce qu'ils décident finalement de ne pas souscrire d'assurance solde restant dû.

En 2022, l'intervention du Bureau a débouché sur 63 propositions de réforme de la décision initiale de l'assureur. Le Bureau a émis 44 nouvelles propositions, dont 33 ont été suivies par les assureurs, et ces derniers ont formulé une nouvelle proposition de leur propre initiative dans 19 cas.

Le Bureau du suivi examine minutieusement les dossiers et vérifie si la décision de l'assureur se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance. De manière consensuelle, les membres estimeront soit que le point de vue de la compagnie est fondé, soit que la décision peut être revue à des conditions précises. Il peut s'agir d'un refus qui donnera lieu à une surprime, d'une surprime revue à la baisse, ou d'une proposition de tarif normal. Il arrive également que le Bureau du suivi préconise un ajournement au lieu d'un refus catégorique, proposant alors à l'assureur de revoir sa position à partir d'une date précise. Par conséquent, le Bureau du suivi a un rôle régulateur mais peut également, du fait de son analyse neutre et objective, informer le candidat-prenneur d'assurance à propos du bien-fondé de la décision prise par l'entreprise d'assurance.

Il est bon de rappeler que les demandes introduites auprès du Bureau du suivi sont (potentiellement) très diverses et complexes, notamment en raison d'un cumul de plusieurs pathologies. D'une part, les situations médicales des candidats-assurés qui s'adressent au Bureau du suivi présentent des différences considérables. D'autre part, les assureurs se distinguent par leur politique d'acceptation et de tarification. Il peut s'avérer judicieux, pour un candidat-assuré, de consulter plusieurs entreprises d'assurance à titre comparatif.

## II. Résultats

### 1. Chiffres

#### a. Introduction

Le Bureau du suivi analyse la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée et a la possibilité soit d'adhérer à la décision, soit de proposer une autre décision, toujours dans l'intérêt du candidat-assuré : une surprime ne pourra en aucun cas être revue à la hausse.

En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle 16/2011, il n'est pas possible d'obliger une entreprise d'assurance de proposer une assurance solde restant dû, ni de contraindre un candidat à souscrire un contrat à des conditions précises. La liberté de contracter subsiste.

La législation stipule d'une part qu'une proposition formulée par le Bureau du suivi doit être « contraignante ». Or, d'autre part, le Bureau du suivi ne peut obliger aucune partie à conclure un contrat, tel que confirmé par la Cour constitutionnelle.

En d'autres termes, un assureur peut a priori se réserver le droit d'offrir ou non une assurance. En revanche, si ledit assureur décide de proposer une assurance, il devra s'en tenir à la proposition du Bureau du suivi. Il ne lui est pas autorisé de déroger à celle-ci et de proposer d'autres conditions.

Lorsqu'une nouvelle proposition du Bureau du suivi n'est pas appliquée par une compagnie, le candidat-prenneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

## b. Vue globale

En 2022, le Bureau du suivi a reçu 482 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 217 demandes relatives à des surprimes et 265 relatives à des refus d'assurance. Par rapport à l'année précédente, la proportion est pour ainsi dire restée la même.

Parfois, l'assureur n'est pas disposé à offrir une couverture au moment souhaité par le candidat-prenneur d'assurance, mais lui propose de réévaluer la situation à une date ultérieure afin d'avoir du recul par rapport à un diagnostic posé récemment ou à un traitement encore en cours, pour ne citer que deux exemples. Il sera alors question d'un ajournement de la décision. Le Bureau du suivi considèrera un ajournement comme un refus d'assurance, dans la mesure où l'assureur n'est pas (encore) disposé à offrir une couverture.

Lorsque le droit à l'oubli s'applique au dossier examiné, le Bureau du suivi ne manque pas de le rappeler à l'assureur concerné. Il s'en remet exclusivement à la grille de référence prévue à cet effet lorsque les conditions prévues dans cette grille sont remplies.

Voici les données statistiques relatives aux demandes introduites entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2022.

