



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

Rapport annuel d'activité

2021

Tables des matières

Avant-propos	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi	4
Des chiffres qui repartent à la hausse	6
II. Résultats	7
1. Chiffres	7
a. Introduction.....	7
b. Vue globale	8
c. Les demandes examinées plus en détail	10
Un regard sur les surprimes examinées	12
Un regard sur les refus examinés	15
d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi	17
2. Délai de gestion	20
III. Questionnaires médicaux.....	21
IV. Rapport du Data Protection Officer	22
V. Contact et procédure	23
VI. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli	24

Avant-propos

Au 1^{er} janvier 2021, la pandémie battait toujours son plein. Cependant, les mesures sanitaires tendaient à s'assouplir au fil des mois et les Belges, à cheval entre la prudence et l'espoir, ont ressorti certains projets de vie du placard.

Sans doute les longs moments de confinement ont-ils favorisé la réflexion. Pour bon nombre, l'achat d'un bien immobilier adapté est devenu une priorité absolue, la soif d'espace et de grand air étant bien souvent un critère de choix. Le marché immobilier a été pris d'assaut et, malgré une hausse spectaculaire des prix, les transactions ont atteint des niveaux pré-Covid.

Les assurances solde restant dû ont logiquement suivi cette évolution. Dans ce contexte, le Bureau du suivi a enregistré une augmentation notable des demandes introduites. Toujours est-il que son fonctionnement n'a guère changé. Le Bureau demeure un lieu de rencontre entre assureurs, patients et consommateurs, un carrefour où les sciences médicales et actuarielles se croisent en bonne intelligence.

En ce qui concerne le droit à l'oubli, les premiers enseignements ont pu être tirés. La grille de référence, qui viendra progressivement s'étoffer, est désormais intégrée par tous les acteurs du secteur, et de plus en plus auprès des consommateurs.

Dans les limites de ses compétences, le Bureau du suivi poursuit sa route avec sérieux et dévouement. À travers ces quelques lignes, je tiens dès lors à remercier le secrétariat ainsi que tous les membres – médecins, actuaires et juristes - qui, en plus de leurs occupations professionnelles respectives, ne lésinent pas sur les efforts pour éplucher des dossiers médicaux, déchiffrer des tableaux de surmortalité et rendre un avis fondé, en toute objectivité. Ils sont, en définitive, les têtes pensantes et le moteur de cet organisme que j'ai l'honneur de présider.

Bonne lecture,

Bruno Bulthé
Président

I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairemment 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. 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).

Des chiffres qui repartent à la hausse

Après cinq années de tassement, les demandes d'intervention adressées au Bureau ont connu une recrudescence significative en 2021, sans toutefois atteindre les chiffres de 2015, première année d'activité. Au total, ce sont 495 qui ont été introduites, contre 378 en 2020 à titre de comparaison.

Pour obtenir le chiffre exact des demandes examinées, il convient d'écartier les demandes irrecevables (79) et classées sans suite (62), ce qui donne un total de 354 dossiers traités. Rappelons que le Bureau est légalement compétent dans le cadre de l'habitation propre et unique et au-delà du seuil de 75% de surprime médicale. De même, certains candidats-assurés ne complètent pas leur demande, soit parce qu'ils ont trouvé une solution auprès de l'assureur concerné ou d'une autre compagnie, soit parce qu'ils sont tenus par des délais, soit parce qu'ils décident finalement de ne pas souscrire d'assurance solde restant dû.

En 2021, l'intervention a débouché sur 74 propositions de réforme de la décision initiale de l'assureur. Le Bureau a émis 43 nouvelles propositions, dont 37 ont été suivies par les assureurs, et ces derniers ont formulé une nouvelle proposition à leur initiative dans 31 cas.

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-prenneur 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-prenneur 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-assurés 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.

