



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

Jaarverslag over de werking

2022

Inhoudstafel

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
Een lichte daling	5
II. Resultaten.....	6
1. De cijfers.....	6
a. Inleiding	6
b. Algemeen beeld.....	7
c. Meer details over de onderzochte aanvragen	9
Een blik op de onderzochte bijpremies	11
Een blik op de onderzochte weigeringen	13
d. Algemene resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau	15
2. Doorlooptijd	18
III. Medische vragenlijsten	19
IV. Verslag van de Data Protection Officer	20
V. Contactgegevens en procedure	21
VI. Samenwerking KCE–Opvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden...	22

Voorwoord

Al is de schuldsaldoverzekering niet wettelijk verplicht, er zijn verschillende goede redenen om er toch een af te sluiten. Zo kan zij hand in hand gaan met een lagere intrestvoet en met een belastingvoordeel. Maar bovenal biedt zij financiële zekerheid. Bij een overlijden vóór het verstrijken van de lening betaalt de verzekeringsonderneming het saldo van de lening, zodat de partner of naasten kunnen blijven wonen in het goed in kwestie zonder zich zorgen te moeten maken over de leningsaflossing dan wel een snelle verkoop. In deze tijden is die financiële zekerheid meer dan ooit van belang.

In 2022 onderging de Belgische economie de rechtstreekse en onrechtstreekse gevolgen van de oorlog in Oekraïne, die tot hyperinflatie leidde. De energiecrisis is het meest in het oog springende symbool hiervan. In dit onstabiele klimaat ontsnapte ook de vastgoedmarkt niet aan de turbulentie. De door de Federatie van het Notariaat gepubliceerde barometer leert ons dat de vastgoedactiviteit met 2% terugliep, terwijl de gemiddelde prijs van een huis met 8,2% gestegen is. In een post-covid context, met bij tal van Belgische gezinnen een aangewakkerd verlangen naar meer ruimte en meer vrijheid, heeft deze nieuwe economische realiteit heel wat plannen doorkruist. Sommigen zagen zich genoodzaakt hun plannen uit te stellen, anderen moesten hun ambities naar beneden bijstellen.

Zoals ieder jaar is het een interessante vaststelling dat de bij het Opvolgingsbureau ingediende aanvragen voor een tussenkomst, in absolute cijfers overigens een marginaal aantal, de tendensen op de vastgoedmarkt volgen. We namen een lichte daling waar en de hierboven aangehaalde redenen, waaraan we de stijging van de intrestvoeten nog kunnen toevoegen, zijn daar ongetwijfeld niet vreemd aan.

In de loop der jaren kenden de cijfers van het Opvolgingsbureau hun ups en downs, zonder dat er evenwel sprake is van extreme bewegingen. Die stabiliteit wordt ook weerspiegeld in de goed geoliede interne werking van het Bureau, wat toelaat om rigoureuus en volledig collegiaal te werken, twee onmisbare ingrediënten voor een objectief en constructief overleg. Als ontmoetingspunt voor verzekeraars, patiënten en consumenten, tussen artsen, actuarissen en juristen, blijft het Opvolgingsbureau zijn objectieven nastreven met dezelfde vastberadenheid als in het begin, waarbij drie assen centraal staan: dossiers analyseren, medische vragenlijsten controleren en samenwerken met het KCE in het kader van het recht om vergeten te worden.

Dit verslag heeft als enige doel een overzicht te bieden van de activiteiten van het afgelopen jaar. Zoals gewoonlijk zijn waardeoordelen hierbij achterwege gelaten. De cijfers spreken voor zich. Laten we ze dan ook tonen in alle transparantie, in de hoop dat ze u van nut kunnen zijn.

Met al mijn toewijding,

Bruno Bulthé
Voorzitter

I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten enerzijds en vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen anderzijds. Het wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat, Bruno Bulthé, en André De Muylder is ondervoorzitter.

Het Bureau is samengesteld uit twee effectieve leden en twee plaatsvervangende leden die zijn aangewezen door de Beroepsvereniging van Verzekeringsondernemingen, een effectief en een plaatsvervangend lid aangewezen door de patiëntenorganisaties en een effectief lid en een plaatsvervangend lid aangewezen door de consumentenorganisaties.

Het secretariaat, dat bij wet is toevertrouwd aan een specifieke cel bij de dienst Ombudsman van de Verzekeringen, verleent administratieve en logistieke ondersteuning en fungeert als aanspreekpunt voor de consument. Het verzekert een dagelijkse permanentie om aanvragen te registreren, dossiers bij de ondernemingen op te vragen en de agenda's voor de vergaderingen op te stellen. Het secretariaat verzekert de uitwisseling van vragen, opmerkingen of adviezen tussen de correspondenten bij de ondernemingen enerzijds en de leden van het Bureau anderzijds. Ook kan het, telefonisch of per mail, inlichtingen van louter algemene aard verstrekken.

Het Bureau onderzoekt, op verzoek van de kandidaat-verzekeringnemer, van de Ombudsman van de Verzekeringen of van een lid, de beslissing van een verzekeringsonderneming wanneer deze om medische redenen een schuldsaldoverzekering weigert of een medische bijpremie van meer dan 75% van de basispremie toepast. De schuldsaldoverzekering moet verbonden zijn aan een hypothecair krediet dat dient voor het bouwen, verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning. Het Bureau gaat dan na of de beslissing van de verzekeringsonderneming vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is.

Daarnaast heeft het Bureau als taak de formulering te onderzoeken en goed te keuren van de vragen die worden gesteld in de medische vragenlijsten die de verzekeringsondernemingen gebruiken. Aangezien de ondernemingen hun vragenlijsten al in de loop van de voorgaande jaren ter analyse aan het Bureau hadden voorgelegd, blijft deze opdracht voortaan beperkt tot de goedkeuring van bepaalde wijzigingen. Slechts uitzonderlijk zijn er nog nieuwe documenten die volledig moeten worden onderzocht.

Zoals gebruikelijk vergaderde het Bureau om de twee weken, wat meestal op afstand gebeurde. De behandeling ten gronde van de dossiers werd door deze nieuwe werkwijze echter geenszins gehinderd. We stellen vast dat de leden hun dossiers degelijk voorbereiden en dat de gedachtewisselingen op de dag van de beraadslaging vlot verlopen.

Bij zijn onderzoek van een weigering of medische bijpremie gaat het Bureau na hoe het overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde zich verhoudt tot dat van een gemiddelde persoon zonder specifieke gezondheidsrisico's. Het Bureau analyseert de gezondheidstoestand van elk individu grondig en onderzoekt of de beslissing van de verzekeringsonderneming wordt gestaafd door objectieve feiten en gestoeld is op wetenschappelijk medisch onderzoek. Gezien de vaak langdurige looptijd van de gevraagde verzekering (meestal 20 tot 30 jaar) tracht het Bureau de

langetermijnprognoses vast te stellen. Het valt uiteraard niet uit te sluiten dat de medische situatie van een specifieke persoon toch anders (beter of slechter) evolueert.

Een lichte daling

Na een aanzienlijke nieuwe toename van het aantal aanvragen voor een tussenkomst in 2021, een gevolg van de heropleving van de markt na de geleidelijke opheffing van de sanitaire maatregelen, stelde het Opvolgingsbureau een lichte daling vast. Alles bij elkaar zijn er vorig jaar 482 aanvragen ingediend, tegenover 495 in 2021. Zoals men kan zien, zou het logischer zijn om van een stagnatie te spreken.

Houden we geen rekening met de onontvankelijke aanvragen (81) en de zonder gevolg geklasseerde aanvragen (65), dan komen we uit op een totaal van 336 behandelde dossiers. Nog even ter herinnering: het Bureau is wettelijk bevoegd in het kader van de enige en eigen gezinswoning en bij overschrijding van de drempel van 75% met betrekking tot de medische bijpremie. Ook is het zo dat sommige kandidaat-verzekerden hun aanvraag niet voltooien, hetzij omdat ze een oplossing hebben gevonden bij de betrokken verzekeraar of bij een andere onderneming, hetzij omdat ze bepaalde termijnen in acht moeten nemen, hetzij omdat ze uiteindelijk beslissen om geen schuldsaldoverzekering te sluiten.

In 2022 leverde de tussenkomst van het Opvolgingsbureau 63 voorstellen tot herziening van de initiële beslissing van de verzekeraar op. Het Opvolgingsbureau formuleerde 44 nieuwe voorstellen, waarvan er 33 door de verzekeraars werden gevolgd. In 19 gevallen formuleerden deze laatste op eigen initiatief een nieuw voorstel.

Het Opvolgingsbureau onderzoekt de dossiers zorgvuldig en gaat na of de beslissing van de verzekeraar vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is. In onderlinge overeenstemming oordelen de leden ofwel dat het standpunt van de verzekeringsonderneming gegrond is, ofwel dat de beslissing kan worden herzien onder welbepaalde voorwaarden. Het kan dan gaan om een weigering die herzien wordt in een bijpremie, een bijpremie die wordt verlaagd, of een voorstel met een normaal tarief. Ook gebeurt het dat het Opvolgingsbureau een uitstel in plaats van een categorieke weigering bepleit. In dat geval stelt het Bureau aan de verzekeraar voor om zijn standpunt vanaf een welbepaalde datum te herbekijken. Het Opvolgingsbureau speelt dus een regulerende rol, maar door zijn neutraal en objectief onderzoek kan het de kandidaat-verzekeringnemer ook informeren over de gegrondheid van de beslissing van de verzekeringsonderneming.

Het is zinvol om hierbij even in herinnering te brengen dat de aanvragen die bij het Opvolgingsbureau worden ingediend bijzonder divers en complex (kunnen) zijn, met name wanneer verschillende pathologieën samen optreden. Ten eerste verschillen de medische situaties van de kandidaat-verzekerden die zich tot het Opvolgingsbureau wenden aanzienlijk. Ten tweede onderscheiden de verzekeraars zich van elkaar door hun acceptatie- en tarifieringsbeleid. Een kandidaat-verzekerde kan er baat bij hebben meerdere verzekeringsondernemingen te raadplegen en met elkaar te vergelijken.

II. Resultaten

1. De cijfers

a. Inleiding

Het Opvolgingsbureau onderzoekt de beslissing van de betrokken verzekeringsonderneming en kan met die beslissing instemmen of een andere beslissing voorstellen, steeds in het belang van de kandidaat-verzekerde: de bijpremie kan in geen geval worden verhoogd.

Krachtens arrest 16/2011 van het Grondwettelijk Hof kan men noch een verzekeringsonderneming verplichten om een schuldsaldoverzekering voor te stellen, noch een kandidaat dwingen om een overeenkomst met welbepaalde voorwaarden te sluiten. De contractvrijheid blijft gelden.

De wetgeving bepaalt enerzijds dat het Opvolgingsbureau een 'dwingend' voorstel moet formuleren. Anderzijds kan het Opvolgingsbureau geen enkele partij dwingen om een overeenkomst te sluiten, zoals het Grondwettelijk Hof heeft bevestigd.

Anders gezegd: een verzekeraar kan a priori zelf bepalen of hij al dan niet een verzekering aanbiedt. Maar als de verzekeraar een verzekering voorstelt, moet hij zich wel houden aan het voorstel van het Opvolgingsbureau. Hij mag hier dus niet van afwijken en andere voorwaarden voorstellen.

Wanneer een nieuw voorstel van het Opvolgingsbureau niet toegepast wordt door een verzekeraar, dan krijgt de kandidaat-verzekeringnemer de raad om zich tot een andere verzekeraar te richten.

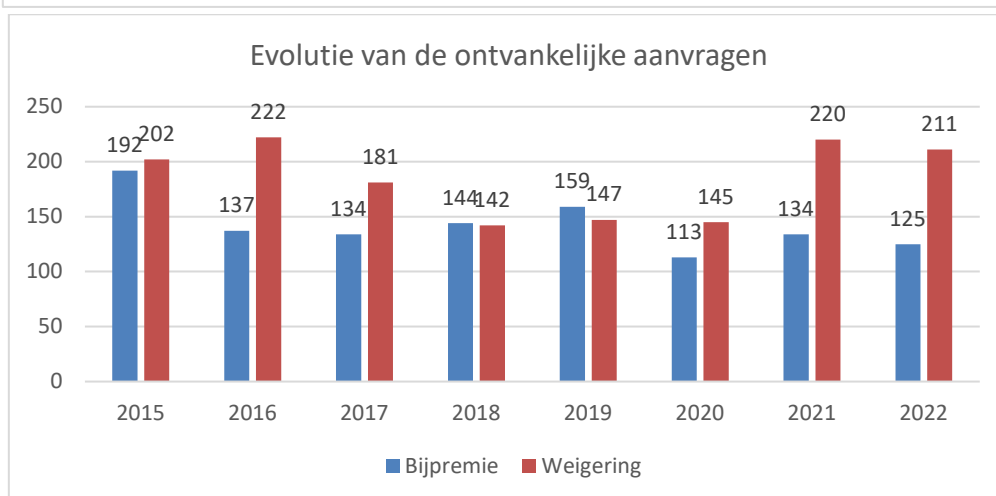
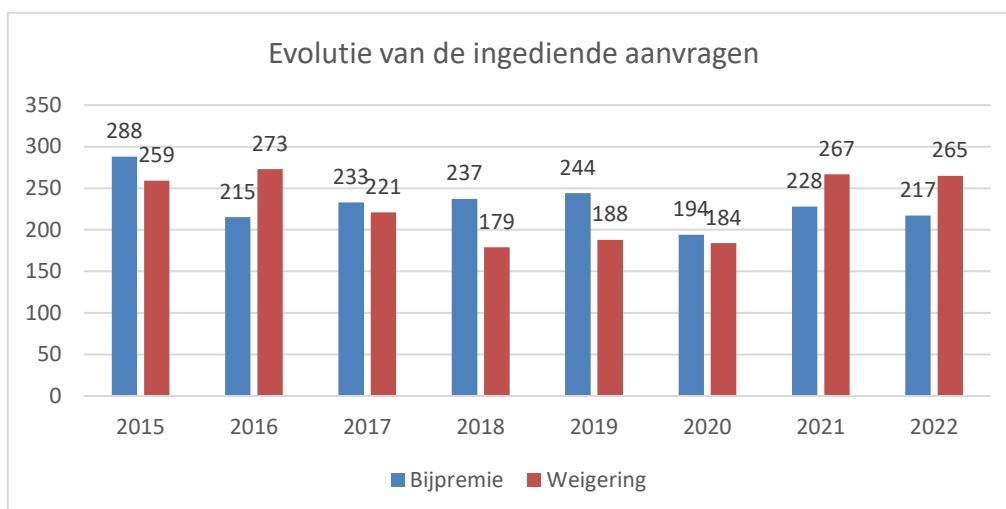
b. Algemeen beeld

In 2022 heeft het Opvolgingsbureau 482 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 217 aanvragen in verband met een bijpremie en 265 aanvragen in verband met een weigering. Ten opzichte van het jaar voordien is die verhouding vrijwel hetzelfde gebleven.

Soms is de verzekeraar niet bereid om een dekking voor te stellen op het moment dat de kandidaat-verzekeringnemer dit wenst, maar stelt hij de kandidaat voor om de situatie op een latere datum opnieuw te bekijken, zodat een recente diagnose of een lopende behandeling, om maar twee voorbeelden te geven, beter kan worden ingeschat. Er is dan sprake van een uitstel van de beslissing. Het Opvolgingsbureau beschouwt een dergelijk uitstel als een weigering van verzekering, aangezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een dekking aan te bieden.

Wanneer het recht om vergeten te worden van toepassing is in het onderzochte dossier, maakt het Opvolgingsbureau de betrokken verzekeraar hierop attent. Het Bureau beroept zich uitsluitend op het daartoe opgestelde referentierooster wanneer de in dit rooster voorziene voorwaarden vervuld zijn.

Hieronder volgen de statistieken van de aanvragen die tussen 1 januari en 31 december 2022 zijn ingediend.



Tabel 1

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022		
	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.
Ingediende aanvragen	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188	378	194	184	495	228	267	482	217	265
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47			51			62			65		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79			69			79			81		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145	354	134	220	336	125	211
Door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123	280	95	185	273	97	176
Door het Opvolgingsbureau geformuleerde nieuwe voorstellen	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14	43	27	16	44	21	23
Nieuwe voorstellen van de verzekeraar	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8	31	12	19	19	7	12

Tot. = Totaal

Bijpr. = Bijpremie

Weig. = Weigering

c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van 2022 heeft het Opvolgingsbureau 336 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 125 van deze onderzochte dossiers werd er een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie en in 211 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2022	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	59	11	48
Hart en bloedvaten	54	17	37
Polypathologie	48	16	32
Psychische aandoeningen	40	11	29
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	33	21	12
Diabetes, glucose-intolerantie	21	19	2
Nieren en urinewegen	19	6	13
Zenuwstelsel en hersenen	14	9	5
Ademhalingsstelsel	13	0	13
Spijverteringsstelsel en buik	9	5	4
Bloed en lymfeklieren	7	1	6
Infectieziekten en parasitaire ziekten	6	3	3
Spiieren en gewrichten	2	1	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2	0	2
Handicap	2	2	0
Andere aandoeningen	7	3	4
TOTAAL	336	125	211

De eerste drie categorieën bevinden zich elk jaar in de top drie, al kan de volgorde ervan van jaar tot jaar variëren. In 2022 kende elk van deze categorieën een minieme daling. Dit jaar vertegenwoordigen de aanvragen met betrekking tot kankers, polypathologieën en hartaandoeningen bijna de helft van de behandelde dossiers. Merk op dat bij deze drie categorieën de weigeringen het grootste aandeel vormen. Het gaat hier dan ook om complexe medische dossiers.

Bij de kandidaat-verzekerden met diabetes stellen we net het tegenovergestelde vast. Zij worden nu veel vaker met een medische bijpremie geconfronteerd. Bij de weigeringen tot verzekering – slechts twee gevallen – gaat het om patiënten met slecht geregelde diabetes of patiënten bij wie de diabetes al gepaard gaat met diverse complicaties en aanverwante aandoeningen. Wat bijpremies in verband met diabetes betreft, waren er 8 dossiers minder dan in 2021. De mogelijke verklaring hiervoor is dat de bijpremies bij perfect geregelde diabetes de 75% nu niet meer overschrijden.

Merk wel de aanzienlijke toename op van het aantal dossiers in verband met psychische aandoeningen (depressie, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, enz.). In 2021 ging het slechts om 15 dossiers. Dit jaar gaat het om de vierde categorie.

Het Opvolgingsbureau onderzocht ook meer dossiers in verband met het ademhalingsstelsel. Eén van de redenen van deze evolutie (3 dossiers ingediend in 2021 tegenover 13 in 2022) is ongetwijfeld het 'recht om vergeten te worden', dat de deur naar verzekeraarbaarheid openzette voor mucoviscidosepatiënten mits inachtneming van een reeks voorwaarden die opgesomd staan in het referentierooster.

Het is zinvol erop te wijzen dat weigeringen niet altijd 'definitief' zijn. Een onderneming kan namelijk een uitstel met een welbepaalde termijn voorstellen. Voor sommige chronische ziekten en bepaalde vormen van kanker zijn deze termijnen vastgelegd in het referentierooster dat werd ingevoerd in het kader van het recht om vergeten te worden. Het kan voorvallen dat een onderneming de uitkomst van een operatie afwacht, of het einde van een behandeling, of het verstrijken van de termijn waarna het risico afneemt. Deze wachttijd kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren, naargelang het geval. De kandidaat-verzekerde wordt verzocht om vervolgens opnieuw een aanvraag in te dienen bij de betrokken onderneming.

Zoals ieder jaar is het echter onmogelijk om louter op basis van de 336 onderzochte dossiers eenduidige conclusies te trekken. Dit aantal vertegenwoordigt uiteindelijk slechts een kleine steekproef.

Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2022 heeft het Opvolgingsbureau 125 dossiers met betrekking tot medische bijpremies onderzocht, 9 minder dan in 2021. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen in 97 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. Dit aandeel bevestigde beslissingen bedroeg in 2022 dus 78%, tegenover 71% in 2021: we stellen dus een lichte toename vast van het aantal gevallen waarin het Bureau en de verzekeringsondernemingen op dezelfde golflengte zitten. De door het Opvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	21
Diabetes, glucose-intolerantie	19
Hart en bloedvaten	17
Polypathologie	16
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	11
Psychische aandoeningen	11
Zenuwstelsel en hersenen	9
Nieren en urinewegen	6
Spijverteringsstelsel en buik	5
Infectieziekten en parasitaire ziekten	3
Handicap	2
Bloed en lymfatisch systeem	1
Spieren en gewrichten	1
Andere aandoeningen	3
TOTAAL	125

In 21 dossiers (17%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Van deze 21 nieuwe voorstellen werden er 16 gevolgd door de verzekeringsondernemingen, die de contractvoorwaarden aldus hebben aangepast. In 5 gevallen besloot de verzekeraar daarentegen om bij zijn standpunt te blijven.

In bepaalde gevallen stelde de verzekeringsonderneming bij het samenstellen van haar dossier voor het Opvolgingsbureau zelf vast dat ze haar oorspronkelijke beslissing kon rechtzetten, en formuleerde ze op eigen initiatief een nieuw voorstel voor de kandidaat. Deze situatie deed zich voor in 7 dossiers, of bijna 6%. Uit deze cijfers blijkt een licht dalende tendens.

In totaal werden er dus 23 dossiers in verband met bijpremies herzien. Ten opzichte van alle ontvankelijke aanvragen komt dit neer op 18% herzieningen. Dit percentage, dat meestal tussen 25% en 30% schommelt, is dus afgenomen in 2022.

Tabel 4

Bijpremies: nieuw voorstel Opgvolgingsbureau aanvaard	
Diabetes, glucose-intolerantie	5
Spijsverteringsstelsel en buik	3
Polypathologie	2
Psychische aandoeningen	2
Zenuwstelsel en hersenen	2
Nieren en urinewegen	1
Andere aandoeningen	1
TOTAAL	16

Tabel 5

Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Spijsverteringsstelsel en buik	1
TOTAAL	7

Zoals elk jaar geven bijpremies in verband met diabetes aanleiding tot een aantal nieuwe voorstellen. Buiten deze vaststelling is het niet mogelijk om te bepalen welke aandoeningen eerder tot een herziening van de toekenningsvoorwaarden leiden, hetzij op voorstel van het Bureau, hetzij op initiatief van de verzekeraar zelf.

Merk op dat het Bureau voor sommige dossiers beroep deed op het recht om vergeten te worden, dat een plafonnering van de bij premie mogelijk maakt wanneer alle voorwaarden voor een in het rooster opgenomen pathologie vervuld zijn. Met dit juridische argument is het debat gesloten.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2022 heeft het Opvolgingsbureau 211 weigeringen tot verzekering onderzocht. Dat zijn 9 dossiers minder dan in 2021, een lichte daling dus. Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 176 dossiers – of 83% van de gevallen – dat de weigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd was. Het percentage weigeringen dat het Opvolgingsbureau vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt als redelijk beschouwt, is nagenoeg niet gewijzigd.

Tabel 6

Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	46
Polypathologie	30
Hart en bloedvaten	28
Psychische aandoeningen	24
Nieren en urinewegen	12
Ademhalingsstelsel	12
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	5
Bloed en lymfeklieren	5
Spijverteringsstelsel en buik	4
Zenuwstelsel en hersenen	3
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2
Diabetes	2
Spieren en gewrichten	1
Andere aandoeningen	2
TOTAAL	176

Algemeen kan men stellen dat drie oorzaken aan de basis kunnen liggen van een weigering om medische redenen:

- Op basis van wetenschappelijk onderzoek verwacht men dat de ziekte op korte termijn ongunstig evolueert;
- Op basis van wetenschappelijk onderzoek verwacht men dat de ziekte op langere termijn ongunstig evolueert;
- De evolutie of prognose van de ziekte is wetenschappelijk (nog) niet voldoende beschreven. Dit kan liggen aan het feit dat de wetenschap nog niet over voldoende gegevens beschikt over een zeldzame ziekte, over het effect van een (nieuwe) therapie of een recente behandeling, over de mogelijkheid dat een aandoening zich stabiliseert, enz.

Aangezien eenieders gezondheidstoestand in de loop der tijd kan evolueren, is een weigering in theorie nooit definitief, zoals blijkt uit de door de verzekeraars toegepaste uitstellen, of de termijnen waarin het recht om vergeten te worden voorziet. De verzekeringsonderneming kan ook weigeren om

een overeenkomst voor te stellen wanneer de kandidaat-verzekerde niet alle gevraagde medische elementen aanlevert en de betrokken verzekeringsonderneming het risico dus niet kan beoordelen. Wanneer het Opvolgingsbureau dit nuttig acht, wijst het in zijn advies op de ontbrekende medische elementen die nodig zijn voor een correcte beoordeling van de gezondheidstoestand. Vervolgens nodigt het Opvolgingsbureau de onderneming uit om de eventuele bijkomende verslagen op te vragen die vereist zijn voor een betrouwbare analyse van de gezondheidstoestand van de kandidaat.

In 23 dossiers (11%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen, en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 17 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering voor te stellen volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 6 van de 23 voorstellen niet gevolgd door de betrokken verzekeraars.

Net als bij de bijpremies konden de betrokken verzekeringsondernemingen hun weigering herzien tijdens de voorbereiding van het dossier. In 12 dossiers hebben de verzekeringsondernemingen, na hun initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen, op eigen initiatief een nieuw voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 6% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau werd herzien.

In totaal kwam er uiteindelijk voor 29 weigeringen een herziening van de beslissing. De nieuwe voorstellen betreffen de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard	
Hart en bloedvaten	5
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	4
Psychische aandoeningen	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Zenuwstelsel en hersenen	1
Bloed en lymfatisch systeem	1
Nieren en urinewegen	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
TOTAAL	17

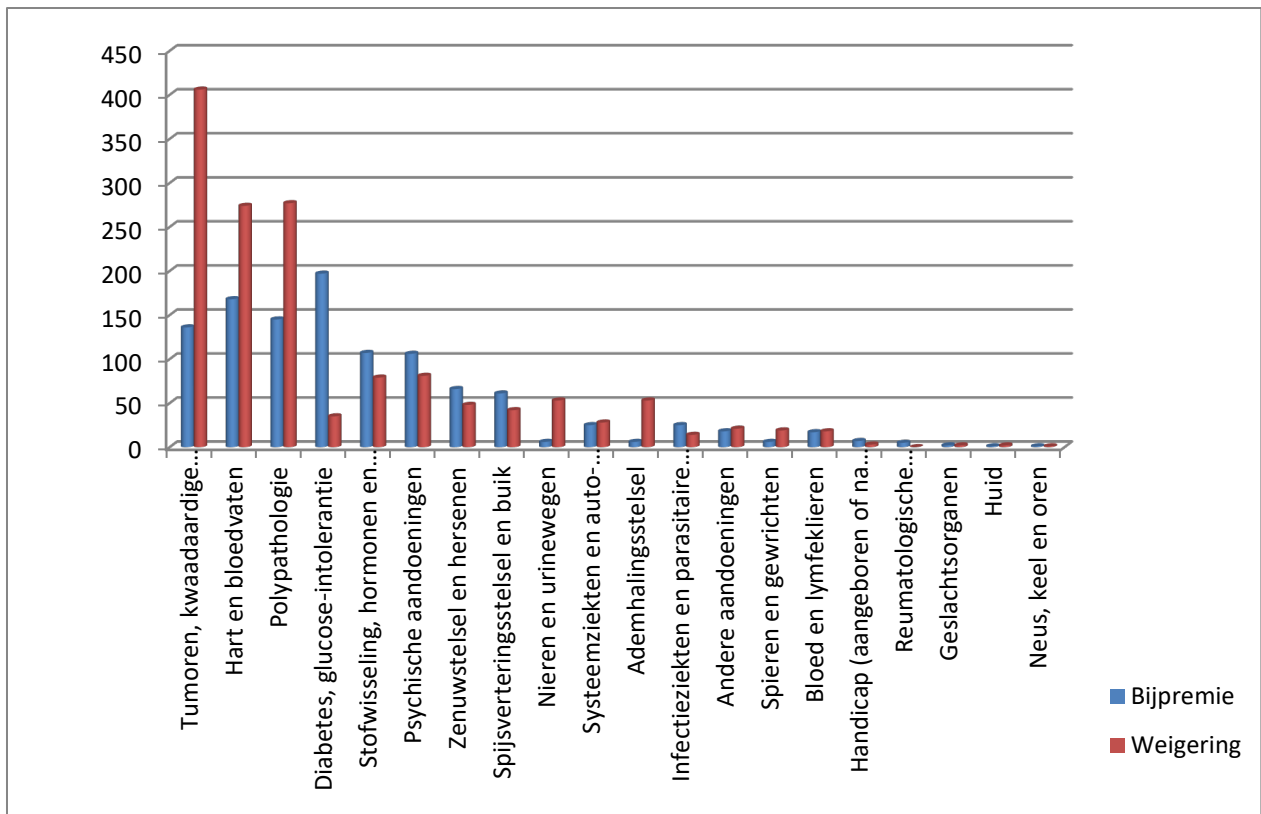
Tabel 8

Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Psychische aandoeningen	3
Hart en bloedvaten	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Polypathologie	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Ademhalingsstelsel	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Andere aandoeningen	2
TOTAAL	12

d. Algemene resultaten sinds de oprichting van het Opgvolgingsbureau

Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015			
Aandoening	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	542	136	406
Hart en bloedvaten	442	168	274
Polypathologie	422	145	277
Diabetes, glucose-intolerantie	232	197	35
Psychische aandoeningen	187	106	81
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	186	107	79
Zenuwstelsel en hersenen	114	66	48
Nieren en urinewegen	107	31	76
Spijsverteringsstelsel en buik	103	61	42
Ademhalingsstelsel	59	6	53
Systeemziekten en auto-immuunziekten	53	25	28
Infectieziekten en parasitaire ziekten	39	25	14
Andere aandoeningen	38	26	12
Bloed en lymfeklieren	35	17	18
Spiers en gewrichten	25	6	19
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	10	7	3
Reumatologische aandoeningen	5	5	0
Geslachtsorganen	4	2	2
Huid	3	1	2
Neus, keel en oren	2	1	1
	2608	1138	1470

Algemene resultaten	Totaal	Bijpremie	Weigering
Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	2608	1138	1470
Bevestiging beslissing door Opgvolgingsbureau	2072	847	1225
% van het totaal	79,4 %	74,4 %	83,3 %
Voorstel tot herziening (aanvaard door verzekeraar)	311	184	127
% van het totaal	11,9 %	16,2 %	8,6 %
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door verzekeraar)	44	16	28
% van het totaal	1,7 %	1,4 %	1,9 %
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	181	91	90
% van het totaal	6,9 %	8,0 %	6,1 %



Algemeen beschouwd wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming als gegrond beschouwd in ongeveer 8 op de 10 dossiers. Dat is nauwelijks veranderd ten opzichte van de voorgaande jaren. Gemiddeld gezien blijkt ook dat het Opvolgingsbureau vaker de weigeringen door de verzekeringsondernemingen volgt dan de toegepaste bijpremies. Meestal gaat het hier dan ook om complexe dossiers of kritieke medische situaties.

Alles in acht genomen worden de verzekeringsvoorwaarden in iets minder dan 1 op de 5 dossiers herzien na een tussenkomst door het Opvolgingsbureau. De cijfers voor het jaar 2022 trekken deze verhouding niet in twijfel, ondanks een lichte daling van het aantal herziene dossiers.

Van de gegevens die in het oog springen, vermelden we de weigeringen bij kankeraandoeningen, waarbij enige nuancering op zijn plaats is. Zowel dankzij diverse behandelingen als dankzij de invoering van het recht om vergeten te worden, geven bepaalde kankers niet altijd aanleiding tot een categorieke weigering. Er zal eerder sprake zijn van uitstel: na een door de verzekeraar voorgestelde of door de wetgever vastgelegde termijn kan de kandidaat-verzekerde opnieuw een verzekeringsaanvraag indienen. Voor zover hij voldoet aan de in de wet of het referentierooster opgesomde voorwaarden, kan hij na een bepaalde wachttijd dus aanspraak maken op een dekking.

Men kan vaststellen dat kandidaat-verzekerden met hartproblemen of een combinatie van aandoeningen (polypathologie) naast kankerpatiënten het vaakst de hulp van het Opvolgingsbureau inroepen. Die drie categorieën vertegenwoordigen samen de meerderheid van de onderzochte dossiers en worden gekenmerkt door een aanzienlijk aantal weigeringen. Samen zijn ze goed voor twee derden van de onderzochte weigeringen. De cijfergegevens voor 2022 bevestigen deze volgorde min of meer.

De bijpremies die het vaakst door het Opvolgingsbureau worden onderzocht, hebben betrekking op diabetes, hartaandoeningen en een combinatie van aandoeningen (polypathologie) Deze drie categorieën vertegenwoordigen bijna de helft van de onderzochte bijpremies.

De zes ziekteypes die het vaakst voorkomen in het kader van bijpremies (diabetes, hartaandoeningen, kanker, polypathologie, psychische aandoeningen en stofwisseling) vertegenwoordigen ongeveer 3 op de 4 dossiers.

2. Doorlooptijd

Na de indiening van een aanvraag voor een onderzoek gaat het Opvolgingsbureau onder meer na:

- of het wel degelijk gaat om een medische bijpremie die meer dan 75% van de basispremie bedraagt of om een weigering wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde;
- of het doel van de verzekering de dekking van een hypothecair krediet is voor de enige en eigen gezinswoning.

Zodra duidelijk vaststaat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming twee weken de tijd om aan het Opvolgingsbureau alle informatie te bezorgen waarover ze beschikt en die noodzakelijk is om het dossier te onderzoeken. Er wordt aan de verzekeringsonderneming gevraagd om haar beslissing uitvoerig te motiveren en om het dossier aan te vullen met de medische elementen die de kandidaat-verzekerde haar heeft verstrekt.

Het Opvolgingsbureau stelt vast dat de antwoordtermijn in vergelijking met de voorgaande jaren stabiel blijft. Over het algemeen bezorgt de verzekeringsonderneming de gevraagde gegevens binnen de vastgestelde termijn van 15 dagen.

Zodra het dossier volledig is, heeft het Opvolgingsbureau 15 werkdagen de tijd om de ingediende aanvraag te onderzoeken.

Gewoonlijk behandelt het Opvolgingsbureau de dossiers binnen deze termijn. In bepaalde gevallen vraagt het Opvolgingsbureau om bijkomende inlichtingen of verduidelijkingen, wat de behandelingstermijn kan verlengen. Over het algemeen neemt de volledige behandeling van een dossier ongeveer een maand in beslag.

Met de tijd deden een zekere routine en een methodologie hun intrede, en het Opvolgingsbureau stelt ook vast dat alle betrokkenen (verzekeringsondernemingen, leden van het Bureau, het secretariaat) deze duidelijk positieve evolutie voortzetten.

Ook moet worden benadrukt dat de gezondheids crisis geen significant effect heeft gehad op de doorlooptijd van de dossiers. De enige kink in de kabel was de per post gestuurde correspondentie: door het telewerken kon de post niet elke dag op kantoor worden opgehaald.

III. Medische vragenlijsten

Over het algemeen legden de verzekeringsondernemingen hun medische vragenlijsten voor onderzoek aan het Opvolgingsbureau voor in de loop van het jaar dat volgde op de inwerkingtreding van het Bureau, namelijk 2015, en in mindere mate ook in 2016. Sindsdien ontving het Bureau voornamelijk nog twee soorten aanvragen:

- Wijzigingen die een verzekeraar aan zijn medische vragenlijst heeft aangebracht, en die ter goedkeuring aan het Opvolgingsbureau worden voorgelegd;
- Het onderzoek en de goedkeuring van de elektronische medische vragenlijsten die een aantal verzekeringsondernemingen hebben ingevoerd.

In 2022 heeft het Opvolgingsbureau geen nieuwe vragenlijsten onderzocht. Het boog zich uitsluitend over een aantal sporadische aanpassingen die de verzekeraars aan hun bestaande vragenlijsten wensten aan te brengen.

Het komt ook voor dat een bepaalde vraag de aandacht van een kandidaat trekt wanneer deze de vragenlijst invult, of dat een lid van het Opvolgingsbureau bij de behandeling van een dossier een niet-conforme passage opmerkt. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een tussenpersoon een oudere vragenlijst gebruikt in plaats van de versie die door het Opvolgingsbureau is goedgekeurd. Het Opvolgingsbureau zal de betrokken instantie hier dan op wijzen en vragen om de passage in kwestie te corrigeren. Het gaat meer bepaald om vragen die verband houden met genetische en/of familiale gegevens, die in geen geval mogen worden gebruikt in het kader van de motivering en de tarifiering. Het Opvolgingsbureau neemt deze kwestie bijzonder ter harte en waakt over de naleving van de wettelijke bepalingen hieromtrent.

Bij aanhoudende problemen of wanneer een reactie van de onderneming of de betrokken tussenpersoon uitblijft, behoudt het Opvolgingsbureau zich het recht voor om de FSMA, de toezichthouder van de sector, hierover aan te spreken. Bovendien kan de FSMA in laatste instantie worden ingeschakeld wanneer de leden van het Opvolgingsbureau terugkerende gebreken vaststellen in de motiveringen en dossiers die een verzekeringsonderneming voorbereidt.

De beoordeling van een medische vragenlijst blijft hoe dan ook een delicate evenwichtsoefening tussen de privacy van de kandidaat-verzekerde en de noodzaak voor de verzekeringsonderneming om het te verzekeren risico naar behoren te kunnen beoordelen. Uiteindelijk heeft de medische vragenlijst ook als doel de kandidaat-verzekerde te helpen bij het vervullen van zijn wettelijke mededelingsplicht.

IV. Verslag van de Data Protection Officer

Zoals alle betrokken instanties moet ook het Opvolgingsbureau de bepalingen naleven van de Europese Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (de AVG of GDPR). Aangezien de leden en het secretariaat van het Bureau bij de analyse en de registratie van de dossiers medische gegevens moeten verwerken, heeft de dienst de nodige bijkomende maatregelen getroffen. Gezien de bijzonder gevoelige aard van sommige gegevens waren er overigens voordien al strenge voorzorgsmaatregelen van toepassing.

Een functionaris voor gegevensbescherming, ook Data Protection Officer (DPO) genoemd, waakt erover dat de regels inzake gegevensbescherming worden nageleefd. De DPO brengt rechtstreeks verslag uit aan de voorzitter van het Opvolgingsbureau en beschikt over de nodige middelen (tijd, medewerkers, materiële middelen en budget).

De DPO is uiteraard het verplichte contactpunt bij een datalek, maar hij is ook de referentiepersoon voor vragen van alle betrokken partijen (geregistreerde personen, de leden, het secretariaat, overheden) over de gegevensverwerking door het Opvolgingsbureau.

De DPO is bereikbaar per mail, op het adres dpo@opvolgingsbureau.be, en per post, gericht aan het Opvolgingsbureau.

V. Contactgegevens en procedure

Procedure om een onderzoek aan te vragen

- Waarover?

De schuldsaldoverzekering moet betrekking hebben op een hypothecaire lening voor de enige en eigen gezinswoning.

Bovendien moet de schuldsaldoverzekering zijn geweigerd om gezondheidsredenen of bedraagt de bijpremie meer dan 75% (van de basispremie) wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

De verzekeringsonderneming vermeldt in haar beslissingsbrief of aan deze voorwaarden is voldaan.

- Hoe?

Een onderzoek kan worden aangevraagd door de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Opvolgingsbureau.

De volgende elementen zijn nodig om een beslissing te kunnen onderzoeken:

- De **aanvraag** van het onderzoek, gericht aan het Opvolgingsbureau;
- Een kopie of scan van de **beslissing van de verzekeraar** (voorstel van bijpremie of weigering);
- Een **akkoordverklaring** (dit document is beschikbaar op de website; bezorg het originele document per post, samen met een recto-verso kopie van de identiteitskaart van de betrokkenen). Met dit document kan het Opvolgingsbureau het medisch dossier van de kandidaat-verzekerde opvragen. Het document bevat ook de uitdrukkelijke verklaring dat de schuldsaldoverzekering een hypothecaire lening dekt voor de enige en eigen gezinswoning en dat het Opvolgingsbureau eventueel contact met het Kadaster mag opnemen voor bijkomende inlichtingen.

De aanvraag van het onderzoek moet schriftelijk worden ingediend, per post, per e-mail of via [het contactformulier](#) op de website.

Contactgegevens

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering

De Meeûssquare 35

1000 Brussel

info@opvolgingsbureau.be

www.opvolgingsbureau.be

Tel.: 02 547 57 70

Fax: 02 547 59 75

V.U. Bruno Bulthé, voorzitter, het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering.

D/2019/13.852/1

Une version en français est disponible en format pdf sur le site web www.bureaudesuivi.be

VI. Samenwerking KCE–Opvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden

Ter herinnering: de wet van 4 april 2019 voert voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen een recht om vergeten te worden in. Zo biedt zij personen die al een zekere tijd genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid om een verzekering te sluiten zonder bijpremie wegens hun medische voorgeschiedenis. Deze wet voorziet ook in kortere wachttijden voor welbepaalde pathologieën (kankeraandoeningen of chronische aandoeningen) die in twee referentieroosters staan opgesomd. Het KCE evalueert de referentieroosters om de twee jaar in het licht van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens, en bezorgt het Opvolgingsbureau voor de tarifiering een voorstel tot aanpassing van de referentieroosters. Het Opvolgingsbureau dient dit vervolgens samen met zijn eigen advies aan de bevoegde politieke autoriteiten te verstrekken.

In 2022 werd het overleg voortgezet, en beide instanties zijn meermaals samengekomen. Het Opvolgingsbureau ontving de conclusies van het KCE inzake borstkanker in een vroeg stadium – het eerste gekozen studieonderwerp. De voorstellen van het KCE, evenals de adviezen van de leden van het Opvolgingsbureau, werden aan de bevoegde ministers bezorgd. Deze uitwisselingen leidden tot een bijgewerkt referentierooster dat op 17 juli 2023 in het Belgisch Staatsblad verscheen.



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

De Meeûssquare 35
1000 Brussel