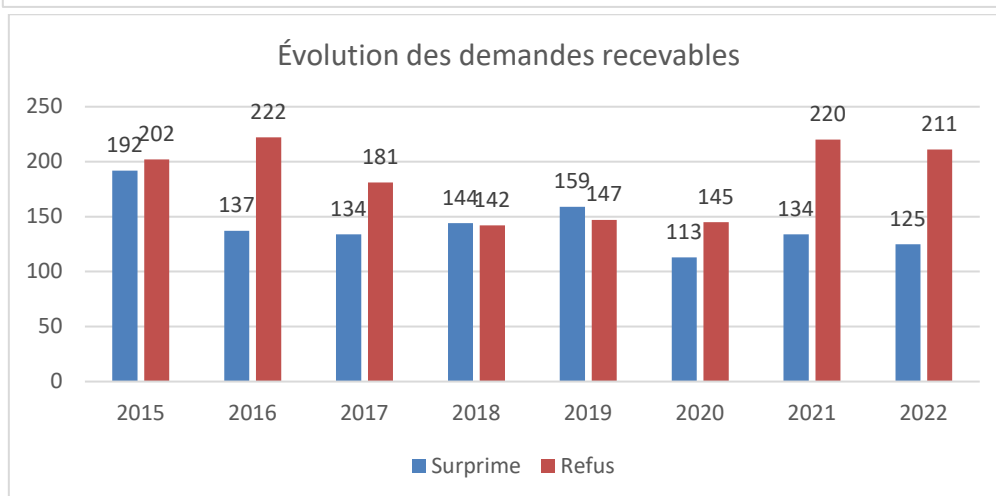
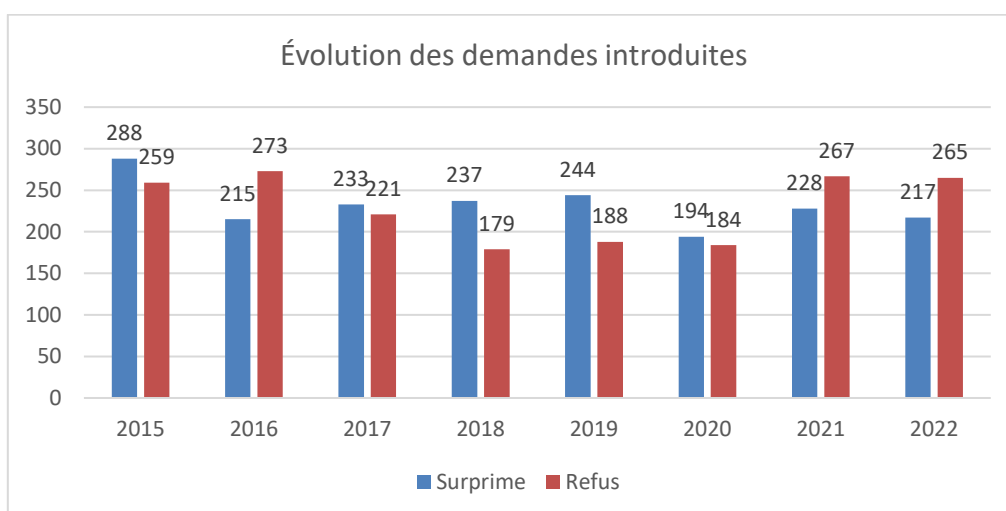


Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus
Demandes introduites	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188	378	194	184	495	228	267	482	217	265
Demandes incomplètes	85			71			62			63			47			51			62			65		
Demandes irrecevables	68			58			77			67			79			69			79			81		
Demandes recevables et examinées	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145	354	134	220	336	125	211
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123	280	95	185	273	97	176
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14	43	27	16	44	21	23
Nouvelles propositions de l'assureur	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8	31	12	19	19	7	12



### c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2022, le Bureau du suivi a analysé 336 cas où l'assureur a décidé d'appliquer une surprime ou un refus d'assurance en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

