



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

***Rapport annuel d'activité***

**2020**

## **Tables des matières**

Avant-propos .....	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi .....	4
Une diminution logique, mais pas drastique.....	6
II. Résultats .....	7
1. Chiffres .....	7
a. Introduction.....	7
b. Vue globale .....	8
c. Les demandes examinées plus en détail .....	11
Un regard sur les surprimes examinées .....	13
Un regard sur les refus examinés .....	15
d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi .....	17
2. Délai de gestion .....	19
III. Questionnaires médicaux.....	20
IV. Rapport du Data Protection Officer .....	21
V. Contact et procédure .....	22
VI. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli .....	23

## Avant-propos

Il va sans dire que l'année 2020 restera à jamais gravée dans la mémoire collective. La pandémie a marqué les esprits, et nous entrevoyons enfin la sortie de crise, dans un climat où la prudence et l'espérance s'entremêlent.

Tandis que certains secteurs étaient en surrégime – pensons avant tout au milieu hospitalier – d'autres étaient mis à l'arrêt, ou tournaient au ralenti. Le marché immobilier a ainsi connu de longs mois d'incertitude. Les candidats-acquéreurs ont remis leur projet à plus tard, les visites de biens immobiliers étaient compliquées, voire interdites ; le climat n'incitait pas à l'achat, d'autant plus que l'acquisition d'un bien immobilier constitue bien souvent un projet de vie mûrement réfléchi.

Qui dit crédit hypothécaire, dit généralement assurance solde restant dû. Dans ce contexte, le Bureau du suivi a également connu une période d'accalmie forcée, allant de mars à juillet 2020. Par la suite, nous avons constaté un rebond des demandes dont le nombre total, finalement, n'a pas significativement diminué par rapport à 2019. Cette tendance, qui se poursuit sur l'année 2021, témoigne d'un regain d'intérêt pour la question du logement et d'un certain art de vivre. Sans doute le confinement a-t-il donné des idées aux uns, et conforté les convictions des autres dans leur volonté d'acquérir un logement plus confortable, plus spacieux ou plus excentré par rapport à des zones densément peuplées. Soulignons toutefois que le nombre marginal de demandes traitée par le Bureau du suivi, au regard de l'ensemble du marché, ne permet pas de tirer de conclusions générales.

Indépendamment des circonstances précitées, le Bureau du suivi a été fidèle à ses principes, et a fait honneur à son rôle d'acteur indépendant au sein du secteur des assurances. Le dialogue est resté le maître-mot, et les séances de concertation se sont avérées constructives tout au long de l'année. Des lignes de conduite ont été trouvées, dans un souci de cohésion et de cohérence.

À noter également l'entrée en vigueur du droit à l'oubli, calqué sur le modèle français, en avril 2020. L'accès à l'assurance de solde restant dû des personnes ayant souffert d'un cancer ou qui sont atteintes d'une maladie chronique est désormais encadré par une grille de référence. Cette grille, qui reprend encore un nombre limité d'affections, sera agrémentée au fil du temps. Avec le KCE, le Bureau du suivi participe à la sélection de nouvelles maladies à prendre en considération. Cette collaboration, déjà bien entamée, promet des échanges fructueux et permet d'aller dans la bonne direction.

Avec le recul, cette année 2020 s'est montrée riche en enseignements. Et l'avenir offre bien des raisons de se réjouir.

*Bruno Bulthé*  
*Président*

## I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairement de représentants des patients et des consommateurs d'une part et de représentants des assureurs d'autre part. Il est présidé par un magistrat indépendant, Bruno Bulthé, et André De Muylder assure quant à lui la vice-présidence.

Le Bureau est constitué de deux membres effectifs et deux membres suppléants désignés par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ; un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les patients ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.

Le secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service de l'Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique et fait office de point de contact pour le consommateur. Il assure une permanence quotidienne afin d'encoder des demandes, de demander les dossiers aux compagnies et d'établir l'agenda des séances. Le secrétariat s'occupe de transmettre des questions, des remarques ou des avis entre les correspondants auprès des compagnies, d'une part, et les membres du Bureau, d'autre part. Il peut également fournir des renseignements d'ordre strictement général, par téléphone ou par e-mail.

À la requête du candidat-preneur d'assurance, de l'Ombudsman des Assurances ou d'un membre, le Bureau du suivi examine la décision d'une entreprise d'assurance lorsqu'une assurance solde restant dû est refusée ou une surprime médicale supérieure à 75% est appliquée pour raisons médicales. L'assurance solde restant dû doit être liée à un crédit hypothécaire dont l'objet est la construction, l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique.

Le Bureau du suivi vérifie que la décision prise par une entreprise d'assurance se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le Bureau du suivi a également pour tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions posées dans les questionnaires médicaux utilisés par les entreprises d'assurance. Les entreprises ayant déjà soumis leurs questionnaires à l'analyse du Bureau au cours des années précédentes, cette fonction se limite désormais à l'approbation de certaines modifications et, exceptionnellement, à l'analyse de nouveaux documents dans leur intégralité.

Comme à l'accoutumée, le Bureau du suivi s'est réuni à chaque quinzaine, à la différence près que les séances se sont tenues à distance, télétravail oblige, à partir du mois de mars. Cette nouvelle méthode de travail n'a néanmoins eu aucune incidence sur le traitement de fond des dossiers. Force est de constater que les membres préparent les dossiers au préalable comme il se doit, et que les échanges sont fluides le jour des délibérations.

À l'examen du refus ou de la surprime médicale, le Bureau du suivi vérifie le lien entre le risque de décès du candidat-assuré et celui d'une personne moyenne ne présentant aucun risque de santé spécifique. Le Bureau effectue une analyse approfondie de l'état de santé de chaque personne individuelle et examine si la décision de l'entreprise d'assurance est objectivée, études médicales scientifiques à l'appui. Au vu de la durée bien souvent longue que l'assurance couvre (de 20 à 30 ans, la plupart du temps), le Bureau tente d'identifier les pronostics à long terme. Il n'est bien entendu pas

exclu que la situation médicale d'une personne individuelle évolue ensuite autrement (positivement ou négativement).

### *Une diminution logique, mais pas drastique*

En 2020, 378 demandes d'intervention ont été adressées au Bureau du suivi, parmi lesquelles 258 ont été jugées recevables et examinées, soit 48 de moins qu'en 2019. Cette diminution s'explique évidemment par le « calme plat » durant les mois de mars à juillet, au cœur de la crise sanitaire.

Au cours de l'année 2020, grâce à l'intervention du Bureau, un ajustement de la décision initiale a été proposé dans le cadre de 46 dossiers recevables. Ce chiffre comprend non seulement les nouvelles propositions émanant du Bureau mais également les nouvelles propositions à l'initiative des entreprises d'assurance.

Parmi ces 46 réformes, 30 ont été proposées par le Bureau et suivies par l'assureur, 2 ont été proposées par le Bureau mais n'ont pas été suivies, et 14 proviennent directement de l'assureur, qui a décidé de revoir sa position initiale.

Dans tous les cas de figure, le Bureau du suivi examine minutieusement les dossiers et vérifie si la décision de l'assureur se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance. À quelques rares exceptions près, le Bureau se prononce de manière consensuelle dans les dossiers analysés. Soit le Bureau peut conseiller de réformer la décision et de proposer une assurance – moyennant surprime médicale ou à tarif normal - au candidat-preneur d'assurance, soit il juge que la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée est fondée. Il arrive également que le Bureau du suivi préconise un ajournement au lieu d'un refus catégorique, proposant alors à l'assureur de revoir sa position à partir d'une date précise et informant le candidat en ce sens. Par conséquent, le Bureau du suivi a un rôle régulateur mais peut également, du fait de son analyse neutre et objective, informer le candidat-preneur d'assurance à propos du bien-fondé de la décision prise par l'entreprise d'assurance.

Il est bon de rappeler que les demandes introduites auprès du Bureau du suivi sont (potentiellement) très diverses et complexes. D'une part, les situations médicales des candidats-preneurs d'assurance qui s'adressent au Bureau du suivi présentent des différences considérables. D'autre part, les assureurs se distinguent par leur politique d'acceptation et de tarification. Il peut s'avérer judicieux, pour un candidat-assuré, de consulter plusieurs entreprises d'assurance à titre comparatif.

Enfin, notons que 51 dossiers ont été clôturés pour manque de réaction en 2020. La pandémie a vraisemblablement poussé certains candidats-acquéreurs à mettre leur projet en attente.

## II. Résultats

### 1. Chiffres

#### a. Introduction

Le Bureau du suivi analyse la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée et a la possibilité soit d'adhérer à la décision, soit de proposer une autre décision, toujours dans l'intérêt du candidat-assuré : une surprime ne pourra en aucun cas être revue à la hausse.

En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle 16/2011, il n'est pas possible d'obliger une entreprise d'assurance de proposer une assurance solde restant dû, ni de contraindre un candidat à souscrire un contrat à des conditions précises. La liberté de contracter subsiste.

La législation stipule d'une part qu'une proposition formulée par le Bureau du suivi doit être « contraignante ». Or, d'autre part, le Bureau du suivi ne peut obliger aucune partie à conclure un contrat, tel que confirmé par la Cour constitutionnelle.

En d'autres termes, un assureur peut a priori se réserver le droit d'offrir ou non une assurance. En revanche, si ledit assureur décide de proposer une assurance, il devra s'en tenir à la proposition du Bureau du suivi. Il ne lui est pas autorisé de déroger à celle-ci et de proposer d'autres conditions.

Lorsqu'une nouvelle proposition du Bureau du suivi n'est pas appliquée par une compagnie, le candidat-prenneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

## b. Vue globale

En 2020, le Bureau du suivi a reçu 378 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 194 demandes relatives à des surprimes et 184 relatives à des refus d'assurance. La différence entre refus et surprimes s'est ainsi légèrement estompée par rapport aux années précédentes.

Parfois, l'assureur n'est pas disposé à offrir une couverture au moment souhaité par le candidat-prenneur d'assurance, mais lui propose de réévaluer la situation à une date ultérieure afin d'avoir du recul par rapport à un diagnostic posé récemment ou à un traitement encore en cours, pour ne citer que deux exemples. Il sera alors question d'un ajournement de la décision. Le Bureau du suivi considèrera un ajournement comme un refus d'assurance, dans la mesure où l'assureur n'est pas (encore) disposé à offrir une couverture.

Le Bureau du suivi a examiné lors de chaque demande quel type de pathologie était à l'origine de la surprime ou du refus et a regroupé les pathologies par catégories. Pour les dossiers où plusieurs affections sont à l'origine de la décision, on parlera de polypathologie.

Voici les données statistiques relatives aux demandes introduites entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2020.

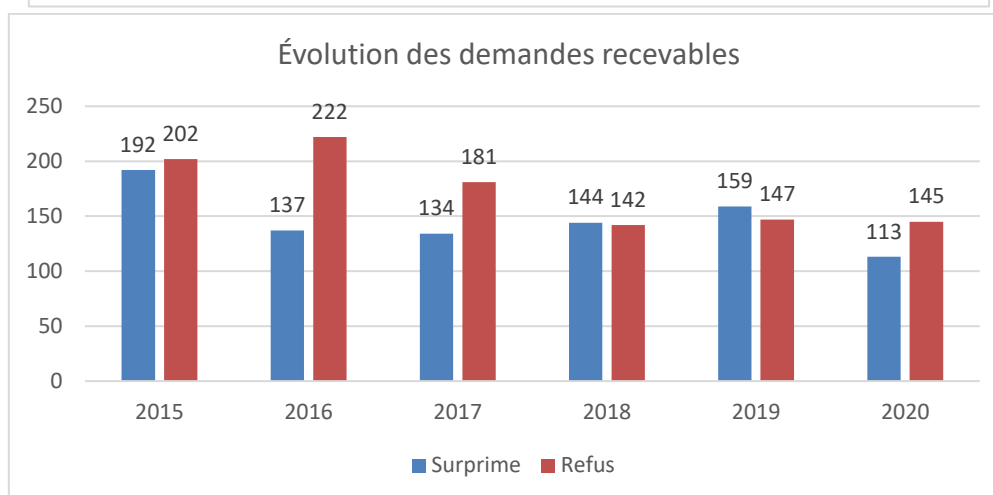
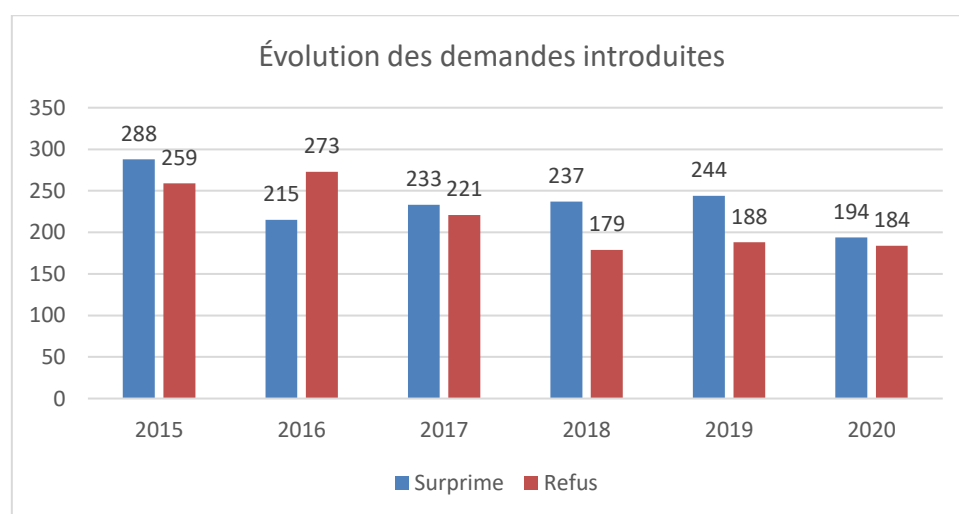




Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus
Demands introduites	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188	<b>378</b>	<b>194</b>	<b>184</b>
Demands incomplètes	85			71			62			63			47			51		
Demands irrecevables	68			58			77			67			79			69		
Demands recevables et examinées	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	<b>258</b>	<b>113</b>	<b>145</b>
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	<b>212</b>	<b>89</b>	<b>123</b>
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>14</b>
Nouvelles propositions de l'assureur	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

Dans 69 cas, le Bureau du suivi a estimé que la demande soumise était irrecevable. Dans ces cas, la surprime médicale ne dépassait pas les 75% de la prime de base ou l'assurance ne servait pas à la couverture de l'habitation propre et unique. Il peut également s'agir d'une surprime ou d'un refus d'assurance lié au mode de vie, pour lequel le Bureau du suivi n'est pas compétent.

Dans certains cas, il s'avère que la proposition d'assurance avec surprime est signée pour accord par le candidat-preneur d'assurance après introduction d'une demande d'analyse auprès du Bureau du suivi. Dès lors, le Bureau demandera à l'assureur concerné confirmation que la police est déjà conclue. Dans l'affirmative, la demande sera déclarée irrecevable. Dans l'autre cas, le Bureau du suivi interrogera l'assureur concerné.

### c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2020, le Bureau du suivi a analysé 258 cas où l'assureur a décidé d'appliquer une surprime ou un refus d'assurance en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

Parmi ces dossiers examinés, 113 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 145 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2020	Total	Surprime	Refus
Polypathologie	53	21	32
Tumeurs, affections malignes ou cancer	51	12	39
Cœur et vaisseaux sanguins	43	15	28
Diabète, intolérance au glucose	20	19	1
Affections psychiques	17	9	8
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	16	11	5
Système nerveux et cerveau	13	7	6
Système respiratoire	11	0	11
Système digestif ou ventre	10	5	5
Reins ou voies urinaires	8	5	3
Maladies infectieuses ou parasitaires	7	6	1
Maladies système ou auto-immunitaire	3	2	1
Sang et ganglions lymphatiques	2	0	2
Muscles et articulations	1	0	1
Peau	1	0	1
Autres affections	2	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>113</b>	<b>145</b>

Par rapport à l'année précédente, on constate que la tendance s'est inversée : le Bureau du suivi a examiné plus de refus que de surprimes. Au fil des séances, nous avons constaté que les dossiers soumis concernaient bien souvent des affections critiques, sur des durées de contrat allant en général de 15 à 30 ans, qui ne permettaient pas d'envisager une couverture dans l'immédiat.

Pour la première fois, la catégorie « Polypathologie » arrive en tête. Parmi les combinaisons les plus courantes, citons par exemple le diabète associé à du surpoids, ou encore l'obésité morbide associée à des antécédents cardiovasculaires. Une affection psychique peut, elle aussi, se voir associée à d'autres facteurs de risque.

Concernant les cancers, les refus analysés sont trois fois plus nombreux que les surprimes, mais il convient de nuancer ces chiffres : les refus ne sont pas toujours « définitifs ». En effet, une compagnie peut proposer un ajournement après un délai précis, notamment défini dans la grille de référence instaurée par le droit à l'oubli. Une compagnie attend ainsi la fin d'un traitement ou le délai à partir duquel un patient présente moins de risques de décès. Cette période d'attente peut aller de quelques mois à quelques années, selon le cas. Le candidat-assuré est dès lors invité, par la suite, à s'adresser à nouveau à la compagnie et à demander de reconsidérer la situation.

Bien que l'ordre du trio de tête change, nous retrouvons les cancers, les polyopathologies et les affections cardiaques, comme les années précédentes.

Les onze demandes relatives à des affections respiratoires ont trait à un refus. Cette catégorie comprend entre autres des maladies telles que la mucoviscidose. À noter qu'à partir de cette année, cette maladie est reprise dans la grille de référence dans le cadre du droit à l'oubli. Si des conditions particulières sont bien remplies, la loi prévoit qu'un patient atteint de mucoviscidose peut obtenir une couverture, avec une surprime médicale plafonnée. Le Bureau du suivi n'a néanmoins pas examiné de tels cas.

Au vu du caractère individuel de chaque demande examinée, il est impossible de comparer ces 258 dossiers personnels qui ont été analysés distinctement et de pouvoir en tirer des conclusions univoques, uniquement sur la base des éléments de motivation et de la décision prise par le Bureau du suivi. Ceci pourrait d'une part engendrer de fausses attentes et, d'autre part, également mener à des déductions erronées.

### Un regard sur les surprimes examinées

En 2020, le Bureau du suivi a examiné 113 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui constitue une diminution de 46 dossiers par rapport à 2019. Après examen, il s'est avéré dans 89 dossiers que la décision de l'entreprise d'assurance d'appliquer une surprime médicale se justifiait et a dès lors été suivie par le Bureau du suivi. Cette proportion de décisions confirmées a été de 79% en 2020, pour 73% en 2019 : on constate dès lors que le Bureau a davantage suivi les points de vue motivés des compagnies d'assurance. Les surprimes confirmées par le Bureau se répartissent comme suit :

Tableau 3

<b>Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur</b>	
Polypathologie	17
Cœur et vaisseaux sanguins	11
Diabète, intolérance au glucose	11
Tumeurs, affections malignes ou cancer	11
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	9
Affections psychiques	8
Maladies infectieuses ou parasitaires	6
Système nerveux et cerveau	6
Reins ou voies urinaires	5
Système digestif ou ventre	3
Maladies système ou auto-immunitaire	1
Autres affections	1
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>

Dans 18 dossiers (20%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-preneur d'assurance. Toutes, sans exception, ont été suivies par les assureurs concernés, qui ont ainsi établi un contrat aux conditions préconisées par le Bureau.

