



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

Rapport annuel d'activité

2024

Tables des matières

Avant-propos	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi	4
La tendance se poursuit	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. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli	21
VI. Contact et procédure	22

Avant-propos

Nous y sommes. Le cap symbolique des dix ans vient d'être franchi. Voilà une décennie que les membres du Bureau du suivi analysent consciencieusement les dossiers qui leur sont soumis. En tant que président, je tiens à mettre en exergue leur sérieux et, il convient de le rappeler, leur dévouement. Chacun, en parallèle de ses activités professionnelles et de sa vie privée, prend en effet minutieusement le temps et la peine de scruter à la loupe une dizaine, voire une vingtaine de dossiers à raison de deux fois par mois. Pour quelques heures de séance - lieu de concertation et de dialogue scientifique et juridique - il faut parfois compter plusieurs jours de préparation en amont. Cela mérite d'être souligné.

L'année 2024 s'est inscrite dans la lignée de 2023, avec un nombre de transactions immobilières stables et des prix à la hausse. En ce qui concerne le nombre de demandes adressées au Bureau du suivi, il a légèrement baissé. Au fil des mois, le marché s'est redressé, ce qui laisse augurer de nouvelles tendances pour l'année à venir. L'âge moyen des acheteurs se situe toujours autour des 40 ans dans les trois régions du pays. Quant à la durée moyenne des crédits hypothécaires en 2024, elle varie généralement entre 15 et 30 ans, avec une tendance à se situer autour de 20 ans, selon les besoins de l'emprunteur. Certaines banques peuvent même accorder des crédits sur 30 ans, voire plus dans des cas spécifiques. Ainsi, le Bureau du suivi s'intéressera au taux de surmortalité de candidats-assurés de 40 ans à 70 ans, de manière générale. Dans cette tranche, les affections sont comme toujours variées, mais il est impossible de nier l'avancée de maladies sociétales telles que l'obésité, qui ne cesse de gagner du terrain. Les combinaisons de plusieurs pathologies sont elles aussi de plus en plus fréquentes parmi les dossiers qui nous sont soumis. Il en ressort des dossiers particulièrement complexes, qui requièrent une approche rigoureusement scientifique et à la fois humaine. En cela, je tire une fois de plus mon chapeau à toute l'équipe, qui s'est attelée à la tâche sans demi-mesure.

En dix ans, le Bureau du suivi a su s'adapter aux changements. Changements de membres, modifications législatives, avancées de la médecine et évolution constante du marché de l'immobilier. Cette aptitude nous permet d'affronter l'avenir avec calme et optimisme. Avec l'étendue du droit à l'oubli, le Bureau du suivi devra une fois de plus ajouter une corde à son arc. Nous mobiliserons notre savoir-faire, dans un climat de respect absolu entre assureurs, consommateurs et patients. Jusqu'à présent, nous pouvons affirmer que c'est un succès. Pourvu que cela dure.

Avec mes salutations distinguées,

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. Depuis la crise sanitaire, les séances se sont tenues 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, 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).

La tendance se poursuit

Depuis 2020, la légère baisse se poursuit. Cependant, les chiffres provisoires de 2025 laissent penser que les dossiers repartiront à la hausse l'année prochaine. En 2024, ce sont 381 demandes qui ont été introduites, contre 409 en 2023.

Notons que 73 dossiers ont été classés sans suite, et 56 demandes ont été jugées irrecevables. Ce sont donc 252 dossiers qui ont été traités par les membres du Bureau du suivi. 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. Certains, enfin, décident finalement de ne pas souscrire d'assurance solde restant dû.

En 2024, l'intervention du Bureau a débouché sur 52 propositions de réforme de la décision initiale de l'assureur. Le Bureau a émis 40 nouvelles propositions, dont 29 ont été suivies par les assureurs, et ces derniers ont formulé une nouvelle proposition de leur propre initiative dans 12 cas. Nous observons une augmentation minime de nouvelles propositions par rapport au nombre de dossiers traités.

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. 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 a la possibilité de s'adresser à un autre assureur.

b. Vue globale

En 2024, le Bureau du suivi a reçu 381 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 181 demandes relatives à des surprimes et 200 relatives à des refus d'assurance. Nous remarquons ainsi que les refus (ou ajournements) sont plus nombreux que les surprimes depuis 2021.

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 considérera 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 un récapitulatif des demandes globales depuis 2015, où la distinction entre surprimes et refus peut être observée.

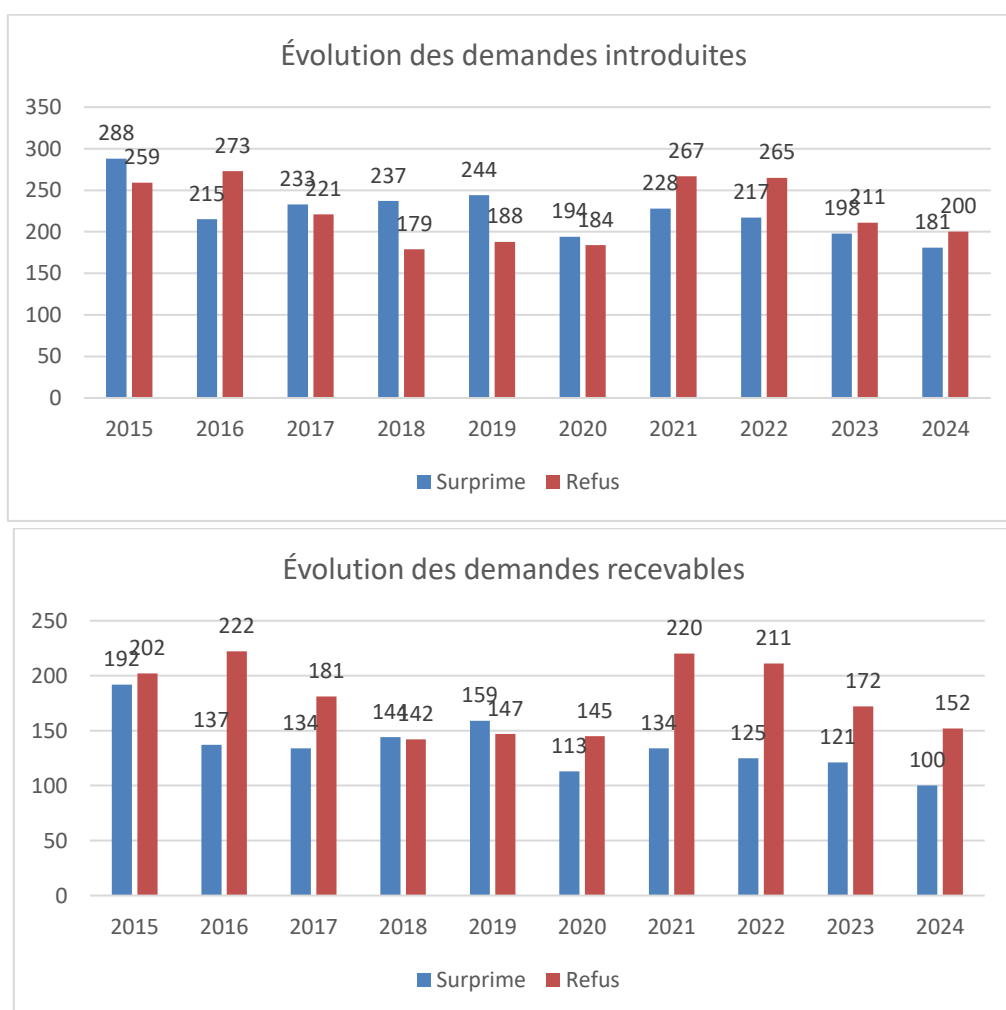


Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023			2024		
	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	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	409	198	211	381	181	200
Demandes incomplètes	85			71			62			63			47			51			62			65			52			73		
Demandes irrecevables	68			58			77			67			79			69			79			81			64			56		
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	293	121	172	252	100	152
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	247	103	144	200	79	121
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	37	17	20	40	20	20
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	9	1	8	12	1	11

c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2024, le Bureau du suivi a analysé 252 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, 100 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 152 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2024	Total	Surprime	Refus
Polypathologie	65	23	42
Tumeurs, affections malignes ou cancer	34	6	28
Cœur et vaisseaux sanguins	30	7	23
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	26	21	5
Diabète, intolérance au glucose	22	18	4
Affections psychiques	19	8	11
Sang et ganglions lymphatiques	10	5	5
Système respiratoire	8	1	7
Système nerveux et cerveau	6	2	4
Reins ou voies urinaires	6	3	3
Système digestif ou ventre	5	1	4
Handicap	5	2	3
Muscles et articulations	3	0	3
Maladies système ou auto-immunitaire	3	2	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1	1	0
Autres affections	8	0	8
Peau	1	0	1
TOTAL	252	100	152

