



Persbericht

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering onderzoekt, op vraag van de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Bureau, medische bijpremies die hoger zijn dan 75% van de basispremie of een weigering om medische redenen en kan nagaan of de beslissing die de verzekeringsonderneming nam, medisch en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd is. De aangevraagde verzekering moet het hypothecair krediet dekken van de enige en eigen woning van de kandidaat-verzekeringnemer.

Het Opvolgingsbureau kan zich aansluiten bij de genomen beslissing of een nieuw voorstel formuleren. De betrokken verzekeringsonderneming is niet gehouden dit nieuwe voorstel te aanvaarden. Wanneer de betrokken verzekeraar toch wenst een contract aan te bieden, zal dit wel aan de voorwaarden van dit nieuwe voorstel moeten gebeuren.

Het Opvolgingsbureau heeft in 2017, haar derde werkingsjaar, **454 vragen tot tussenkomst** ontvangen, waarvan zij **315 dossiers nader onderzocht**. Zo werden 134 dossiers rond bijpremies hoger dan 75% van de basispremie en 181 dossiers betreffende weigeringen onderzocht.

Ook in 2017 hebben meer dan de helft van de onderzochte bijpremies betrekking op vormen van kanker, een combinatie van aandoeningen (polypathologie), een aandoening van hart- en bloedvaten of suikerziekte. De drie vaakst voorkomende ziektebeelden bij de onderzochte weigeringen blijven, zoals in het verleden, vormen van kanker, de polypathologie-categorie en aandoeningen van hart- en bloedvaten. Deze aandoeningen vertegenwoordigen 66% van de onderzochte weigeringen.

Voor wat betreft de 134 onderzochte bijpremies, was het Opvolgingsbureau in 70% dossiers van oordeel dat de beslissing van de verzekeringsonderneming gerechtvaardigd is. In 37 dossiers werd de bijpremie bijgesteld, ofwel na voorstel van het Opvolgingsbureau, ofwel omdat de betrokken verzekeringsonderneming zelf een nieuw voorstel deed aan haar klant.

Van de 181 onderzochte weigeringen was het Opvolgingsbureau van mening dat in 82% van de onderzochte dossiers de weigering medische en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd was. In 18 dossiers paste de betrokken verzekeringsonderneming het voorstel tot herziening van het Opvolgingsbureau toe en in 9 dossiers nam de verzekeringsonderneming op eigen initiatief opnieuw contact op met haar klant met een aanpassing van haar oorspronkelijke beslissing.

Het merendeel van de voorstellen tot bijstelling die het Opvolgingsbureau doet, worden ook door de betrokken verzekeringsondernemingen toegepast.

Het Opvolgingsbureau heeft dus een zekere regulerende rol maar kan ook door haar neutraal en objectief gevoerd onderzoek de kandidaat-verzekeringnemer informeren over de gegrondheid van de beslissing die de verzekeringsonderneming heeft genomen.

Over de drie werkingsjaren heen werden nu meer dan 1000 dossiers onderzocht: 463 dossiers met betrekking tot bijpremies en 605 met betrekking tot weigeringen. In bijna 1 op 5 dossiers wordt de oorspronkelijke beslissing bijgesteld na tussenkomst door het Opvolgingsbureau. Het Opvolgingsbureau neemt dus weldegelijk haar rol op met betrekking tot de toegang tot schuldsaldoverzekeringen.

Het Opvolgingsbureau heeft eveneens de taak om de formulering van de medische vragenlijsten goed te keuren. Aan de hand van de ingediende dossiers blijft het Opvolgingsbureau de medische vragenlijsten verder monitoren. Negen verzekeringsondernemingen vroegen opnieuw om goedkeuring omdat zij enkele wijzigingen aan hun vragenlijst wensten aan te brengen.

Perscontact:

Bruno Bulthé, Voorzitter

info@opvolgingsbureau.be – 02/547 57 70