



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

***Jaarverslag over de werking***

***2024***

## ***Inhoudstafel***

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opgvolgingsbureau .....	4
De tendens houdt aan .....	5
II. Resultaten.....	6
1. De cijfers.....	6
a. Inleiding.....	6
b. Algemeen beeld .....	6
c. Meer details over de onderzochte aanvragen.....	9
Een blik op de onderzochte bijpremies.....	10
Een blik op de onderzochte weigeringen .....	12
d. Algemene resultaten sinds de oprichting van het Opgvolgingsbureau .....	14
2. Doorlooptijd .....	17
III. Medische vragenlijsten .....	18
IV. Verslag van de Data Protection Officer .....	19
V. Samenwerking KCE–Opgvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden.....	20
VI. Contactgegevens en procedure .....	21

## Voorwoord

Het is zover. We hebben de symbolische mijlpaal van tien jaar bereikt. Al een decennium lang onderzoeken de leden van het Opvolgingsbureau nauwgezet de dossiers die hun worden voorgelegd. Als voorzitter benadruk ik graag de ernst, en niet te vergeten de toewijding die zij hierbij aan de dag leggen. Tweemaal per maand pluist eenieder van hen zorgvuldig een tien- tot twintigtal dossiers uit, een inspanning die zij zich getroosten naast hun beroepsactiviteiten en privéleven. Aan zo'n sessie van enkele uren – plaats van overleg en van juridische en wetenschappelijke dialoog – gaan soms meerdere dagen aan voorbereiding vooraf. Daar mag wel even bij worden stilgestaan.

Het jaar 2024 ligt in het verlengde van het jaar 2023, met een stabiel aantal vastgoedtransacties en stijgende prijzen. Het aantal aan het Opvolgingsbureau gerichte aanvragen is licht afgenomen. Met het verstrijken van de maanden voltrok zich een heropleving van de markt, wat een voorteken zou kunnen zijn van nieuwe tendensen in het komende jaar. Kopers van een woning zijn in de drie gewesten van ons land nog steeds gemiddeld ongeveer 40 jaar oud. Kijken we naar de gemiddelde looptijd van een hypothecair krediet in 2024, dan zien we dat die doorgaans 15 tot 30 jaar bedraagt, met een tendens rond 20 jaar, naargelang de behoeften van de lener. Sommige banken kennen zelfs kredieten toe met een looptijd van 30 jaar, en in bijzondere gevallen nog langer. Het Opvolgingsbureau zal dan ook met aandacht kijken naar het oversterftecijfer voor kandidaat-verzekerden van 40 tot 70 jaar oud, algemeen gezien. In die leeftijdscategorie zien we zoals altijd een variatie aan aandoeningen, al valt niet te ontkennen dat bepaalde maatschappelijke ziekten als obesitas sterk in opmars zijn. Bij de dossiers die ons worden voorgelegd, is er ook steeds vaker sprake van combinaties van verschillende pathologieën. Het gaat hier om bijzonder complexe dossiers die een benadering vereisen waarbij strikte wetenschappelijkheid en menselijkheid hand in hand gaan. Ik neem bijgevolg nogmaals mijn hoed af voor het hele team, dat zich met volledige toewijding van deze taak heeft gekweten.

Gedurende de tien jaren van zijn bestaan heeft het Opvolgingsbureau zich vlot aangepast aan de veranderingen die zich voordeden: wijzigingen bij de leden, wetswijzigingen, vooruitgang in de geneeskunde, de aanhoudende ontwikkelingen op de vastgoedmarkt ... Gewapend met deze vaardigheid kunnen we de toekomst rustig en optimistisch tegemoet treden. Met de uitbreiding van het "recht om vergeten te worden" krijgt het Opvolgingsbureau er nog een uitdaging bij om zijn schouders onder te zetten. We blijven onze knowhow inzetten in een klimaat van absoluut respect tussen verzekeraars, consumenten en patiënten. Tot hiertoe waren we hierin succesvol. Moge dat ook in de toekomst zo blijven!

Met vriendelijke groeten,

*Bruno Bulthé*  
Voorzitter

## I. Voorstelling en werking van het Opgvolgingsbureau

Het Opgvolgingsbureau 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 Opgvolgingsbureau anderzijds. Ook kan het, telefonisch of per mail, inlichtingen van louter algemene aard verstrekken.

Het Opgvolgingsbureau onderzoekt, op verzoek van de kandidaat-verzekeringnemer, van de Ombudsman van de Verzekeringen of van een lid, de beslissing van een verzekeringsonderneming wanneer die 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 Opgvolgingsbureau gaat dan na of de beslissing van de verzekeringsonderneming vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is.

Daarnaast heeft het Opgvolgingsbureau 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 Opgvolgingsbureau 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 belemmerd. 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 Opgvolgingsbureau na hoe het overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde zich verhoudt tot dat van een gemiddelde persoon zonder specifieke gezondheidsrisico's. Het Opgvolgingsbureau 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 Opgvolgingsbureau

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.

### *De tendens houdt aan*

Sinds 2020 zien we een aanhoudende lichte daling van het aantal dossiers. De voorlopige cijfers voor 2025 doen evenwel vermoeden dat we volgend jaar weer een toename van het aantal dossiers zullen vaststellen. Er werden 381 aanvragen ingediend in 2024, tegenover 409 in 2023.

73 dossiers werden zonder gevolg geklasseerd en 56 aanvragen werden onontvankelijk geacht. De leden van het Opvolgingsbureau hebben bijgevolg 252 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 2024 leverde de tussenkomst van het Opvolgingsbureau 52 voorstellen tot herziening van de initiële beslissing van de verzekeraar op. Het Opvolgingsbureau formuleerde 40 nieuwe voorstellen, waarvan er 29 door de verzekeraars werden gevolgd. In 12 gevallen formuleerden de verzekeraars op eigen initiatief een nieuw voorstel. We stellen een minieme toename van het aantal nieuwe voorstellen vast in verhouding tot 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 te herzien vanaf een welbepaalde datum. Het Opvolgingsbureau speelt dus een regulerende rol, maar door zijn neutrale en objectieve 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: een bijpremie kan in geen geval worden verhoogd.

Krachtens arrest 16/2011 van het Grondwettelijk Hof kan men noch een verzekeringsonderneming verplichten om een schuldsaldoverzekeringspolis 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 voorstelt. 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 verzekeraar toegepast, dan heeft de kandidaat-verzekeringnemer de mogelijkheid om zich tot een andere verzekeraar richten.

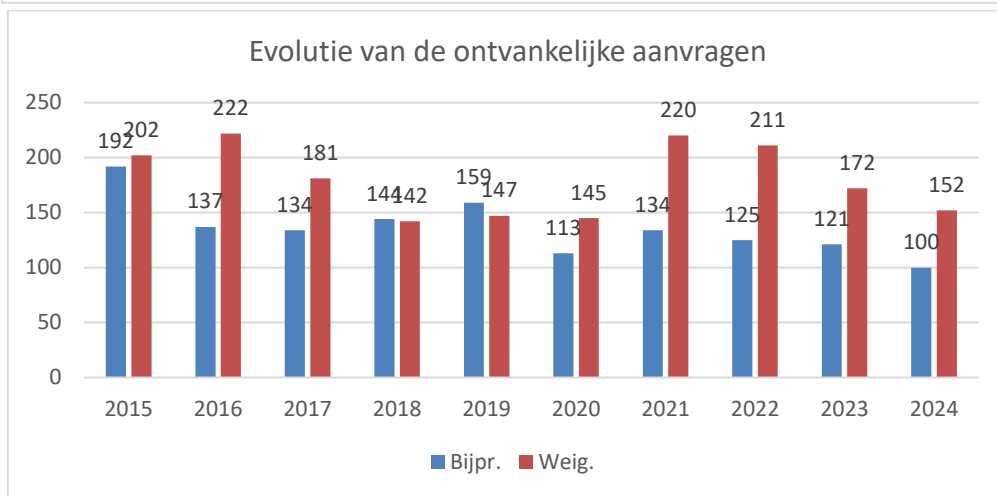
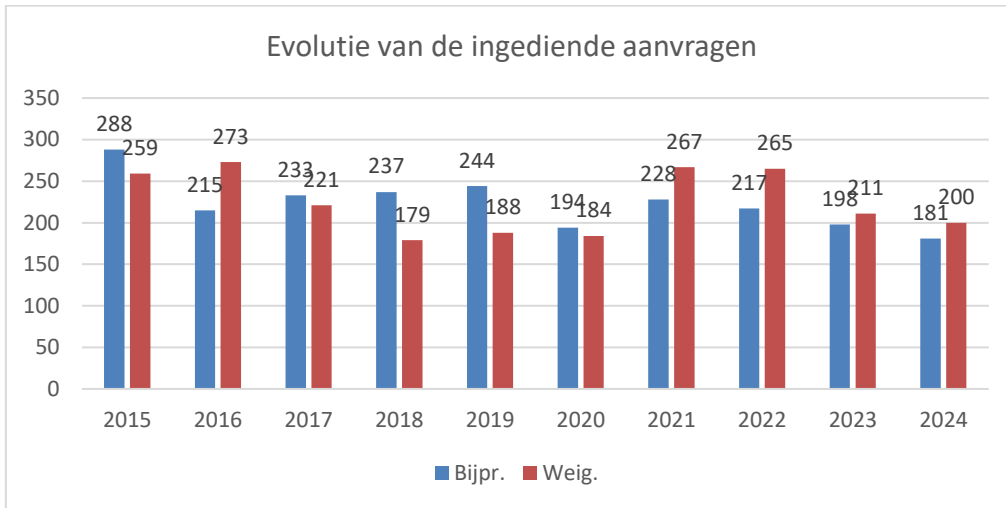
#### b. Algemeen beeld

In 2024 heeft het Opvolgingsbureau 381 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 181 aanvragen in verband met een bijpremie en 200 aanvragen in verband met een weigering van verzekering. We merken op dat het sinds 2021 vaker om weigeringen (of uitstellen) dan om bijpremies gaat.

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 twee voorbeelden te geven – beter kan worden ingeschat. De beslissing wordt dan uitgesteld. 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			2024		
	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.	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	409	198	211	381	181	200
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47			51			62			65			52			73		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79			69			79			81			64			56		
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	293	121	172	252	100	152
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	247	103	144	200	79	121
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	37	17	20	40	20	20
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	9	1	8	12	1	11

### c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van het jaar 2024 heeft het Opvolgingsbureau 252 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 100 van deze onderzochte dossiers werd er een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie en in 152 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2024	Totaal	Bijpremie	Weigering
Polypathologie	65	23	42
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	34	6	28
Hart en bloedvaten	30	7	23
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	26	21	5
Diabetes, glucose-intolerantie	22	18	4
Psychische aandoeningen	19	8	11
Bloed en lymfeklieren	10	5	5
Ademhalingsstelsel	8	1	7
Zenuwstelsel en hersenen	6	2	4
Nieren en urinewegen	6	3	3
Spijverteringsstelsel en buik	5	1	4
Handicaps	5	2	3
Spiieren en gewrichten	3	0	3
Systeemziekten en auto-immuunziekten	3	2	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1	1	0
Andere aandoeningen	8	0	8
Huid	1	0	1
<b>TOTAAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>152</b>

De eerste drie/vier categorieën voeren elk jaar de ranking aan, al kan de volgorde ervan variëren. Nog meer dan vroeger het geval was, 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.

Het aantal dossiers met betrekking tot een kankervoorgeschiedenis is overigens aanzienlijk afgenomen, wat geen verbazing wekt gezien het recht om vergeten te worden. Wat de categorie “psychische aandoeningen” betreft, blijft de situatie stabiel ten opzichte van de vorige jaren.

Algemeen gezien dienen we er ook op te wijzen dat weigeringen niet altijd “definitief” zijn. Een verzekeringsonderneming 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 dus 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 252 onderzochte dossiers eenduidige conclusies te trekken. Dit aantal vertegenwoordigt uiteindelijk slechts een kleine steekproef uit de schuldsaldoverzekeringsmarkt.

### Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2024 onderzocht het Opvolgingsbureau 100 dossiers met betrekking tot medische bijpremies, 17% minder dus dan in 2023. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bij premie toe te passen in 79 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. In 2024 bedroeg dit aandeel bevestigde beslissingen bijgevolg 79%. We stellen aldus vast dat er eensgezindheid is over het merendeel van de betrokken dossiers. De door het Opvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

<b>Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Polypathologie	20
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	20
Hart en bloedvaten	5
Diabetes, glucose-intolerantie	7
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	5
Psychische aandoeningen	7
Zenuwstelsel en hersenen	2
Nieren en urinewegen	3
Bloed en lymfatisch systeem	4
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	2
Ademhalingsstelsel	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Andere aandoeningen	1
<b>TOTAAL</b>	<b>79</b>

In 20 dossiers (20%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Van deze 20 nieuwe voorstellen werden er 19 gevolgd door de verzekeringsondernemingen, die de contractvoorwaarden dienovereenkomstig hebben aangepast. In één geval heeft de verzekeringsonderneming de door het

Opvolgingsbureau voorgestelde voorwaarden dus niet toegepast. De verzekeraars blijken zo uiteindelijk vaker dan de vorige jaren de nieuwe voorstellen van het Opvolgingsbureau in verband met bijpremies te hebben gevolgd.

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 heeft zich dit jaar slechts eenmaal voorgedaan.

In totaal werden er dus 20 dossiers in verband met bijpremies herzien nadat de kandidaat bij het Opvolgingsbureau had aangeklopt voor een verantwoording. Dat komt neer op 20% herzieningen. Daarmee is dit percentage in de loop van het boekjaar 2024 weer licht toegenomen.

Tabel 4

<b>Bijpremies: nieuw voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Diabetes, glucose-intolerantie	9
Polypathologie	3
Hart en bloedvaten	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Bloed en lymfatisch systeem	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Psychische aandoeningen	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
<b>TOTAAL</b>	<b>19</b>

Tabel 5

<b>Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Diabetes, glucose-intolerantie	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 moeilijk 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 Opvolgingsbureau ook moet letten op de regels inzake het recht om vergeten te worden, dat een plafonnering van de bijpremie mogelijk maakt 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 2024 heeft het Opvolgingsbureau 152 weigeringen van verzekering onderzocht. Dat zijn 20 dossiers minder dan in 2023.

Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 121 dossiers – of 80% van de gevallen – dat de weigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd was.

Het percentage weigeringen die het Opvolgingsbureau vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt als redelijk beschouwt, is daarmee licht afgenomen ten opzichte van het jaar voordien.

Tabel 6

<b>Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Polypathologie	34
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	26
Hart en bloedvaten	19
Psychische aandoeningen	9
Ademhalingsstelsel	7
Bloed en lymfeklieren	5
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	3
Diabetes, glucose-intolerantie	3
Nieren en urinewegen	2
Zenuwstelsel en hersenen	2
Spijverteringsstelsel en buik	2
Spiere en gewrichten	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Huid	1
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	1
Andere aandoeningen	3
<b>TOTAAL</b>	<b>121</b>

In vergelijking met de voorafgaande jaren is de volgorde in deze tabel zo goed als ongewijzigd gebleven, al heeft de categorie “polypathologie” nog aan belang gewonnen.

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 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 dossiers waarin de verzekeraars voor 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 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 20 dossiers (13%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 10 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering voor te stellen volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 10 van de 20 voorstellen niet gevolgd door de betrokken verzekeraars. Dit aandeel van niet-gevolgde voorstellen is met de jaren aanzienlijk groter geworden.

Net als bij de bijpremies konden de betrokken verzekeringsondernemingen hun weigering herzien tijdens de voorbereiding van het dossier. In 11 dossiers heeft de verzekeringsonderneming na haar initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen, op eigen initiatief alsnog een voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 7% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau plaatsvond, werd herzien.

In totaal kwam er uiteindelijk voor 21 weigeringen meteen een herziening van de beslissing. Deze nieuwe voorstellen hadden betrekking op de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

<b>Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Polypathologie	3
Hart en bloedvaten	2
Nieren en urinewegen	1
Spieren en gewrichten	1
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	1
Andere aandoeningen	2
<b>TOTAAL</b>	<b>10</b>

Tabel 8

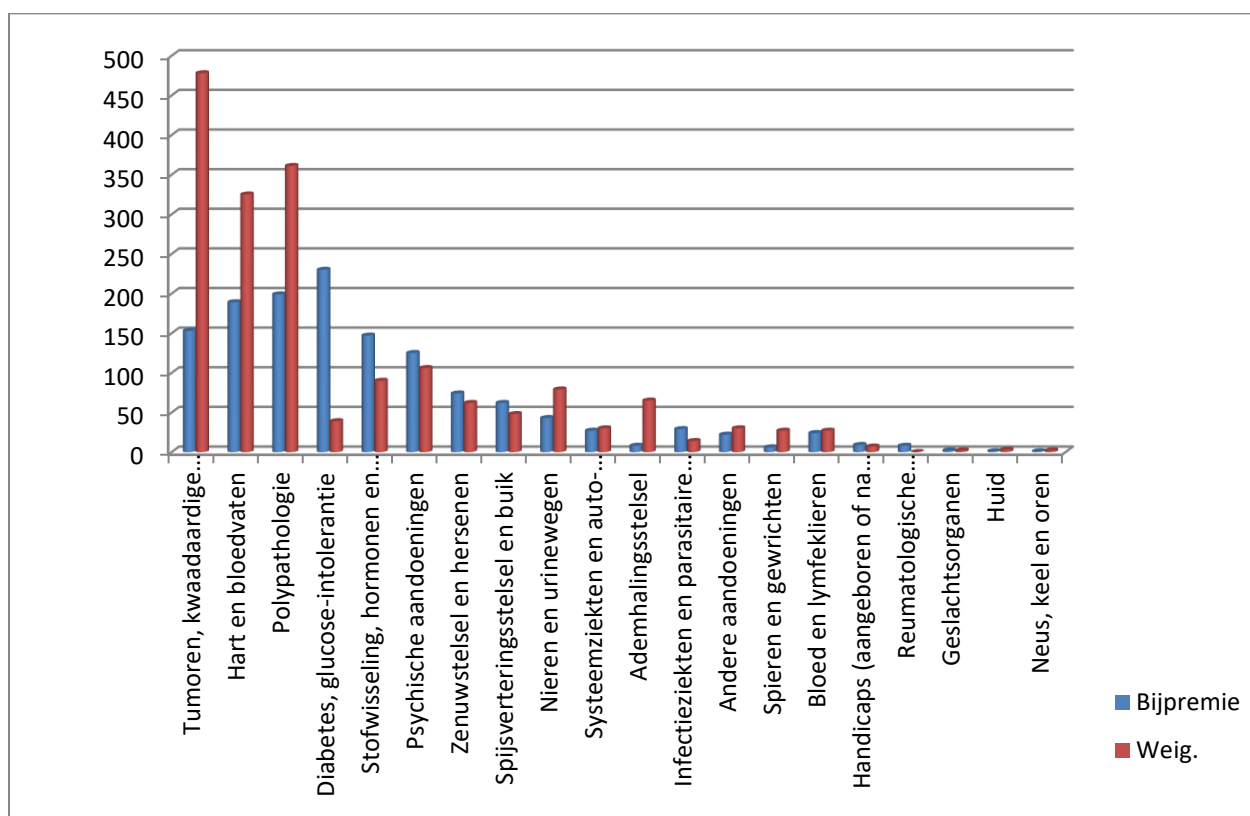
<b>Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Psychische aandoeningen	2
Hart en bloedvaten	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Stofwisseling	1
Diabetes	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Polypathologie	1
Andere aandoeningen	3
<b>TOTAAL</b>	<b>11</b>