L'ordre des trois ou quatre premières catégories varie au fil du temps, mais il s'avère qu'elles se retrouvent chaque année en haut du tableau. Plus encore qu'auparavant, la catégorie « polypathologie » est la plus fréquente. Les combinaisons sont multiples : un surpoids peut être associé à un diabète, un diabète à des complications cardiovasculaires ou à une rétinopathie, une affection psychique à des antécédents cardiaques, etc.

Le nombre de dossiers relatifs à des antécédents de cancers a par ailleurs significativement diminué, droit à l'oubli oblige. En ce qui concerne la catégorie « affections psychiques », la situation reste stable par rapport aux années précédentes.

De manière générale, il convient de rappeler que les refus ne sont pas toujours « définitifs ». En effet, une compagnie peut proposer un ajournement jusqu'à 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 252 dossiers analysés, qui ne représentent en fin de compte qu'un bref échantillon du marché de l'assurance solde restant dû.

Un regard sur les surprimes examinées

En 2024, le Bureau du suivi a examiné 100 dossiers relatifs à des surprimes médicales, soit 17% de moins qu'en 2023. Après examen, il s'est avéré dans 79 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 79% en 2024. On constate ainsi une convergence d'opinions dans le cadre de la plupart des dossiers concernés. Les surprimes confirmées par le Bureau se répartissent comme suit :

Tableau 3

Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Polypathologie	20
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	20
Cœur et vaisseaux sanguins	5
Diabète, intolérance au glucose	7
Tumeurs, affections malignes ou cancer	5
Affections psychiques	7
Système nerveux et cerveau	2
Reins ou voies urinaires	3
Sang ou système lymphatique	4
Handicap (héréditaire ou après accident)	2
Système respiratoire	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Maladies systémiques et auto-immunes	1
Autres affections	1
TOTAL	79

Dans 20 dossiers (20%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-preneur d'assurance. Sur ces 20 nouvelles propositions, 19 ont été suivies par les entreprises d'assurance, qui ont alors adapté les conditions du contrat en conséquence. À une seule reprise, donc, la compagnie n'a pas appliqué les conditions proposées par le Bureau. En définitive, les nouvelles propositions du Bureau du suivi en matière de surprimes sont davantage suivies par les assureurs que les années précédentes.

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 n'est survenue qu'une seule fois cette année.

Au total, ce sont donc 20 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés suite à la demande de justification du Bureau du suivi introduit par le candidat, ce qui représente 20% de réformes. Ce pourcentage est ainsi légèrement reparti à la hausse au cours de l'exercice 2024.

Tableau 4

Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée	
Diabète, intolérance au glucose	9
Polypathologie	3
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Sang ou système lymphatique	1
Système digestif ou ventre	1
Affections psychiques	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
TOTAL	19

Tableau 5

Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur	
Diabète, intolérance au glucose	1
TOTAL	1

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

À noter que le Bureau du suivi doit être attentif aux règles relatives au droit à l'oubli, qui peut plafonner une surprime si toutes les conditions relatives à une pathologie reprise dans la grille de référence sont remplies. Cet argument d'ordre légal clôt tout débat, et les assureurs sont tenus de l'appliquer si toutes les conditions sont réunies.

Un regard sur les refus examinés

En 2024, le Bureau du suivi a examiné 152 refus d'assurance, ce qui représente une diminution de 20 dossiers par rapport à 2023.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 121 dossiers – soit 80% 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 a ainsi légèrement baissé par rapport à l'année précédente.

Tableau 6

Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Polypathologie	34
Tumeurs, affections malignes ou cancer	26
Cœur et vaisseaux sanguins	19
Affections psychiques	9
Système respiratoire	7
Sang et ganglions lymphatiques	5
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	3
Diabète, intolérance au glucose	3
Reins ou voies urinaires	2
Système nerveux et cerveau	2
Système digestif ou ventre	2
Muscles et articulations	2
Maladies systémiques et auto-immunitaires	2
Peau	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
Autres affections	3
TOTAL	121

Par rapport aux années précédentes, l'ordre du tableau n'a pour ainsi dire pas changé, si ce n'est que la catégorie « polypathologie » a pris de l'ampleur.

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 20 dossiers (13%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-prenneur d'assurance. Dans 10 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 10 propositions sur les 20 n'ont pas été suivies par les assureurs concernés. Cette proportion de propositions non-suivies a significativement augmenté au fil du temps.

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 11 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que 7% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce.

Au total, ce sont 21 refus qui ont finalement abouti à une réforme directe. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée	
Polypathologie	3
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Reins ou voies urinaires	1
Muscles et articulations	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
Autres affections	2
TOTAL	10

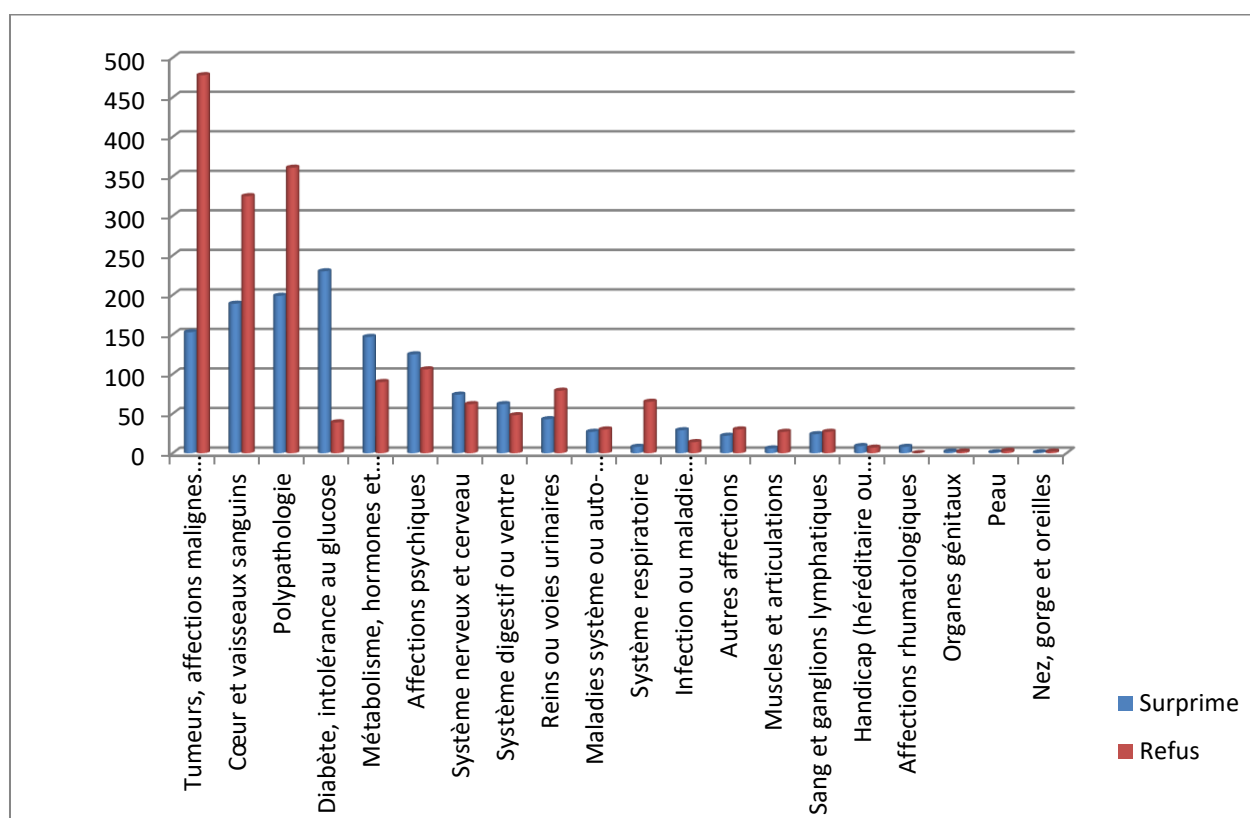
Tableau 8

Refus : nouvelle proposition de l'assureur	
Affections psychiques	2
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Système digestif ou ventre	1
Métabolisme	1
Diabète	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Polypathologie	1
Autres affections	3
TOTAL	11

d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

Au fil des années : demandes examinées depuis 2015			
Pathologie	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	631	153	478
Polypathologie	560	199	361
Cœur et vaisseaux sanguins	514	189	325
Diabète, intolérance au glucose	269	230	39
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	237	147	90
Affections psychiques	231	125	106
Système nerveux et cerveau	136	74	62
Reins ou voies urinaires	122	43	79
Système digestif ou ventre	110	62	48
Système respiratoire	73	8	65
Maladies système ou auto-immunitaire	57	27	30
Autres affections	52	22	30
Sang et ganglions lymphatiques	51	24	27
Maladies infectieuses ou parasitaire	43	29	14
Muscles et articulations	33	6	27
Handicap (héréditaire ou après accident)	16	9	7
Affections rhumatologiques	8	8	0
Organes génitaux	4	2	2
Peau	4	1	3
Nez, gorge, oreilles	3	1	2
	3154	1359	1795

Résultats globaux	Total	Surprime	Refus
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	3154	1359	1795
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	2519	1029	1490
% du total	79,9%	75,7%	83%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	372	219	153
% du total	11,8%	16,1%	8,5%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	61	18	43
% du total	1,9%	1,3%	2,4%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	202	93	109
% du total	6,4%	6,8%	6,1%



D'un point de vue global, la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme fondée dans 8 dossiers sur 10, proportion qui n'évolue que très légèrement au fil du temps. 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, moins de 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi. Les chiffres de l'année 2024 s'avèrent stables par rapport à l'année précédente. Concernant les refus, on remarque toutefois que les assureurs n'ont suivi l'avis du Bureau du suivi que pour la moitié des cas.

Proportionnellement, les catégories « polypathologies » et « métabolisme » ont connu les deux plus importantes augmentations. Dans cette dernière catégorie se retrouvent des maladies sociétales, comme l'obésité morbide. Les affections cancéreuses, en revanche, ont connu un léger tassement, qui peut s'expliquer par le droit à l'oubli. Il convient de rappeler que bien souvent, en matière de cancers, la décision de refus n'est pas définitive. 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 réglementation, il pourra prétendre à une couverture.

Les dossiers relatifs à des problématiques cardiaques complexes restent nombreux, d'autant plus que certains se retrouvent dans la catégorie « polypathologie ». Les trois catégories de tête 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 2024 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 encore et toujours près de 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 2024, le Bureau du suivi a examiné les questionnaires d'un assureur qui s'est implanté sur le marché belge.

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. 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.

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 sollicitée, 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.

Hormis ces mesures bien précises et imposées, l'entrée en vigueur du RGPD n'a dès lors pas bouleversé le fonctionnement du Bureau. En effet, dès la création du service, au vu du caractère sensible des données traitées, la plupart de ces pratiques étaient déjà mises en place.

Le DPO peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@bureaudusuivi.be, ou par courrier postal adressé au Bureau du suivi.

V. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli

Pour rappel, la législation prévoit un droit à l’oubli pour certaines assurances solde restant dû, offrant aux personnes qui sont, depuis 8 ou 5 ans en fonction de l’âge au moment du diagnostic, 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 réévaluera tous les deux ans les grilles de référence, en fonction des progrès médicaux et des données scientifiques disponibles, et communiquera une proposition d’adaptation de ces grilles au Bureau du suivi de la tarification. Le Bureau du suivi devra ensuite les communiquer, assorties de son propre avis, aux autorités politiques compétentes qui décideront finalement d’acter ou non les modifications proposées.

En 2024, le sujet d’étude a été le diabète de type 1. Au cours de ce processus, les chercheurs du KCE ont examiné dans quelle mesure et sous quelles conditions le diabète de type 1 pouvait être inclus dans les grilles de référence. Ce travail a abouti à la publication d’un rapport en 2024 reprenant une série de propositions en vue d’adapter les grilles de référence en conséquence.

VI. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

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-prenneur 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

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 <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/nl/publicaties>



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

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles