



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

***Jaarverslag over de werking***

**2023**

## ***Inhoudstafel***

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opgvolgingsbureau .....	4
Een duidelijke tendens .....	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 Opgvolgingsbureau .....	15
2. Doorlooptijd .....	18
III. Medische vragenlijsten .....	19
IV. Verslag van de Data Protection Officer .....	20
V. Samenwerking KCE–Opgvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden.....	21
VI. Contactgegevens en procedure .....	22

## Voorwoord

In 2024 viert het Opvolgingsbureau zijn eerste decennium. Maar vóór deze eerste mijlpaal een feit is, is het zinvol ons over het voorbije jaar te buigen. Het moment om de balans op te maken is aangebroken.

Het gaat de schuldsaldoverzekering niet echt voor de wind. En daar is een reden voor: uit de Vastgoedbarometer 2023 van de Federatie van het Notariaat blijkt dat het aantal verkopen met 15,2% is afgenomen ten opzichte van 2022, dat qua aantal transacties ook al geen gunstig jaar was. De prijzen hebben zich welswaar gestabiliseerd, maar men moet vaststellen dat kandidaat-kopers zich nog steeds terughoudend opstellen. Dat ligt zonder twijfel aan de gestegen intrestvoeten. Een ander in aanmerking te nemen element is de 'quotiteit', namelijk de verhouding tussen het geleende bedrag en de waarde van een onroerend goed. De quotiteit wordt als percentage berekend. Er bestaat hiervoor geen exacte wet, maar als algemene regel en onder toezicht van de Nationale Bank kennen banken alleen hypothecaire kredieten toe als de quotiteit maximaal 80% bedraagt, in sommige gevallen 90%. In die omstandigheden kan het moeilijk blijken zich zonder eigen middelen in een vastgoedproject te storten.

Kandidaat-kopers zijn dan wellicht geneigd hun plannen uit te stellen en ondertussen voor een voldoende grote eigen inbreng te sparen. Wat vaststaat, is dat de gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst een woning verwerft toegenomen is. Die ligt tegenwoordig in de drie gewesten van ons land rond 40 jaar.

Het Opvolgingsbureau volgt deze evoluties oogluikend op. Zoals we ook de voorbij jaren konden vaststellen, hangen onze activiteiten immers nauw samen met wat er op de vastgoedmarkt gebeurt. Maar we voegen hier meteen aan toe dat onze leden niet naar dergelijke contexten kijken bij de analyse van de dossiers die hun worden voorgelegd. Hun bekommernissen zijn van medische aard, gezien door het prisma van de verzekeringstechniek. Hierbij staat altijd één enkele vraag voorop: kan de verzekeraar die een dekking weigert of een medische bijpremie van meer dan 75% aanrekenen zijn standpunt rechtvaardigen? Zonder alle antwoorden nu al te willen prijsgeven: u zult bij het lezen van dit rapport vaststellen dat dit in de meeste dossiers wel degelijk het geval is. Niettemin blijft het Opvolgingsbureau met de nodige ernst zijn regulerende rol spelen, alert voor de minste arbitraire of discriminerende beslissing.

Door de goede verstandhouding tussen de verschillende delegaties, waarin vertegenwoordigers van patiënten, verzekeraars en consumenten zetelen, kan deze opdracht in alle sereniteit worden uitgevoerd. Er wordt naar elkaars belangen geluisterd en er heerst wederzijds begrip. Sinds zijn oprichting fungeert het Opvolgingsbureau als een plaats van ontmoeting. Met de tijd is het een model voor overleg geworden.

Met al mijn toewijding,

*Bruno Bulthé*  
Voorzitter

## I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van patiënten en consumenten enerzijds en vertegenwoordigers van 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 en adviezen tussen de correspondenten bij de ondernemingen enerzijds en de leden van het Opvolgingsbureau anderzijds. Ook kan het, telefonisch of per mail, inlichtingen van louter algemene aard verstrekken.

Het Opvolgingsbureau 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. Deze schuldsaldoverzekering moet verbonden zijn aan een hypothecair krediet dat dient voor het bouwen, verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning. Het Opvolgingsbureau gaat dan na of de beslissing van de verzekeringsonderneming vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is.

Daarnaast heeft het Opvolgingsbureau als taak de formulering te onderzoeken en goed te keuren van de vragen die verzekeringsondernemingen in hun medische vragenlijsten stellen. 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.

Naar goede gewoonte vergaderde het Bureau om de twee weken. Sinds de gezondheids crisis verlopen deze sessies op afstand. De behandeling ten gronde van de dossiers wordt door deze nieuwe werkwijze echter geenszins gehinderd. We stellen vast dat de leden hun dossiers vooraf 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 duidelijke tendens*

Sinds de gezondheids crisis daalt het aantal dossiers jaar na jaar licht. In totaal zijn er vorig jaar 409 aanvragen ingediend, tegenover 482 in 2022.

Er werden evenwel minder dossiers zonder gevolg geklasseerd wegens onontvankelijkheid (64) of wegens het uitblijven van een reactie van de kandidaat-verzekerde (52). In totaal hebben de leden van het Opvolgingsbureau dus 293 dossiers behandeld. 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. Anderen beslissen uiteindelijk om geen schuldsaldoverzekering te sluiten

In 2023 leverde de tussenkomst van het Opvolgingsbureau 46 voorstellen tot herziening van de initiële beslissing van de verzekeraar op. Het Opvolgingsbureau formuleerde 37 nieuwe voorstellen, waarvan er 31 door de verzekeraars werden gevolgd. In 9 gevallen formuleerden de verzekeraars op eigen initiatief een nieuw voorstel. We stellen vast dat het aantal nieuwe voorstellen evenredig daalt met het aantal behandelde dossiers.

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 bijpremie die in de plaats van een weigering komt, 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. 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 aan 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.

Wordt een nieuw voorstel van het Opvolgingsbureau niet door de verzekeringsonderneming toegepast, dan heeft de kandidaat-verzekeringnemer de mogelijkheid om zich tot een andere verzekeraar te richten.

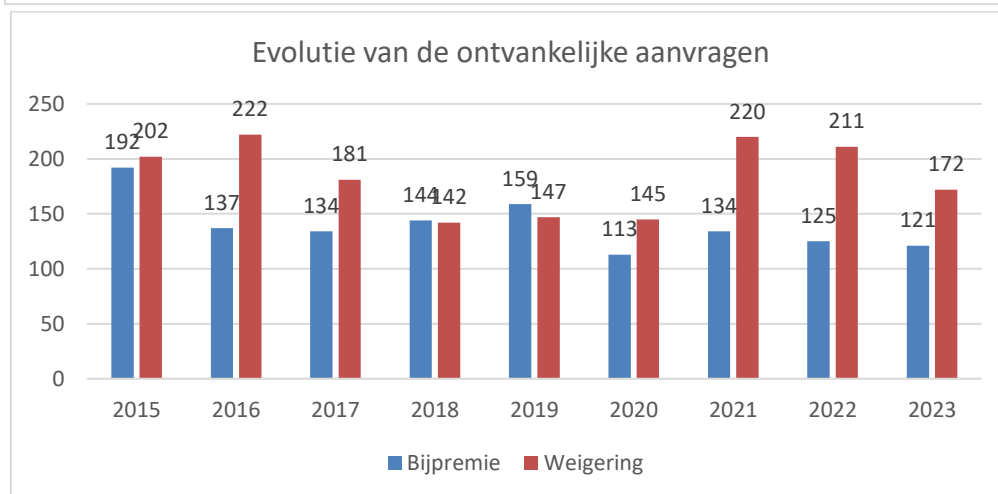
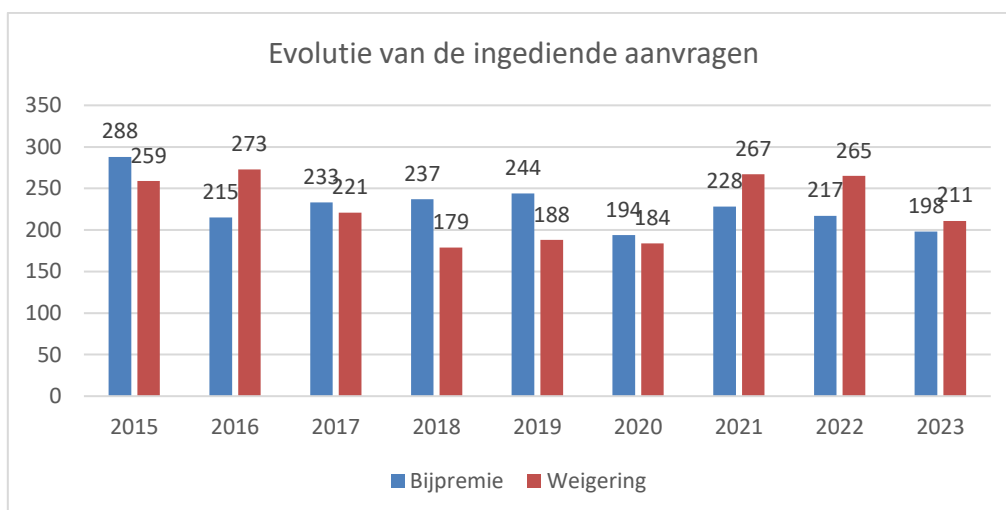
## b. Algemeen beeld

In 2023 heeft het Opvolgingsbureau 409 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 198 aanvragen in verband met een bijpremie en 211 aanvragen in verband met een weigering. We merken op dat er sinds 2021 meer weigeringen (of uitstellen) zijn dan bijpremies.

Soms is de verzekeraar niet bereid om een dekking aan te bieden 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 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 voorwaarden waarin dit rooster voorziet vervuld zijn.

Hieronder volgt een overzicht van alle aanvragen sinds 2015, opgesplitst naargelang ze bijpremies of weigeringen betreffen.



Tabel 1

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.	Tot.	Bijpr.	Weig.
<i>Ingediende aanvragen</i>	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
<i>Onvolledige aanvragen</i>	85			71			62			63			47			51			62			65			52		
<i>Onontvankelijke aanvragen</i>	68			58			77			67			79			69			79			81			64		
<i>Ontvankelijke en onderzochte aanvragen</i>	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
<i>Door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen</i>	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
<i>Door het Opvolgingsbureau geformuleerde nieuwe voorstellen</i>	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
<i>Nieuwe voorstellen van de verzekeraar</i>	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

### c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van 2023 heeft het Opvolgingsbureau 293 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 121 van deze onderzochte dossiers werd er een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie; in 172 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2023	Totaal	Bijpremie	Weigering
Polypathologie	73	31	42
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	55	11	44
Hart en bloedvaten	42	14	28
Psychische aandoeningen	25	11	14
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	25	19	6
Zenuwstelsel en hersenen	16	6	10
Diabetes, glucose-intolerantie	15	15	0
Nieren en urinewegen	9	2	7
Bloed en lymfeklieren	6	2	4
Ademhalingsstelsel	6	1	5
Spieren en gewrichten	5	0	5
Infectieziekten en parasitaire ziekten	3	3	0
Reumatologische aandoeningen	3	3	0
Spijverteringsstelsel en buik	2	0	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1	0	1
Handicaps	1	0	1
Neus, keel en oren	1	0	1
Andere aandoeningen	5	3	2
<b>Totaal</b>	<b>293</b>	<b>121</b>	<b>172</b>

De eerste drie of vier categorieën voeren elk jaar de ranking aan, al kan de volgorde ervan variëren. In 2023 blijkt de categorie “polypathologie” het vaakst voor te komen. Het gaat om verschillende combinaties: overgewicht kan met diabetes gepaard gaan, diabetes met cardiovasculaire complicaties of een retinopathie, een psychische aandoening kan samenhangen met eerdere hartproblemen, enz.

Ook valt op dat in geen enkel dossier van een diabetespatiënt de verzekering geweigerd werd, en dat het aantal dossiers dat uitsluitend psychische aandoeningen betreft aanzienlijk is afgenomen tegenover het jaar voordien.

Algemeen gezien dienen we er ook op te wijzen dat weigeringen niet altijd ‘definitief’ zijn. Een verzekeringsonderneming kan namelijk een uitstel tot 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 dan verzocht om nadien opnieuw een aanvraag in te dienen bij de betrokken onderneming.

Zoals ieder jaar is het echter onmogelijk om louter op basis van de 293 onderzochte dossiers eenduidige conclusies te trekken. Dit aantal vertegenwoordigt uiteindelijk slechts een kleine steekproef van de markt van schuldsaldoverzekeringen.

### Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2023 heeft het Opvolgingsbureau 121 dossier met betrekking tot medische bijpremies onderzocht, 4 minder dus dan in 2022. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen in 103 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. In 2023 bedroeg dit aandeel bevestigde beslissingen bijgevolg 85%. We stellen daarmee vast dat er eensgezindheid is over de meeste betrokken dossiers. De door het Opvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

<b>Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Polypathologie	29
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	19
Hart en bloedvaten	12
Diabetes, glucose-intolerantie	10
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	10
Psychische aandoeningen	8
Zenuwstelsel en hersenen	6
Nieren en urinewegen	2
Bloed en lymfatisch systeem	2
Ademhalingsstelsel	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Andere aandoeningen	1
<b>Totaal</b>	<b>103</b>

In 17 dossiers (14%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Van deze 17 nieuwe voorstellen werden er 16 gevolgd door de verzekeringsondernemingen, die de contractvoorwaarden dienovereenkomstig hebben aangepast. In één geval heeft de verzekeringsonderneming de door het Opvolgingsbureau voorgestelde voorwaarden niet toegepast. Uiteindelijk blijkt dat de verzekeraars de nieuwe voorstellen van het Opvolgingsbureau in verband met bijpremies vaker volgen dan ze de vorige jaren deden.

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 aan de kandidaat. Deze situatie heeft zich dit jaar slechts eenmaal voorgedaan.

In totaal werden er dus 17 dossiers in verband met bijpremies herzien nadat de kandidaat bij het Opvolgingsbureau had aangeklopt voor een rechtvaardiging. Dat komt neer op 14% herzieningen. Dit

percentage – dat sommige jaren 25% tot 30% bedroeg – kwam vorig jaar uit op 18%. Het daalt dus gestaag.

Tabel 4

<b>Bijpremies: nieuw voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Diabetes, glucose-intolerantie	5
Hart en bloedvaten	2
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2
Reumatologische aandoeningen	2
Polypathologie	2
Psychische aandoeningen	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
<b>Totaal</b>	<b>16</b>

Tabel 5

<b>Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Reumatologische aandoeningen	1
<b>Totaal</b>	<b>1</b>

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 leiden, hetzij op voorstel van het Bureau, hetzij op initiatief van de verzekeraar zelf.

Merk op dat het Bureau ook de regels inzake het recht om vergeten te worden in acht moet nemen. Dit recht maakt een plafonnering van de bij premie mogelijk wanneer alle voorwaarden met betrekking tot een in het referentierooster opgenomen pathologie vervuld zijn. Met dit juridische argument is het debat gesloten, en de verzekeraars zijn verplicht het toe te passen als alle voorwaarden vervuld zijn.

### Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2023 heeft het Opvolgingsbureau 172 weigeringen tot verzekering onderzocht. Dat zijn 39 dossiers minder dan in 2022, wat een aanzienlijke daling betekent.

Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 144 dossiers – of 84% 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 haast niet gewijzigd ten opzichte van het jaar voordien.

Tabel 6

<b>Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	41
Polypathologie	37
Hart en bloedvaten	23
Psychische aandoeningen	13
Nieren en urinewegen	7
Ademhalingsstelsel	4
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	4
Bloed en lymfeklieren	4
Zenuwstelsel en hersenen	4
Spijverteringsstelsel en buik	2
Spieren en gewrichten	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Neus, keel en oren	1
Andere aandoeningen	1
<b>Totaal</b>	<b>144</b>

Tegenover vorig jaar is de volgorde in deze tabel haast niet gewijzigd.

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 van de tijd kan evolueren, is een weigering in theorie nooit definitief, zoals blijkt uit de dossiers waarin de verzekeraars voor een uitstel opteren of uit 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 bijgevolg 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 20 dossiers (12%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen, en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 15 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering aan te bieden volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 5 van de 20 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 8 dossiers hebben verzekeringsondernemingen na een initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen op eigen initiatief een nieuw voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 5% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau plaatsvond, werd herzien.

In totaal kwam er uiteindelijk voor 23 weigeringen meteen een herziening van de beslissing. De nieuwe voorstellen hadden betrekking op de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

<b>Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Zenuwstelsel en hersenen	4
Hart en bloedvaten	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Polypathologie	2
Spiereen en gewrichten	2
Psychische aandoeningen	1
Ademhalingsstelsel	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
<b>Totaal</b>	<b>15</b>

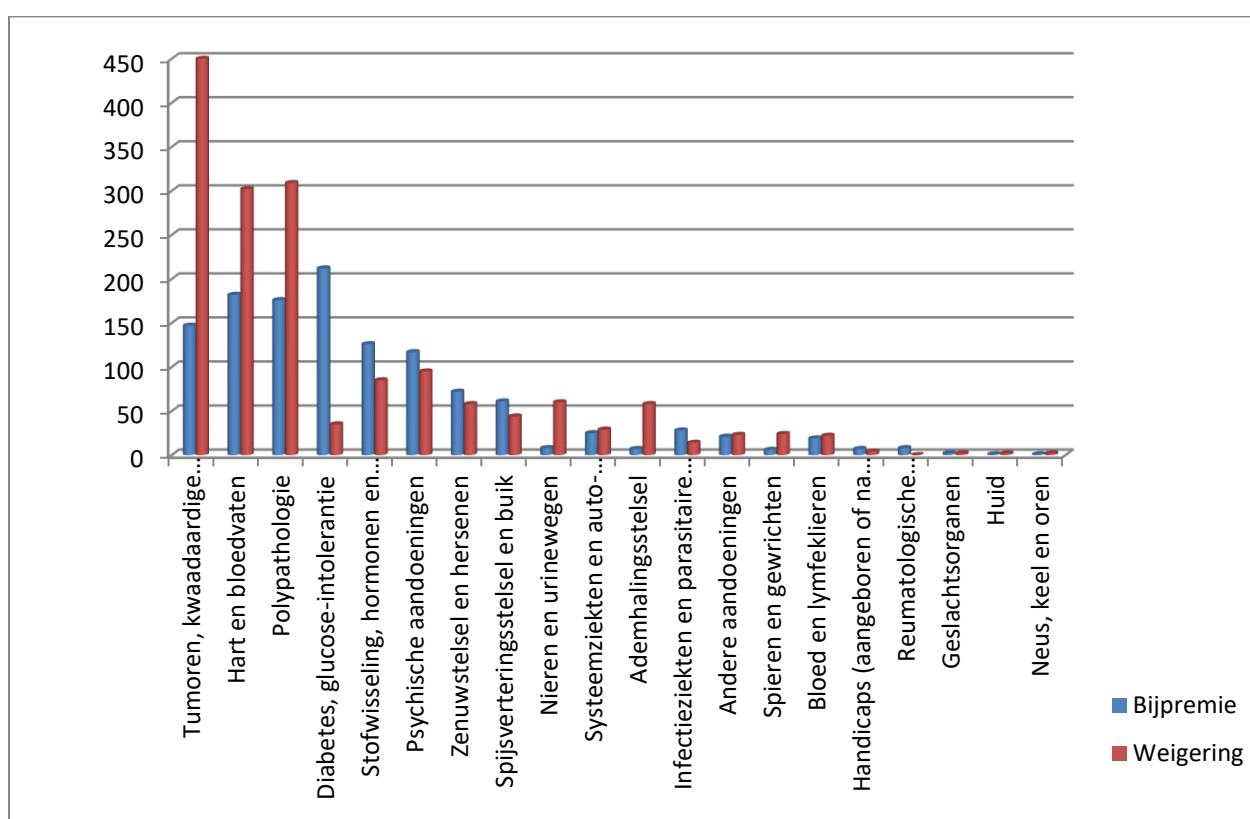
Tabel 8

<b>Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Zenuwstelsel en hersenen	2
Hart en bloedvaten	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Polypathologie	1
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	1
Andere aandoeningen	1
<b>TOTAAL</b>	<b>8</b>

#### d. Algemene resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau

<b>Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015</b>			
<b>Aandoening</b>	<b>Totaal</b>	<b>Bijpremie</b>	<b>Weigering</b>
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	597	147	450
Polypathologie	495	176	319
Hart en bloedvaten	484	182	302
Diabetes, glucose-intolerantie	247	212	35
Psychische aandoeningen	212	117	95
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	211	126	85
Zenuwstelsel en hersenen	130	72	58
Nieren en urinewegen	116	40	76
Spijverteringsstelsel en buik	105	61	44
Ademhalingsstelsel	65	7	58
Systeemziekten en auto-immuunziekten	54	25	29
Andere aandoeningen	44	22	22
Infectieziekten en parasitaire ziekten	42	28	14
Bloed en lymfeklieren	41	19	22
Spieren en gewrichten	30	6	24
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	11	7	4
Reumatologische aandoeningen	8	8	0
Geslachtsorganen	4	2	2
Huid	3	1	2
Neus, keel en oren	3	1	2
	<b>2902</b>	<b>1259</b>	<b>1643</b>

Algemene resultaten	Totaal	Bijpremie	Weigering
Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	2902	1259	1643
Bevestiging beslissing door Opgvolgingsbureau	2319	950	1369
% van het totaal	79,9 %	75,5 %	83,3 %
Voorstel tot herziening (aanvaard door verzekeraar)	343	200	143
% van het totaal	11,8 %	15,9 %	8,7 %
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door verzekeraar)	50	17	33
% van het totaal	1,7 %	1,4 %	2,0 %
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	190	92	98
% van het totaal	6,5 %	7,3 %	6,0 %



Algemeen beschouwd wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming als gegrond beschouwd in 8 op de 10 dossiers, een aandeel dat in de loop van de tijd licht geëvolueerd is. Gemiddeld gezien blijkt ook dat het Opgvolgingsbureau vaker de weigeringen door de verzekeringsondernemingen volgt dan de toegepaste bijpremies. Het gaat hier inderdaad meestal om complexe dossiers of kritieke medische situaties.

Alles in acht genomen wordt de beslissing in minder dan 1 op de 5 dossiers herzien na een tussenkomst door het Opgvolgingsbureau. De cijfers voor het jaar 2023 hebben dit aandeel doen afnemen.

Van de gegevens die in het oog springen, vermelden we de weigeringen bij kankeraandoeningen, waarbij enige nuancering op zijn plaats is. Dankzij zowel diverse behandelingen als 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 een 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 regelgeving opgesomde voorwaarden, kan hij na die 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. Deze drie categorieën vertegenwoordigen samen de meerderheid van de onderzochte dossiers en worden gekenmerkt door een aanzienlijk aantal weigeringen. Samen zijn ze goed voor maar liefst twee derde van de onderzochte weigeringen. De cijfergegevens voor 2023 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 nog steeds bijna de helft van de onderzochte bijpremies.

De zes ziekte-types die het vaakst voorkomen in het kader van bijpremies (diabetes, hartaandoeningen, kanker, polypathologie, psychische aandoeningen en stofwisselingsaandoeningen) 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 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 op zijn beurt 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 gezondheidscrisis 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 in 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 2023 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.

Bij aanhoudende problemen of wanneer een reactie van de betrokken onderneming of tussenpersoon uitblijft, behoudt het Opvolgingsbureau zich het recht voor om de FSMA, de toezichthouder van de sector, hierover aan te spreken. De FSMA kan bovendien 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 waarbij de privacy van de kandidaat-verzekerde wordt afgewogen tegen 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 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 codering van 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 aanspreekpunt 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.

Naast deze specifieke opgelegde maatregelen, had de inwerkingtreding van de AVG dan ook geen grote gevolgen voor de werking van het Opvolgingsbureau. De meeste van deze goede praktijken werden namelijk al meteen bij de oprichting van de dienst ingevoerd, gezien de gevoelige aard van de verwerkte gegevens.

*De DPO is bereikbaar per mail, op het adres [dpo@opvolgingsbureau.be](mailto:dpo@opvolgingsbureau.be), en per post gericht aan het Opvolgingsbureau.*

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

We herinneren eraan dat wetgeving voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen voorziet in een recht om vergeten te worden en zo aan personen die, naargelang hun leeftijd op het moment van de diagnose, al 8 of 5 jaar genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid biedt om een verzekering te sluiten zonder een 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. Om de twee jaar herevalueert het KCE de referentieroosters in het licht van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens en bezorgt het een voorstel tot aanpassing van de referentieroosters aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering. Het Opvolgingsbureau moet dit voorstel vervolgens samen met zijn eigen advies aan de bevoegde politieke autoriteiten verstrekken, die uiteindelijk zullen beslissen of de voorgestelde wijzigingen al dan niet worden doorgevoerd.

In 2023 werd het onderzoek gewijd aan diabetes. Tijdens dit proces hebben de onderzoekers van het KCE onderzocht in welke mate en onder welke voorwaarden diabetes type 1 in de referentieroosters zou kunnen worden opgenomen. Deze werkzaamheden hebben geleid tot de publicatie, in 2024, van een rapport met een reeks voorstellen om de referentieroosters aan te passen.

## VI. Contactgegevens en procedure

Procedure om een onderzoek aan te vragen

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 betrokken personen). 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](mailto:info@opvolgingsbureau.be)

[www.opvolgingsbureau.be](http://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 <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/fr/demande>



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

De Meeûssquare 35  
1000 Brussel