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

<b>Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015</b>			
<b>Aandoening</b>	<b>Totaal</b>	<b>Bijpremie</b>	<b>Weig.</b>
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	631	153	478
Polypathologie	560	199	361
Hart en bloedvaten	514	189	325
Diabetes, glucose-intolerantie	269	230	39
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	237	147	90
Psychische aandoeningen	231	125	106
Zenuwstelsel en hersenen	136	74	62
Nieren en urinewegen	122	43	79
Spijverteringsstelsel en buik	110	62	48
Ademhalingsstelsel	73	8	65
Systeemziekten en auto-immuunziekten	57	27	30
Andere aandoeningen	52	22	30
Bloed en lymfeklieren	51	24	27
Infectieziekten en parasitaire ziekten	43	29	14
Spieren en gewrichten	33	6	27
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	16	9	7
Reumatologische aandoeningen	8	8	0
Geslachtsorganen	4	2	2
Huid	4	1	3
Neus, keel en oren	3	1	2
	<b>3154</b>	<b>1359</b>	<b>1795</b>

<b>Algemene resultaten</b>	<b>Totaal</b>	<b>Bijpremie</b>	<b>Weig.</b>
----------------------------	---------------	------------------	--------------

Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	3.154	1.359	1.795
Bevestiging beslissing door Opgvolgingsbureau	2.519	1.029	1.490
% van het totaal	79,9 %	75,7 %	83 %
Voorstel tot herziening (aanvaard door verzekeraar)	372	219	153
% van het totaal	11,8 %	16,1 %	8,5 %
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door verzekeraar)	61	18	43
% van het totaal	1,9 %	1,3 %	2,4 %
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	202	93	109
% van het totaal	6,4 %	6,8 %	6,1 %



Algemeen gezien wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming als gegrond beschouwd in 8 op de 10 dossiers, een aandeel dat in de loop van de tijd slechts licht evolueert. Ook blijkt dat het Opgvolgingsbureau gemiddeld gezien vaker de weigeringen door de verzekeringsondernemingen volgt dan de toegepaste bijpremies. Meestal gaat het 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 2024 blijken stabiel ten opzichte van die van het voorgaande jaar. Bij de weigeringen merken we echter op dat de verzekeraars slechts in de helft van de gevallen het advies van het Opgvolgingsbureau hebben gevolgd.

De naar verhouding twee grootste stijgingen zien we bij de categorieën “polypathologie” en “stofwisseling”. In deze laatste categorie vinden we ook maatschappelijke ziekten als morbide obesitas terug. Voor kankeraandoeningen zien we daarentegen een lichte afname, wat te verklaren is door het recht om vergeten te worden. We herinneren eraan dat een weigering bij kanker vaak niet definitief

is. 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 regelgeving opgesomde voorwaarden, kan hij na die wachttijd dus aanspraak maken op een dekking.

Dossiers met betrekking tot complexe hartproblemen blijven talrijk, zeker als we in acht nemen dat sommige van deze dossiers in de categorie “polypathologie” zijn geregistreerd. De eerste 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 2024 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 2015, en in mindere mate ook nog in 2016. Sindsdien ontving het Bureau voornamelijk nog twee soorten aanvragen, namelijk aanvragen betreffende:

- 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 2024 onderzocht het Opvolgingsbureau de vragenlijsten van een verzekeraar die zich op de Belgische markt heeft gevestigd.

Het komt ook voor dat een bepaalde vraag de aandacht van een kandidaat trekt wanneer die de vragenlijst invult, of dat een lid van het Opvolgingsbureau bij de behandeling van een dossier een niet-conforme passage opmerkt. 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 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 codering van dossiers medische gegevens moeten verwerken, heeft de dienst de vereiste 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.

Naast de invoering van deze specifieke verplichte 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 immers al meteen bij de oprichting van de dienst ingevoerd, gezien het gevoelige karakter 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

Ter herinnering, de wetgeving voerde voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen een “recht om vergeten te worden” in. Deze biedt personen die al 8 of 5 jaar (naargelang hun leeftijd op het moment van de diagnose) genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid om een verzekering te sluiten zonder een bijpremie wegens hun medische voorgeschiedenis. De wet in kwestie voorziet ook in kortere wachttijden voor welbepaalde pathologieën (kankeraandoeningen of chronische aandoeningen) die in twee referentieroosters staan opgesomd. Om de twee jaar evolueert 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 2024 werd het onderzoek gewijd aan diabetes type 1. 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 leidden 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 <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/fr/publications>



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

De Meeûssquare 35  
1000 Brussel