Dans certains cas, l'entreprise d'assurance constate, lors de la constitution de son dossier pour le Bureau du suivi, que la décision initiale peut être rectifiée et elle a alors formulé une nouvelle proposition à son candidat de sa propre initiative. Cette situation est survenue dans le cadre de 6 dossiers, soit près de 7%. La surprime est alors revue à la baisse, voire annulée par l'assureur.

Au total, ce sont donc 24 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés suite à la demande de justification du Bureau du suivi introduit par le candidat, ce qui représente 27% de réformes. Ce pourcentage n'évolue pratiquement pas.

Tableau 4

<b>Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée</b>	
Diabète, intolérance au glucose	7
Polypathologie	4
Cœur et vaisseaux sanguins	3
Système digestif ou ventre	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Système nerveux et cerveau	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

Tableau 5

<b>Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur</b>	
Affections psychiques	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Diabète, intolérance au glucose	1
Système digestif ou ventre	1
Maladies systémiques et auto-immunes	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

Vu les catégories d'affections très diverses pour lesquelles tant le Bureau du suivi que les assureurs concernés ont fait une nouvelle proposition de surprime, il n'est pas possible de déterminer l'un ou l'autre type d'affection plus susceptible de faire l'objet d'une nouvelle proposition par le Bureau du suivi. Cependant, uniquement sur la base des chiffres des années précédentes, nous constatons que les surprimes relatives au diabète ont été davantage réformées en 2020.

### Un regard sur les refus examinés

En 2020, le Bureau du suivi a examiné 145 refus d'assurance, soit à peine deux de moins qu'en 2019 malgré la diminution significative des demandes introduites.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 123 dossiers – soit 85 % des cas – que le refus se justifiait d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le pourcentage de refus jugés raisonnables d'un point de vue médical et au regard des techniques de l'assurance par le Bureau du suivi évolue ainsi légèrement par rapport aux années précédentes.

Tableau 6

<b>Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur</b>	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	34
Polypathologie	29
Cœur et vaisseaux sanguins	26
Système respiratoire	10
Affections psychiques	5
Système digestif ou ventre	5
Système nerveux et cerveau	3
Reins ou voies urinaires	3
Sang et ganglions lymphatiques	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	2
Muscles et articulations	1
Maladies système ou auto-immunitaire	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Peau	1
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>

De manière générale, on peut estimer qu'un refus pour raisons médicales peut avoir trois causes :

- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à court terme paraît défavorable ;
- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à plus long terme paraît défavorable ;
- L'évolution ou le pronostic de la maladie est (encore) insuffisamment décrite par la science. Ceci peut être dû au manque de recul scientifique d'une maladie rare, de l'effet d'une (nouvelle) thérapie ou d'un traitement récent, la possibilité de stabilisation d'une affection, etc.

Il est également possible que l'entreprise d'assurance refuse de proposer un contrat lorsque le candidat-assuré ne fournit pas tous les éléments médicaux demandés, de sorte que l'entreprise d'assurance concernée ne peut évaluer le risque.

Lorsque le Bureau du suivi l'estime approprié, il énonce dans son avis que des éléments médicaux sont manquants pour évaluer adéquatement l'état de santé. Il invite dès lors la compagnie à demander les éventuels rapports complémentaires nécessaires à une analyse fiable de l'état de santé du candidat.

Dans 14 dossiers (10%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-preneur d'assurance. Dans 12 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 2 propositions sur les 14 n'ont pas été suivies par les assureurs concernés.

Tout comme cela a été le cas pour les surprimes, les entreprises d'assurance concernées ont pu revoir leur décision de refus lors de la préparation du dossier. Là où elle avait initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 8 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que 5,5% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce. Au total, ce sont 20 refus qui ont finalement abouti à une réforme. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

<b>Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée</b>	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	4
Système nerveux et cerveau	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	2
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Affections psychiques	2
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>

Tableau 8

<b>Refus : nouvelle proposition de l'assureur</b>	
Polypathologie	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Diabète, intolérance au glucose	1
Système nerveux et cerveau	1
Affections psychiques	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Autres affections	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>

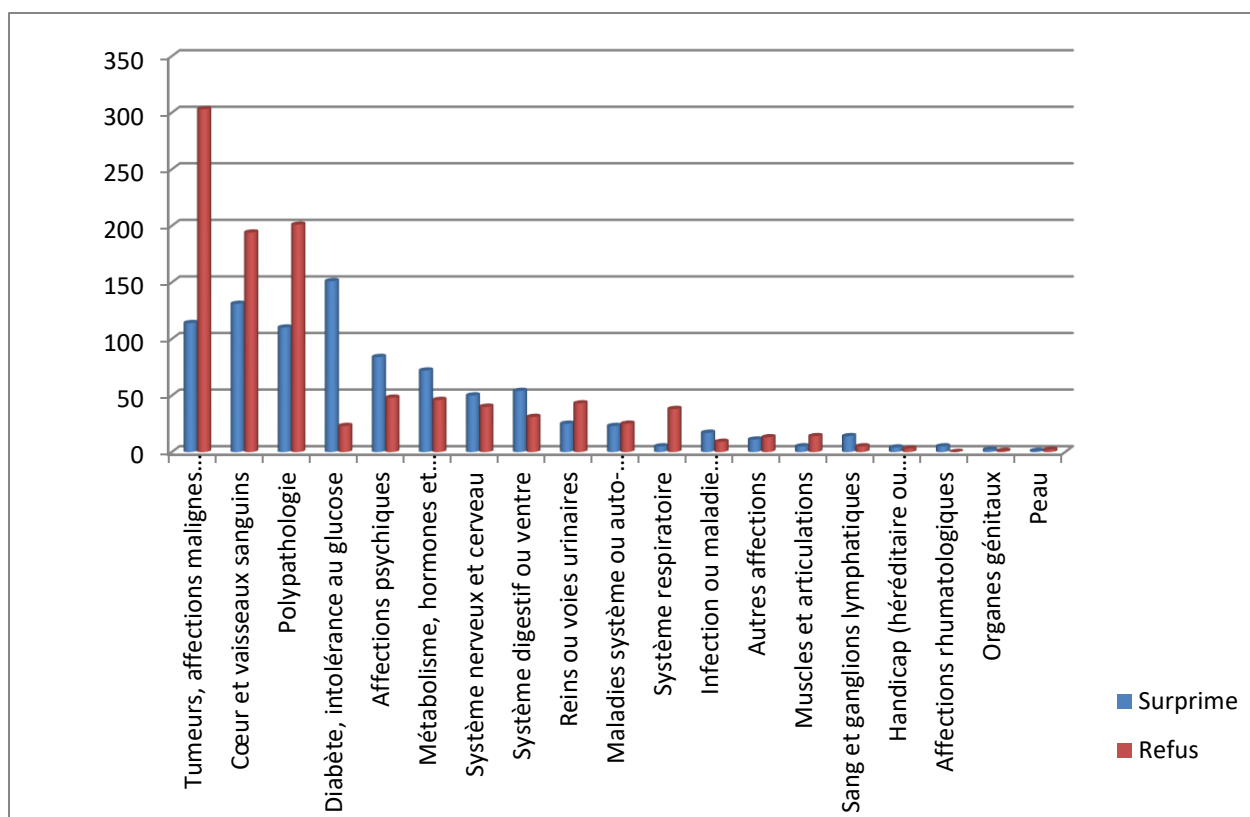
Les 2 dossiers pour lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas suivi la proposition du Bureau du suivi concernent une maladie respiratoire, et un cas de polypathologie.



#### d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

<b>Au fil des années : demandes examinées depuis 2015</b>			
<b>Pathologie</b>	<b>Total</b>	<b>Surprime</b>	<b>Refus</b>
Tumeurs, affections malignes ou cancer	417	114	303
Cœur et vaisseaux sanguins	325	131	194
Polypathologie	311	110	201
Diabète, intolérance au glucose	174	151	23
Affections psychiques	132	84	48
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	118	72	46
Système nerveux et cerveau	90	50	40
Système digestif ou ventre	85	54	31
Reins ou voies urinaires	68	25	43
Maladies système ou auto-immunitaire	48	23	25
Système respiratoire	43	5	38
Maladies infectieuses ou parasitaire	26	17	9
Autres affections	26	12	14
Muscles et articulations	19	5	14
Sang et ganglions lymphatiques	19	14	5
Handicap (héréditaire ou après accident)	7	4	3
Affections rhumatologiques	5	5	0
Organes génitaux	3	2	1
Peau	3	1	2
	<b>1919</b>	<b>879</b>	<b>1040</b>

<b>Résultats globaux</b>	<b>Total</b>	<b>Surprime</b>	<b>Refus</b>
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	1919	879	1040
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	1519	655	864
% du total	79,2%	74,5%	83,1%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	242	144	98
% du total	12,6%	16,4%	9,4%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	27	8	19
% du total	1,4%	0,9%	1,8%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	131	72	59
% du total	6,8%	8,2%	5,7%



D'un point de vue global, la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme fondée dans un peu moins de 8 dossiers sur 10, ce qui n'a pas fondamentalement changé par rapport aux années précédentes. Il ressort également qu'en moyenne, les refus d'assurance appliqués par les entreprises d'assurance sont davantage suivis par le Bureau que les surprimes.

En tout et pour tout, environ 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi. Cette proportion n'a, elle non plus, pratiquement pas évolué.

Concernant les types de maladie, on peut observer que le Bureau du suivi est le plus souvent sollicité par des candidats-assurés ayant des antécédents de cancer – une constante au fil des ans - une problématique cardiaque ou une combinaison d'affections (polypathologie). Ces trois catégories représentent une majorité des dossiers analysés, et se caractérisent par un nombre significatif de refus. En effet, elles constituent à elles seules deux-tiers des refus examinés. Les données chiffrées de 2020 ne remettent pas en question cet ordre.

Les surprimes les plus fréquemment analysées par le Bureau du suivi ont trait au diabète, aux affections cardiaques et à des types de cancer. Ces trois catégories représentent presque la moitié des surprimes examinées.

Les 6 types de maladie les plus fréquentes en matière de surprimes (diabète, cœur, cancers, polypathologie, affections psychiques et métabolisme) représentent approximativement 3 dossiers sur 4.

## 2. Délai de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, le Bureau du suivi vérifie entre autres si :

- elle concerne une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base ou un refus en raison de l'état de santé du candidat-assuré
- le but de l'assurance est de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique

Une fois qu'il est clairement établi que la demande est recevable, l'entreprise d'assurance a deux semaines pour fournir au Bureau du suivi tous les éléments dont il dispose et qui sont nécessaires à l'examen du dossier. Il est demandé à l'entreprise d'assurance de motiver sa décision de manière circonstanciée et de compléter le dossier par les éléments médicaux que le candidat-assuré lui a fournis.

Le Bureau du suivi constate que le délai de réponse est stable par rapport aux années précédentes. Globalement, l'entreprise d'assurance fournit les renseignements requis endéans le délai imparti de 15 jours.

Dès que le dossier est complet, le Bureau du suivi dispose à son tour d'un délai de 15 jours ouvrables afin d'examiner la demande introduite.

D'ordinaire, le Bureau du suivi traite les dossiers endéans ledit délai. Néanmoins, dans certains cas où le Bureau du suivi demande des informations complémentaires ou des précisions, le délai de traitement peut se voir rallongé. De manière générale, la gestion complète d'un dossier prend environ un mois.

Au fil du temps, une routine et une méthodologie se sont mises en place et le Bureau du suivi constate également que tous les intéressés (entreprises d'assurance, membres du Bureau, secrétariat) poursuivent cette évolution positive manifeste.

Il convient également de souligner que la crise sanitaire n'a pas eu de réelle incidence sur le délai de gestion des dossiers. La seule ombre au tableau concerne la correspondance effectuée par voie postale : le télétravail n'a pas permis de relever le courrier quotidiennement au bureau.

### III. Questionnaires médicaux

De manière générale, les questionnaires médicaux des entreprises d'assurance ont été soumis à l'analyse du Bureau du suivi dans l'année qui a suivi son entrée en vigueur, en 2015, et dans une moindre mesure en 2016. Depuis lors, le Bureau a principalement reçu deux types de demandes :

- Des modifications apportées à un questionnaire médical par un assureur, qui en informe le Bureau du suivi en vue de son approbation.
- L'analyse et l'approbation de questionnaires médicaux électroniques mis en place par un certain nombre d'entreprises d'assurance.

En 2020, le Bureau du suivi n'a pas examiné de nouveaux questionnaires à proprement parler. Il s'est uniquement penché sur des adaptations ponctuelles que les assureurs ont voulu apporter à leurs questionnaires.

Il arrive également qu'une question attire l'attention d'un candidat lorsqu'il remplit un questionnaire, ou qu'un membre du Bureau du suivi remarque un passage non conforme au cours de l'analyse d'un dossier. Il se peut en effet qu'un intermédiaire, par exemple, utilise une version antérieure à celle approuvée par le Bureau du suivi. Dans ce cas, le Bureau du suivi ne manque pas de le signaler à l'instance concernée et demande de rectifier le passage en question. Il s'agit notamment de questions relatives aux données génétiques, qui ne peuvent en aucun cas être utilisées dans la motivation et la tarification. Le Bureau du suivi est sensible à la question et veille à ce que les dispositions légales soient respectées.

En cas de problèmes persistants et à défaut de réaction de la part de l'entreprise ou de l'intermédiaire concerné, le Bureau du suivi se réserve le droit d'interpeller la FSMA, autorité de contrôle du secteur. La FSMA peut en outre être sollicitée, en dernier recours, lorsque les membres du Bureau du suivi relèvent des manquements récurrents dans les motivations et les dossiers préparés par une entreprise d'assurance.

Il convient de rappeler que l'analyse d'un questionnaire médical relève d'un équilibre délicat entre la vie privée du candidat-assuré et la nécessité de l'entreprise d'assurance de pouvoir évaluer adéquatement le risque à assurer. Rappelons également qu'un questionnaire médical a finalement pour but d'aider le candidat-assuré à remplir son obligation de déclaration tel que prévu légalement.

## IV. Rapport du Data Protection Officer

Comme l'ensemble des instances concernées, le Bureau du suivi a pris dûment connaissance du contenu des dispositions du Règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD). Étant donné que les membres et le secrétariat sont amenés, dans l'analyse ou l'encodage des dossiers, à traiter des données médicales, le service a pris les mesures additionnelles qui s'imposent. Il convient toutefois de signaler qu'au vu du caractère hautement sensible de certaines données, les précautions de rigueur s'appliquaient déjà auparavant.

Un délégué à la protection des données, également appelé Data Protection Officer (DPO), veille au respect des règles en matière de protection des données. Le DPO fait directement rapport au président du Bureau et dispose de moyens suffisants (en temps, en ressources humaines et matérielles et en budget).

Le DPO est bien évidemment le point de contact obligatoire en cas de fuite de données, mais également la personne de référence pour les questions de la part des parties concernées (personnes reprises, membres et secrétariat, voire autorités) relatives au traitement des données par le Bureau.

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

*Le DPO peut être contacté par courriel à l'adresse [dirk@dps4u.be](mailto:dirk@dps4u.be), ou par courrier postal adressé au Bureau du suivi.*

## V. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

- À quel sujet ?

L'assurance solde restant dû doit concerner un prêt hypothécaire pour l'habitation propre et unique. De plus, cette assurance solde restant dû doit avoir été refusée pour des raisons de santé ou la surprime doit être supérieure à 75% (de la prime de base) en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

L'entreprise d'assurance indiquera dans sa lettre de décision si ces conditions sont remplies.

- Comment ?

Le candidat-preneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances ou un des membres du Bureau du suivi peuvent introduire une demande d'examen.

Les éléments suivants sont nécessaires afin de pouvoir entamer l'analyse de la décision :

- Une **demande** d'examen adressée au Bureau du suivi ;
- Une copie ou un scan de la **décision de l'assureur** (proposition de surprime ou refus)
- Une **autorisation** (exemplaire disponible sur le site, fournir l'original par la poste avec une copie recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées). Avec ce document, le Bureau du suivi peut demande le dossier médical du candidat-assuré. Le document comporte également une déclaration expresse que l'assurance solde restant dû couvre un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique et qu'il est possible que le Bureau du suivi puisse se renseigner à ce propos auprès du Cadastre.

La demande d'examen doit être introduite par écrit, par la poste, courriel ou par [le formulaire de contact](#) sur le site internet.

### Coordonnées de contact

*Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*

*Square de Meeûs 35*

*1000 Bruxelles*

[info@bureaudusuivi.be](mailto:info@bureaudusuivi.be)

[www.bureaudusuivi.be](http://www.bureaudusuivi.be)

Tél. : 02 547 57 70

Fax : 02 547 59 75

E.R. Bruno Bulthé, Président, *Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*.

D/2019/13.852/1

*Een Nederlandstalige versie is beschikbaar in Pdf-formaat op de website [www.opvolgingsbureau.be](http://www.opvolgingsbureau.be)*

## **VI. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli**

L’année 2020 marque également le début de la collaboration entre le Bureau du suivi et le KCE (le Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé) autour d’un projet d’envergure, inspiré du dispositif du « droit à l’oubli » existant en France.

En Belgique, la loi du 4 avril 2019 instaure un droit à l’oubli pour certaines assurances solde restant dû, offrant aux personnes qui sont, depuis 10 ans, déclarées guéries d’une affection cancéreuse, l’occasion de souscrire une assurance sans surprime liée à ces antécédents. La loi du 4 avril 2019 permet aussi d’introduire des délais d’attente réduits pour certaines pathologies particulières (cancéreuses ou chroniques) listées dans deux grilles de référence. Cette loi prévoit que le KCE réévaluera tous les deux ans les grilles de référence, en fonction des progrès médicaux et des données scientifiques disponibles et qu’il communiquera une proposition d’adaptation de ces grilles au Bureau du suivi de la tarification.

Les réunions entre les deux services concerneront dès lors l’évaluation et la priorisation des sujets d’étude sur la base de critères d’évaluation précis (pertinence, ampleur du problème et faisabilité de l’étude). Il est prévu que le KCE et le Bureau du suivi se réunissent plusieurs fois par an en vue de cette concertation. Un comité d’évaluation donnera son avis sur les projets qui seront admis ou non. Ce comité se composera de membres du KCE, de membres du Bureau du suivi, et d’éventuels cliniciens spécialisés dans la prise en charge d’une pathologie donnée.

Les premiers échanges entre les deux institutions se sont avérés fructueux, et nul doute que les liens mutuels se renforceront au fil du temps.



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

Square de Meeûs, 35  
1000 Bruxelles