Parmi ces dossiers examinés, 125 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 211 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2022	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	59	11	48
Cœur et vaisseaux sanguins	54	17	37
Polypathologie	48	16	32
Affections psychiques	40	11	29
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	33	21	12
Diabète, intolérance au glucose	21	19	2
Reins ou voies urinaires	19	6	13
Système nerveux et cerveau	14	9	5
Système respiratoire	13	0	13
Système digestif ou ventre	9	5	4
Sang et ganglions lymphatiques	7	1	6
Maladies infectieuses ou parasitaires	6	3	3
Muscles et articulations	2	1	1
Maladies système ou auto-immunitaire	2	0	2
Handicap	2	2	0
Autres affections	7	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>125</b>	<b>211</b>

Au fil du temps, l'ordre des trois premières catégories peut changer, mais elles se retrouvent chaque année dans le trio de tête. En 2022 elles ont toutes connu une diminution minime. Cette année, les demandes relatives aux cancers, aux polypathologies et aux affections cardiaques représentent pratiquement la moitié des dossiers traités. À noter que parmi ces trois catégories, les refus prédominent largement. Il s'agit en effet de dossiers médicaux complexes.

Concernant les candidats-assurés diabétiques, le constat est diamétralement opposé. Ils sont désormais bien plus souvent confrontés à une surprime médicale. Les refus d'assurance – deux seulement - concernent des diabètes mal équilibrés ou déjà associés à diverses complications et pathologies connexes. Les surprimes relatives au diabète ont reculé de 8 dossiers par rapport à 2021, ce qui peut s'expliquer par des surprimes désormais inférieures ou égales à 75% dans le cas de diabètes parfaitement réglés.

À noter la hausse significative de dossiers relatifs à des affections psychiques (dépression, troubles bipolaires et de la personnalité, schizophrénie, etc.), qui ne représentaient que 15 dossiers en 2021. Il s'agit cette année de la quatrième catégorie.

Le Bureau du suivi a également examiné davantage de dossiers liés au système respiratoire. Le droit à l'oubli, qui a ouvert la porte à l'assurabilité des patients atteints de mucoviscidose moyennant une série de critères énoncés dans la grille de référence, est sans doute l'une des raisons de cette évolution (3 dossiers soumis en 2021, pour 13 en 2022).

De manière générale, il convient de rappeler que les refus ne sont pas toujours « définitifs ». En effet, une compagnie peut proposer un ajournement après un délai précis. Pour certaines maladies chroniques et certains types de cancer, ces délais sont définis dans la grille de référence instaurée par le droit à l'oubli. Il se peut qu'une compagnie attende ainsi l'issue d'une opération, la fin d'un traitement ou le délai à partir duquel le risque diminue. Cette période d'attente peut aller de quelques mois à quelques années, selon le cas. Le candidat-assuré est dès lors invité, par la suite, à réintroduire une demande auprès de la compagnie concernée.

Comme chaque année, il est néanmoins impossible de tirer des conclusions univoques uniquement sur la base de ces 336 dossiers analysés, qui ne représentent en fin de compte qu'un faible échantillon.

### Un regard sur les surprimes examinées

En 2022, le Bureau du suivi a examiné 125 dossiers relatifs à des surprimes médicales, soit 9 de moins qu'en 2021. Après examen, il s'est avéré dans 97 dossiers que la décision de l'entreprise d'assurance d'appliquer une surprime médicale se justifiait et a dès lors été suivie par le Bureau du suivi. Cette proportion de décisions confirmées a donc été de 78% en 2022, contre 71% en 2021 : on constate dès lors que la convergence d'opinions entre le Bureau et les entreprises d'assurance a légèrement augmenté. Les surprimes confirmées par le Bureau se répartissent comme suit :

Tableau 3

<b>Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur</b>	
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	21
Diabète, intolérance au glucose	19
Cœur et vaisseaux sanguins	17
Polypathologie	16
Tumeurs, affections malignes ou cancer	11
Affections psychiques	11
Système nerveux et cerveau	9
Reins ou voies urinaires	6
Système digestif ou ventre	5
Maladies infectieuses ou parasitaires	3
Handicap	2
Sang ou système lymphatique	1
Muscles et articulations	1
Autres affections	3
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>

Dans 21 dossiers (17%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-preneur d'assurance. Sur ces 21 nouvelles propositions, 16 ont été suivies par les entreprises d'assurance, qui ont alors adapté les conditions du contrat en conséquence. Dans 5 cas de figure, en revanche, l'assureur a décidé de maintenir son point de vue.

Dans certains cas, l'entreprise d'assurance constate, lors de la constitution de son dossier pour le Bureau du suivi, que la décision initiale peut être rectifiée et elle a alors formulé une nouvelle proposition à son candidat de sa propre initiative. Cette situation est survenue dans le cadre de 7 dossiers, soit près de 6%. Ces chiffres reflètent une légère tendance à la baisse.

Au total, ce sont donc 23 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés, ce qui représente 18% de réformes sur l'ensemble des demandes recevables. Ce pourcentage, qui oscille d'ordinaire entre 25% et 30%, a donc diminué pour l'année 2022.

Tableau 4

<b>Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée</b>	
Diabète, intolérance au glucose	5
Système digestif ou ventre	3
Polypathologie	2
Affections psychiques	2
Système nerveux et cerveau	2
Reins et système urinaire	1
Autres affections	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

Tableau 5

<b>Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur</b>	
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Diabète, intolérance au glucose	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Système nerveux et cerveau	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Système digestif ou ventre	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Comme chaque année, les surprimes relatives au diabète font l'objet d'un certain nombre de nouvelles propositions. En dehors de ce constat, il n'est pas possible de déterminer quelles sont les affections susceptibles de déboucher sur une révision des conditions d'octroi, sur proposition du Bureau ou à l'initiative de l'assureur.

À noter que dans le cadre de certains dossiers, le Bureau du suivi s'en est remis au droit à l'oubli, qui peut plafonner une surprime si toutes les conditions relatives à une pathologie reprise dans la grille sont remplies. Cet argument d'ordre légal clôt le débat.

### Un regard sur les refus examinés

En 2022, le Bureau du suivi a examiné 211 refus d'assurance, ce qui représente une légère baisse de 9 dossiers par rapport à 2021.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 176 dossiers – soit 83% des cas – que le refus se justifiait d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le pourcentage de refus jugés raisonnables d'un point de vue médical et au regard des techniques de l'assurance par le Bureau du suivi n'a pour ainsi dire pas évolué.

Tableau 6

<b>Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur</b>	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	46
Polypathologie	30
Cœur et vaisseaux sanguins	28
Affections psychiques	24
Reins ou voies urinaires	12
Système respiratoire	12
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	5
Sang et ganglions lymphatiques	5
Système digestif ou ventre	4
Système nerveux et cerveau	3
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Diabète	2
Muscles et articulations	1
Autres affections	2
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>

De manière générale, on peut estimer qu'un refus pour raisons médicales peut avoir trois causes :

- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à court terme paraît défavorable ;
- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à plus long terme paraît défavorable ;
- L'évolution ou le pronostic de la maladie est (encore) insuffisamment décrite par la science. Ceci peut être dû au manque de recul scientifique d'une maladie rare, de l'effet d'une (nouvelle) thérapie ou d'un traitement récent, la possibilité de stabilisation d'une affection, etc.

L'état de santé de tout un chacun pouvant évoluer au fil du temps, un refus n'est en théorie jamais définitif, comme en témoignent les ajournements appliqués par les assureurs, ou les délais prévus par le droit à l'oubli. Il est également possible que l'entreprise d'assurance refuse de proposer un contrat

lorsque le candidat-assuré ne fournit pas tous les éléments médicaux demandés, de sorte que l'entreprise d'assurance concernée ne peut évaluer le risque. Lorsque le Bureau du suivi l'estime approprié, il énonce dans son avis que des éléments médicaux sont manquants pour évaluer adéquatement l'état de santé. Il invite dès lors la compagnie à demander les éventuels rapports complémentaires nécessaires à une analyse fiable de l'état de santé du candidat.

Dans 23 dossiers (11%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-prenneur d'assurance. Dans 17 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 6 propositions sur les 23 n'ont pas été suivies par les assureurs concernés.

Tout comme cela a été le cas pour les surprimes, les entreprises d'assurance concernées ont pu revoir leur décision de refus lors de la préparation du dossier. Là où elle avait initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 12 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que près de 6% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce.

Au total, ce sont 29 refus qui ont finalement abouti à une réforme. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

<b>Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée</b>	
Cœur et vaisseaux sanguins	5
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	4
Affections psychiques	2
Maladies systémiques ou auto-immunitaires	2
Système nerveux et cerveau	1
Sang ou système lymphatique	1
Reins ou voies urinaires	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

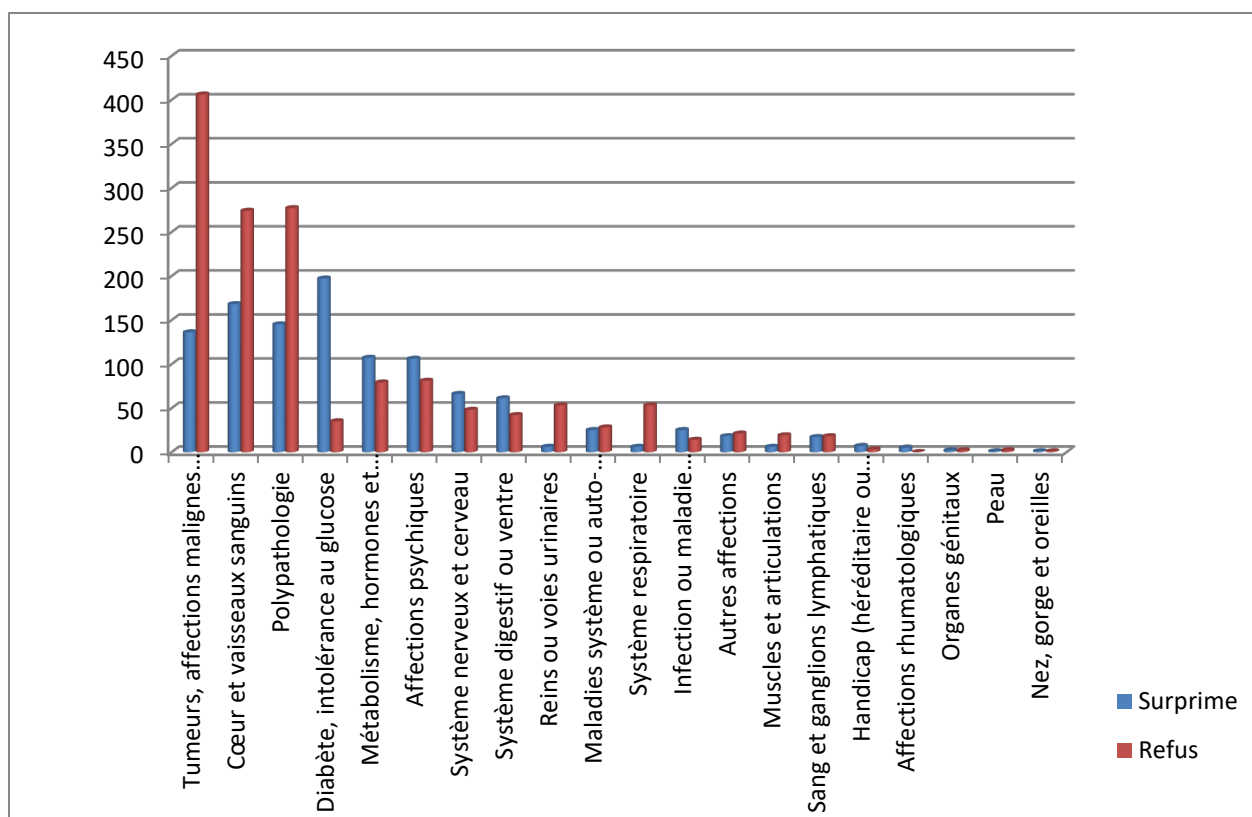
Tableau 8

<b>Refus : nouvelle proposition de l'assureur</b>	
Affections psychiques	3
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Polypathologie	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Système respiratoire	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Autres affections	2
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>

#### d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

<b>Au fil des années : demandes examinées depuis 2015</b>			
<b>Pathologie</b>	<b>Total</b>	<b>Surprime</b>	<b>Refus</b>
Tumeurs, affections malignes ou cancer	542	136	406
Cœur et vaisseaux sanguins	442	168	274
Polypathologie	422	145	277
Diabète, intolérance au glucose	232	197	35
Affections psychiques	187	106	81
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	186	107	79
Système nerveux et cerveau	114	66	48
Reins ou voies urinaires	107	31	76
Système digestif ou ventre	103	61	42
Système respiratoire	59	6	53
Maladies système ou auto-immunitaire	53	25	28
Maladies infectieuses ou parasitaire	39	25	14
Autres affections	38	26	12
Sang et ganglions lymphatiques	35	17	18
Muscles et articulations	25	6	19
Handicap (héréditaire ou après accident)	10	7	3
Affections rhumatologiques	5	5	0
Organes génitaux	4	2	2
Peau	3	1	2
Nez, gorge, oreilles	2	1	1
	<b>2608</b>	<b>1138</b>	<b>1470</b>

<b>Résultats globaux</b>	<b>Total</b>	<b>Surprime</b>	<b>Refus</b>
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	2608	1138	1470
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	2072	847	1225
% du total	79,4%	74,4%	83,3%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	311	184	127
% du total	11,9%	16,2%	8,6%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	44	16	28
% du total	1,7%	1,4%	1,9%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	181	91	90
% du total	6,9%	8,0%	6,1%



D'un point de vue global, la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme fondée dans environ 8 dossiers sur 10, ce qui n'a guère changé par rapport aux années précédentes. Il ressort également qu'en moyenne, les refus d'assurance appliqués par les entreprises d'assurance sont davantage suivis par le Bureau que les surprimes. En effet, il s'agit la plupart du temps de dossiers complexes ou de situations médicales critiques.

En tout et pour tout, un peu moins de 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision de révision des conditions proposées après intervention du Bureau du suivi. Les chiffres de l'année 2022 ne remettent pas en question cette proportion, malgré une légère baisse des dossiers revus.

Parmi les données qui sautent aux yeux, citons les refus liés aux affections cancéreuses, qu'il convient de nuancer. Grâce à divers traitements, d'une part, et à l'instauration du droit à l'oubli, de l'autre, certains cancers ne donnent pas toujours lieu à des refus catégoriques. Il sera plutôt question d'ajournement : l'assuré, après un délai proposé par l'assureur ou fixé par le législateur, pourra réintroduire une demande d'assurance après un certain délai d'attente et, pour autant qu'il remplisse les conditions énoncées dans la loi ou la grille de référence, il pourra prétendre à une couverture.

Outre les cancers, on peut observer que le Bureau du suivi est le plus souvent sollicité par des candidats-assurés présentant une problématique cardiaque ou une combinaison d'affections (polypathologie). Ces trois catégories représentent une majorité des dossiers analysés, et se caractérisent par un nombre significatif de refus. En effet, elles constituent à elles seules deux-tiers des refus examinés. Les données chiffrées de 2022 confirment cet ordre, à peu de choses près.



Les surprimes les plus fréquemment analysées par le Bureau du suivi ont trait au diabète, aux affections cardiaques et à une combinaison d'affections (polypathologie). Ces trois catégories représentent presque la moitié des surprimes examinées.

Les 6 types de maladie les plus fréquentes en matière de surprimes (diabète, affections cardiaques, cancers, polypathologie, affections psychiques et métabolisme) représentent approximativement 3 dossiers sur 4.

## 2. Délai de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, le Bureau du suivi vérifie entre autres si :

- elle concerne une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base ou un refus en raison de l'état de santé du candidat-assuré
- le but de l'assurance est de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique

Une fois qu'il est clairement établi que la demande est recevable, l'entreprise d'assurance a deux semaines pour fournir au Bureau du suivi tous les éléments dont elle dispose et qui sont nécessaires à l'examen du dossier. Il est demandé à l'entreprise d'assurance de motiver sa décision de manière circonstanciée et de compléter le dossier par les éléments médicaux que le candidat-assuré lui a fournis.

Le Bureau du suivi constate que le délai de réponse est stable par rapport aux années précédentes. Globalement, l'entreprise d'assurance fournit les renseignements requis endéans le délai imparti de 15 jours.

Dès que le dossier est complet, le Bureau du suivi dispose à son tour d'un délai de 15 jours ouvrables afin d'examiner la demande introduite.

D'ordinaire, le Bureau du suivi traite les dossiers endéans ledit délai. Néanmoins, dans certains cas où le Bureau du suivi demande des informations complémentaires ou des précisions, le délai de traitement peut se voir rallongé. De manière générale, la gestion complète d'un dossier prend environ un mois.

Au fil du temps, une routine et une méthodologie se sont mises en place et le Bureau du suivi constate également que tous les intéressés (entreprises d'assurance, membres du Bureau, secrétariat) poursuivent cette évolution positive manifeste.

Il convient également de souligner que la crise sanitaire n'a pas eu de réelle incidence sur le délai de gestion des dossiers. La seule ombre au tableau concerne la correspondance effectuée par voie postale : le télétravail n'a pas permis de relever le courrier quotidiennement au bureau.

### III. Questionnaires médicaux

De manière générale, les questionnaires médicaux des entreprises d'assurance ont été soumis à l'analyse du Bureau du suivi dans l'année qui a suivi son entrée en vigueur, en 2015, et dans une moindre mesure en 2016. Depuis lors, le Bureau a principalement reçu deux types de demandes :

- Des modifications apportées à un questionnaire médical par un assureur, qui en informe le Bureau du suivi en vue de son approbation.
- L'analyse et l'approbation de questionnaires médicaux électroniques mis en place par un certain nombre d'entreprises d'assurance.

En 2022, le Bureau du suivi n'a pas examiné de nouveaux questionnaires à proprement parler. Il s'est uniquement penché sur des adaptations ponctuelles que les assureurs ont voulu apporter à leurs questionnaires.

Il arrive également qu'une question attire l'attention d'un candidat lorsqu'il remplit un questionnaire, ou qu'un membre du Bureau du suivi remarque un passage non conforme au cours de l'analyse d'un dossier. Il se peut en effet qu'un intermédiaire, par exemple, utilise une version antérieure à celle approuvée par le Bureau du suivi. Dans ce cas, le Bureau du suivi ne manque pas de le signaler à l'instance concernée et demande de rectifier le passage en question. Il s'agit notamment de questions relatives aux données génétiques et/ou familiales, qui ne peuvent en aucun cas être utilisées dans la motivation et la tarification. Le Bureau du suivi est sensible à la question et veille à ce que les dispositions légales soient respectées.

En cas de problèmes persistants et à défaut de réaction de la part de l'entreprise ou de l'intermédiaire concerné, le Bureau du suivi se réserve le droit d'interpeller la FSMA, autorité de contrôle du secteur. La FSMA peut en outre être informée, en dernier recours, lorsque les membres du Bureau du suivi relèvent des manquements récurrents dans les motivations et les dossiers préparés par une entreprise d'assurance.

Il convient de rappeler que l'analyse d'un questionnaire médical relève d'un équilibre délicat entre la vie privée du candidat-assuré et la nécessité de l'entreprise d'assurance de pouvoir évaluer adéquatement le risque à assurer. Rappelons également qu'un questionnaire médical a finalement pour but d'aider le candidat-assuré à remplir son obligation de déclaration tel que prévu légalement.

## IV. Rapport du Data Protection Officer

Comme l'ensemble des instances concernées, le Bureau du suivi doit respecter les dispositions du Règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD). Étant donné que les membres et le secrétariat sont amenés, dans l'analyse ou l'encodage des dossiers, à traiter des données médicales, le service a pris les mesures additionnelles qui s'imposent. Il convient toutefois de signaler qu'au vu du caractère hautement sensible de certaines données, les précautions de rigueur s'appliquaient déjà auparavant.

Un délégué à la protection des données, également appelé Data Protection Officer (DPO), veille au respect des règles en matière de protection des données. Le DPO fait directement rapport au président du Bureau et dispose de moyens suffisants (en temps, en ressources humaines et matérielles et en budget).

Le DPO est bien évidemment le point de contact obligatoire en cas de fuite de données, mais également la personne de référence pour les questions de la part des parties concernées (personnes reprises, membres et secrétariat, voire autorités) relatives au traitement des données par le Bureau.

*Le DPO peut être contacté par courriel à l'adresse [dpo@bureaudusuivi.be](mailto:dpo@bureaudusuivi.be), ou par courrier postal adressé au Bureau du suivi.*

## V. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

- À quel sujet ?

L'assurance solde restant dû doit concerner un prêt hypothécaire pour l'habitation propre et unique. De plus, cette assurance solde restant dû doit avoir été refusée pour des raisons de santé ou la surprime doit être supérieure à 75% (de la prime de base) en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

L'entreprise d'assurance indiquera dans sa lettre de décision si ces conditions sont remplies.

- Comment ?

Le candidat-preneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances ou un des membres du Bureau du suivi peuvent introduire une demande d'examen.

Les éléments suivants sont nécessaires afin de pouvoir entamer l'analyse de la décision :

- Une **demande** d'examen adressée au Bureau du suivi ;
- Une copie ou un scan de la **décision de l'assureur** (proposition de surprime ou refus)
- Une **autorisation** (exemplaire disponible sur le site, fournir l'original par la poste avec une copie recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées). Avec ce document, le Bureau du suivi peut demande le dossier médical du candidat-assuré. Le document comporte également une déclaration expresse que l'assurance solde restant dû couvre un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique et qu'il est possible que le Bureau du suivi puisse se renseigner à ce propos auprès du Cadastre.

La demande d'examen doit être introduite par écrit, par la poste, courriel ou par [le formulaire de contact](#) sur le site internet.

### Coordonnées de contact

*Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*

*Square de Meeûs 35*

*1000 Bruxelles*

[info@bureaudusuivi.be](mailto:info@bureaudusuivi.be)

[www.bureaudusuivi.be](http://www.bureaudusuivi.be)

Tél. : 02 547 57 70

Fax : 02 547 59 75

E.R. Bruno Bulthé, Président, *Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*.

D/2019/13.852/1

*Een Nederlandstalige versie is beschikbaar in Pdf-formaat op de website [www.opvolgingsbureau.be](http://www.opvolgingsbureau.be)*

## **VI. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli**

Pour rappel, la loi du 4 avril 2019 instaure un droit à l’oubli pour certaines assurances solde restant dû, offrant aux personnes qui sont, depuis un certain temps, déclarées guéries d’une affection cancéreuse, l’occasion de souscrire une assurance sans surprime liée à ces antécédents. Cette loi établit également des délais d’attente réduits pour certaines pathologies (cancéreuses ou chroniques) énoncées dans deux grilles de référence. Le KCE réévalue tous les deux ans les grilles de référence, en fonction des progrès médicaux et des données scientifiques disponibles, et communique une proposition d’adaptation de ces grilles au Bureau du suivi de la tarification. Le Bureau du suivi doit ensuite les communiquer, assorties de son propre avis, aux autorités politiques compétentes.

En 2022, la concertation a suivi son cours, et les deux instances se sont réunies à plusieurs reprises. Le Bureau du suivi a reçu les conclusions du KCE concernant le cancer du sein en stade précoce – premier sujet d’étude choisi. Les propositions du KCE, ainsi que les avis émanant des membres du Bureau du suivi ont été transmis aux ministres compétents, comme il se doit. Ces échanges ont donné lieu à une grille de référence actualisée qui a été publiée au Moniteur belge du 17 juillet 2023.



Het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering  
Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû

Square de Meeûs, 35  
1000 Bruxelles