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 2021, le Bureau du suivi a reçu 495 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 228 demandes relatives à des surprimes et 267 relatives à des refus d'assurance. La tendance s'est ainsi inversée par rapport à 2020, où le Bureau a examiné davantage de surprime que de refus.

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.

Lorsque le droit à l'oubli s'applique au dossier examiné, le Bureau du suivi ne manque pas de le rappeler à l'assureur concerné. Il s'en remet exclusivement à la grille de référence prévue à cet effet lorsque les conditions prévues dans cette grille sont remplies.

Voici les données statistiques relatives aux demandes introduites entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2021.

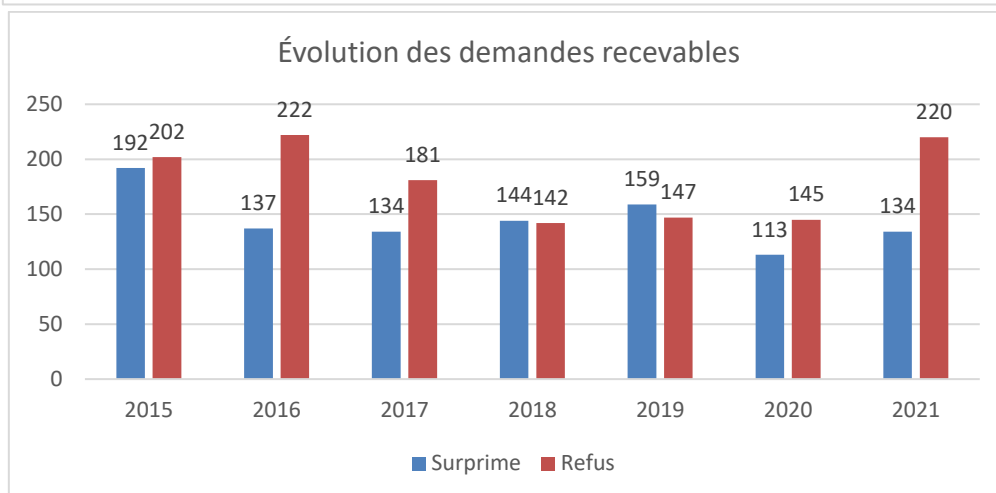
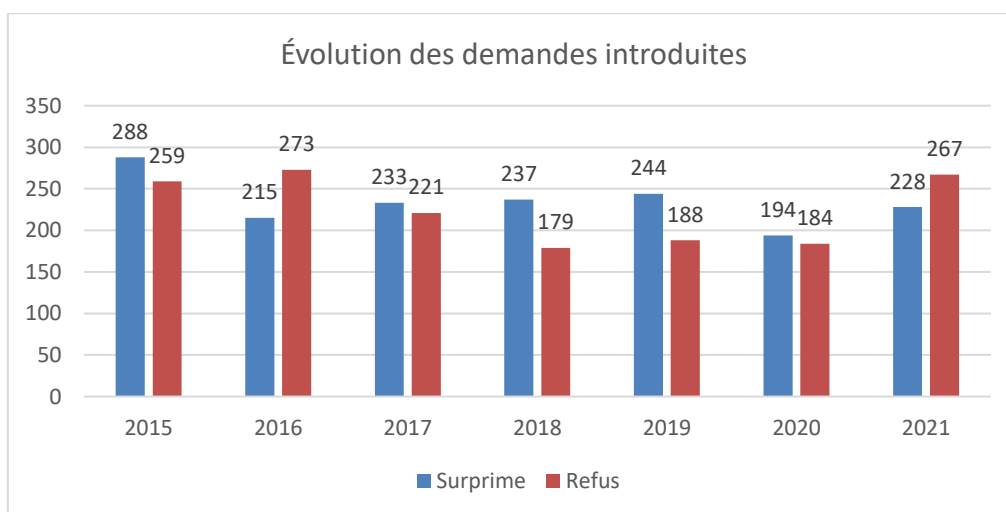


Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	Total	Surprime	Refus	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	378	194	184	495	228	267
Demands incomplètes	85			71			62			63			47			51			62		
Demands irrecevables	68			58			77			67			79			69			79		
Demands recevables et examinées	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145	354	134	220
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123	280	95	185
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14	43	27	16
Nouvelles propositions de l'assureur	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8	31	12	19

c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2021, le Bureau du suivi a analysé 354 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, 134 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 220 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2021	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	66	11	55
Polypathologie	63	19	44
Cœur et vaisseaux sanguins	62	19	43
Diabète, intolérance au glucose	37	27	10
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	35	14	21
Reins ou voies urinaires	20	7	13
Affections psychiques	15	11	4
Système nerveux et cerveau	10	7	3
Système digestif ou ventre	9	2	7
Sang et ganglions lymphatiques	9	3	6
Maladies infectieuses ou parasitaires	7	5	2
Muscles et articulations	4	0	4
Système respiratoire	3	1	2
Maladies système ou auto-immunitaire	3	2	1
Nez, gorge, oreilles	2	1	1
Handicap	1	1	0
Organes génitaux	1	0	1
Autres affections	7	4	3
TOTAL	354	134	220

Au fil des ans, l'ordre des trois premières catégories peut changer, mais elles se retrouvent chaque année dans le trio de tête. En 2021, elles ont toutes connu une augmentation significative. Cette année, les demandes relatives aux cancers, aux polypathologies et aux affections cardiaques représentent à nouveau plus de la moitié des dossiers traités. À noter que parmi ces trois catégories, les refus prédominent largement. Il s'agit en effet de dossiers médicaux complexes.

Concernant les candidats-assurés diabétiques, le constat est diamétralement opposé. Ils sont désormais bien plus souvent confrontés à une surprime médicale. Les refus d'assurance concernent des diabètes mal équilibrés ou déjà associés à diverses complications.

Malgré la hausse générale des demandes adressées au Bureau du suivi, les dossiers relatifs à des affections psychiques ont diminué par rapport à l'année passée. Dans cette catégorie, nous retrouvons notamment des affections très diverses telles que dépression, bipolarité, troubles psychiques ou psychiatriques divers et syndrome de stress post-traumatique. Les assureurs refusent ou ajournent parfois des dossiers relatifs à des affections psychiques sévères associées à d'autres facteurs de risque tels que des tentatives de suicide, qui sont ensuite soumis à l'analyse du Bureau du suivi.

Une autre baisse notable concerne les affections respiratoires. Il convient de souligner, d'une part, des progrès considérables dans le traitement de certaines affections, et, d'autre part, l'instauration de la grille de référence dans le cadre du droit à l'oubli, qui prévoit un accès à l'assurance solde restant dû pour les patients atteints de mucoviscidose, sous certaines conditions bien définies. Dans les mois qui ont suivi son entrée en vigueur, il est arrivé que le Bureau doive rappeler l'existence du droit à l'oubli à certaines compagnies d'assurance.

Il est utile de rappeler que les refus ne sont pas toujours « définitifs ». En effet, une compagnie peut proposer un ajournement après un délai précis. Pour certaines maladies chroniques et certains types de cancer, ces délais sont définis dans la grille de référence instaurée par le droit à l'oubli. Il se peut qu'une compagnie attende ainsi l'issue d'une opération, la fin d'un traitement ou le délai à partir duquel le risque diminue. 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 réintroduire une demande auprès de la compagnie concernée.

Comme chaque année, il est néanmoins impossible de tirer des conclusions univoques uniquement sur la base de ces 354 dossiers analysés, chiffre qui demeure marginal au regard du marché global de l'assurance solde restant dû. Cette situation peut s'expliquer par les délais auxquels sont tenus les candidats-assurés, qui signent parfois une proposition d'assurance par manque de temps.

Un regard sur les surprimes examinées

En 2021, le Bureau du suivi a examiné 134 dossiers relatifs à des surprimes médicales, soit 21 de plus qu'en 2020. Après examen, il s'est avéré dans 95 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 donc été de 71% en 2021, contre 79% en 2020 : on constate dès lors que la convergence d'opinions entre le Bureau et les entreprises d'assurance a très légèrement diminué. Les surprimes confirmées par le Bureau se répartissent comme suit :

Tableau 3

Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Cœur et vaisseaux sanguins	17
Polypathologie	16
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	14
Diabète, intolérance au glucose	12
Tumeurs, affections malignes ou cancer	10
Affections psychiques	8
Reins ou voies urinaires	6
Système nerveux et cerveau	3
Sang ou système lymphatique	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Système digestif ou ventre	1
Maladies système ou auto-immunitaire	1
Système respiratoire	1
Nez, gorge, oreilles	1
Handicap	1
Autres affections	1
TOTAL	95

Dans 27 dossiers (20%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-preneur d'assurance. Sur ces 27 nouvelles propositions, 24 ont été suivies par les entreprises d'assurance, qui ont alors adapté les conditions du contrat en conséquence. Dans 3 cas de figure, en revanche, l'assureur a décidé de maintenir son point de vue.

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 12

dossiers, soit près de 9%. Ces chiffres reflètent une légère tendance à la hausse. La surprime est alors revue à la baisse, voire annulée par l'assureur, à l'initiative de ce dernier.

Au total, ce sont donc 36 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 au fil des ans, oscillant entre 25% et 30%.

Tableau 4

Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée	
Diabète, intolérance au glucose	11
Maladies infectieuses ou parasitaires	4
Système nerveux et cerveau	3
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Polypathologie	1
Affections psychiques	1
Maladies systématiques et auto-immunes	1
Autres affections	1
TOTAL	24

Tableau 5

Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur	
Diabète, intolérance au glucose	3
Affections psychiques	2
Sang ou système lymphatique	1
Reins et système urinaire	1
Système nerveux et cerveau	1
Polypathologie	1
Système digestif ou ventre	1
Autres affections	2
TOTAL	12

Comme chaque année, les surprimes relatives au diabète font l'objet d'un certain nombre de nouvelles propositions. En dehors de ce constat, il n'est pas possible de déterminer quelles sont les affections susceptibles de déboucher sur une réforme, sur proposition du Bureau ou à l'initiative de l'assureur.

À noter que dans le cadre de certains dossiers, le Bureau du suivi s'en est remis au droit à l'oubli, qui peut plafonner une surprime si toutes les conditions relatives à une pathologie reprise dans la grille sont remplies. Cet argument, avant tout légal, ne donne lieu à aucune discussion possible.

Un regard sur les refus examinés

En 2021, le Bureau du suivi a examiné 220 refus d'assurance, ce qui représente tout de même une augmentation de 75 dossiers par rapport à l'année précédente.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 185 dossiers – soit 84 % 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 n'a pour ainsi dire pas évolué.

Tableau 6

Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	49
Polypathologie	37
Cœur et vaisseaux sanguins	35
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	14
Reins ou voies urinaires	13
Diabète	8
Système digestif ou ventre	7
Sang et ganglions lymphatiques	5
Affections psychiques	3
Muscles et articulations	3
Système nerveux et cerveau	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Système respiratoire	1
Maladies système ou auto-immunitaire	1
Nez, gorge, oreilles	1
Organes génitaux	1
Autres affections	3
TOTAL	185

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.

L'état de santé de tout un chacun pouvant évoluer au fil du temps, un refus n'est en théorie jamais définitif, comme en témoignent les ajournements appliqués par les assureurs, ou les délais prévus par le droit à l'oubli. 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 16 dossiers (7%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-prenneur d'assurance. Dans 13 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 3 propositions sur les 16 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 19 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que près de 9% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce.

Au total, ce sont 32 refus qui ont finalement abouti à une réforme. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée	
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	5
Polypathologie	4
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Système nerveux et cerveau	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
TOTAL	13

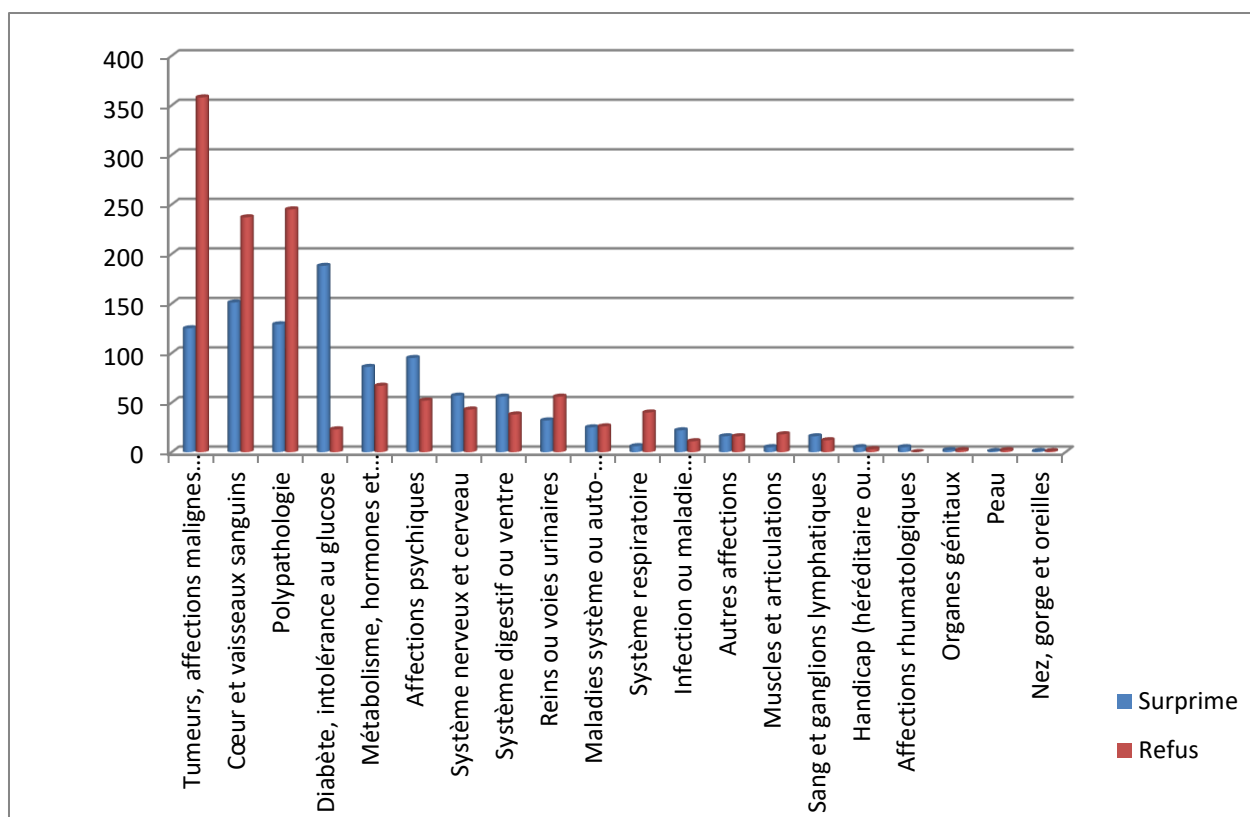
Tableau 8

Refus : nouvelle proposition de l'assureur	
Cœur et vaisseaux sanguins	6
Tumeurs, affections malignes ou cancer	3
Polypathologie	3
Diabète, intolérance au glucose	2
Affections psychiques	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Système respiratoire	1
Sang ou système lymphatique	1
Autres affections	1
TOTAL	19

d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

Au fil des années : demandes examinées depuis 2015			
Pathologie	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	483	125	358
Cœur et vaisseaux sanguins	388	151	237
Polypathologie	374	129	245
Diabète, intolérance au glucose	211	178	33
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	153	86	67
Affections psychiques	147	95	52
Système nerveux et cerveau	100	57	43
Système digestif ou ventre	94	56	38
Reins ou voies urinaires	88	32	56
Maladies système ou auto-immunitaire	51	25	26
Système respiratoire	46	6	40
Maladies infectieuses ou parasitaire	33	22	11
Autres affections	32	16	16
Muscles et articulations	23	5	18
Sang et ganglions lymphatiques	28	16	12
Handicap (héréditaire ou après accident)	8	5	3
Affections rhumatologiques	5	5	0
Organes génitaux	4	2	2
Peau	3	1	2
Nez, gorge, oreilles	2	1	1
	2273	1013	1260

Résultats globaux	Total	Surprime	Refus
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	2273	1013	1260
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	1799	750	1049
% du total	79,1%	74%	83,2%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	279	168	111
% du total	12,3%	16,6%	8,8%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	33	11	22
% du total	1,5%	1,1%	1,7%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	162	84	78
% du total	7,1%	8,3%	6,2%



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 guère 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 effet, il s'agit la plupart du temps de dossiers complexes ou de situations médicales critiques.

En tout et pour tout, environ 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi. Les chiffres de l'année 2021 ne viennent pas non bouleverser cet équilibre.

Parmi les données qui sautent aux yeux, citons les refus liés aux affections cancéreuses, qu'il convient de nuancer. Grâce à divers traitements, d'une part, et à l'instauration du droit à l'oubli, de l'autre, certains cancers ne donnent pas toujours lieu à des refus catégoriques. Il sera plutôt question d'ajournement : l'assuré, après un délai proposé par l'assureur ou fixé par le législateur, pourra réintroduire une demande d'assurance après un certain délai d'attente et, pour autant qu'il remplisse les conditions énoncées dans la grille de référence, il pourra prétendre à une couverture.

Outre les cancers, on peut observer que le Bureau du suivi est le plus souvent sollicité par des candidats-assurés présentant 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 2021 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 une combinaison d'affections (polypathologie). 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 elle 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 2021, 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 et/ou familiales, 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 doit respecter les 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, 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 demander 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

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 <http://www.opvolgingsbureau.be>

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

Pour rappel, 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. Cette loi établit également des délais d’attente réduits pour certaines pathologies (cancéreuses ou chroniques) énoncées dans deux grilles de référence. Le KCE réévaluera tous les deux ans les grilles de référence, en fonction des progrès médicaux et des données scientifiques disponibles, et communiquera une proposition d’adaptation de ces grilles au Bureau du suivi de la tarification. Le Bureau du suivi devra ensuite les communiquer, assorties de son propre avis, aux autorités politiques compétentes qui décideront finalement d’acter ou non les modifications proposées.

En 2020 et 2021, les réunions entre les deux services ont porté sur 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). Le KCE et le Bureau du suivi se sont réunis plusieurs fois dans le cadre de cette concertation. Un comité d’évaluation a donné son avis sur les projets qui seront admis ou non. Ce comité se compose de membres du KCE, de membres du Bureau du suivi, et d’éventuels cliniciens spécialisés dans la prise en charge d’une pathologie donnée. Douze pathologies ont finalement été retenues et classées par ordre de priorité. En 2021, le KCE a entamé une première étude portant sur le cancer du sein, dont les résultats ont été présentés au Bureau du suivi en 2022.

L’année 2021 a donc marqué le début concret de la collaboration entre les deux entités dans le cadre du droit à l’oubli. Collaboration qui se traduira bientôt par l’adaptation des grilles de référence déjà en vigueur. Affaire à suivre de près dans les prochains mois.



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

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles