



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

Jaarverslag over de werking

2020

Inhoudstafel

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
Een logische, maar geen drastische daling.....	6
II. Resultaten.....	7
1. Cijfers.....	7
a. Inleiding	7
b. Algemeen beeld.....	8
c. Meer details over de onderzochte aanvragen	11
Een blik op de onderzochte bijpremies	13
Een blik op de onderzochte weigeringen	15
d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau	17
2. Doorlooptijd	19
III. Medische vragenlijsten	20
IV. Verslag van de Data Protection Officer	21
V. Contactgegevens en procedure	22
VI. Samenwerking KCE–Opvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden...	23

Voorwoord

Het jaar 2020 staat ontegensprekelijk voor altijd in ons collectieve geheugen gegrift. De pandemie heeft diepe sporen nagelaten, al lijkt het einde van de crisis nu eindelijk in zicht te zijn, in een klimaat waarin voorzichtigheid en hoop elkaar afwisselen.

Sommige sectoren gingen in overdrive – denk vooral aan de ziekenhuizen – terwijl andere helemaal tot stilstand kwamen of op halve kracht draaiden. Zo kende de immobiëlenmarkt een maandenlange periode van onzekerheid. Kandidaat-kopers stelden hun plannen uit, panden bezoeken was omslachtig of zelfs verboden. Het algemene klimaat noopte niet bepaald tot kopen, temeer omdat de verwerving van een onroerend goed meestal toch een grondig doordacht levensproject is.

Een hypothecair krediet gaat in de meeste gevallen gepaard met een schuldsaldoverzekering. In de gegeven context kende ook het Opvolgingsbureau een periode van gedwongen kalmte, die van maart tot juli 2020 duurde. Vervolgens zagen we weer een toename bij de aanvragen, waarvan het totale aantal uiteindelijk niet zoveel lager lag dan in 2019. Deze trend, die zich doorzet in 2021, getuigt van een hernieuwde interesse in de vraag naar een woning en een bepaalde levensstijl. De lockdowns hebben sommigen ongetwijfeld op ideeën gebracht en anderen in hun overtuiging gesterkt dat zij een comfortabelere woning wensen, met meer ruimte, of verder van dichtbevolkte kernen gelegen. Daarbij moeten we wel benadrukken dat het niet mogelijk is om algemene conclusies te trekken op basis van het zeer kleine aantal aanvragen dat het Opvolgingsbureau behandelt ten opzichte van de volledige markt.

Ongeacht de hierboven aangehaalde omstandigheden is het Opvolgingsbureau zijn principes trouw gebleven, en heeft het zijn rol van onafhankelijke partij in de verzekeringssector alle eer aangedaan. Dialoog bleef het sleutelwoord, en de overlegvergaderingen zijn gedurende het hele jaar constructief gebleken. Dit leidde tot richtlijnen die cohesie en een coherente aanpak beogen.

Ook te vermelden waard is de inwerkingtreding in april 2020 van het ‘recht om vergeten te worden’, naar Frans voorbeeld. Voortaan is er een referentierooster dat de toegang tot de schuldsaldoverzekering omkadert voor personen die door kanker werden getroffen of aan een chronische ziekte lijden. Dit rooster, waarin nog maar een beperkt aantal aandoeningen is opgenomen, zal met de tijd verder worden uitgewerkt. Samen met het KCE werkt het Opvolgingsbureau mee aan de selectie van nieuwe ziekten die in aanmerking genomen kunnen worden. Deze samenwerking, die al goed op dreef is gekomen, belooft tot vruchtbare gesprekken te leiden en maakt een evolutie in de goede richting mogelijk.

Als we op 2020 terugblikken, blijkt het een leerrijk jaar geweest te zijn. En de toekomst heeft heel wat redenen tot vreugde in petto.

Bruno Bulthé
Voorzitter

I. Voorstelling en werking van het Opgvolgingsbureau

Het Opgvolgingsbureau is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten enerzijds en vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen anderzijds. Zijn voorzitter is een onafhankelijk magistraat, Bruno Bulthé, terwijl André De Muyllder ondervoorzitter is.

Het Bureau is samengesteld uit twee effectieve leden en twee plaatsvervangende leden die zijn aangewezen door de Beroepsvereniging van Verzekeringsondernemingen, een effectief lid 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 vast 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 deze 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 eigen en enige gezinswoning. Het Opgvolgingsbureau gaat na of de beslissing van de verzekeringsonderneming gerechtvaardigd is vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt.

Daarnaast heeft het Opgvolgingsbureau als taak de formulering te onderzoeken en goed te keuren van de vragen die gesteld worden in de medische vragenlijsten die de verzekeringsondernemingen gebruiken. Aangezien de ondernemingen hun vragenlijsten al in de loop van de voorgaande jaren aan het Bureau hadden voorgelegd, blijft deze opdracht voortaan meestal beperkt tot de goedkeuring van specifieke wijzigingen. Slechts uitzonderlijk zijn er nog nieuwe documenten die volledig moeten worden onderzocht.

Zoals gebruikelijk vergaderde het Opgvolgingsbureau tweewekelijks, al vonden de sessies vanaf maart op afstand plaats door de telewerkverplichting. Deze nieuwe werkwijze had overigens geen gevolgen voor de behandeling ten gronde van de dossiers. We stellen vast dat de leden hun dossiers voorbereiden zoals dat moet 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 specifiek gezondheidsrisico. Het Bureau analyseert de gezondheidstoestand van elke individuele persoon 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 verzekering (meestal 20 tot 30 jaar) tracht het Bureau de langetermijnprognoses vast te stellen. Het valt uiteraard niet uit te sluiten dat de medische situatie van een individuele persoon nadien toch anders (beter of slechter) evolueert.

Een logische, maar geen drastische daling

In 2020 werden er 378 aanvragen voor een tussenkomst aan het Opvolgingsbureau gericht. Daarvan werden er 258 ontvankelijk verklaard en onderzocht, dus 48 minder dan in 2019. Deze daling valt uiteraard te verklaren door de rustige periode van maart tot juli, toen de gezondheidscrisis volop woedde.

In de loop van 2020 werd er, dankzij de tussenkomst van het Opvolgingsbureau, een herziening van de initiële beslissing voorgesteld voor 46 ontvankelijke dossiers. Dit cijfer omvat niet alleen de nieuwe voorstellen van het Opvolgingsbureau, maar ook de nieuwe voorstellen op initiatief van de verzekeringsondernemingen.

Van deze 46 herzieningen werden er 30 door het Bureau voorgesteld en door de verzekeraar gevolgd, werden er 2 door het Bureau voorgesteld maar niet gevolgd, en kwamen er 14 op initiatief van de verzekeraar, die zijn initiële standpunt besloot te herzien.

In alle gevallen onderzoekt het Opvolgingsbureau de dossiers zorgvuldig en gaat het na of de beslissing van de verzekeraar vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is. Op enkele zeldzame uitzonderingen na spreekt het Bureau zich in onderlinge overeenstemming uit over de onderzochte dossiers. Het Bureau kan aanraden om de beslissing te herzien en om de kandidaat-verzekeringnemer dus een verzekering - met een medische bijpremie of tegen normaal tarief - voor te stellen, of het kan oordelen dat de beslissing van de betrokken verzekeringsonderneming gegrond is. Ook gebeurt het dat het Opvolgingsbureau een uitstel verkiest boven een categorieke weigering. In dat geval stelt het Bureau aan de verzekeraar voor om zijn standpunt vanaf een welbepaalde datum te herzien en wordt de kandidaat hierover geïnformeerd. Het Opvolgingsbureau speelt dus een regulerende rol, maar kan door zijn neutraal en objectief onderzoek 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. Enerzijds vertonen de kandidaat-verzekeringnemers die zich tot het Opvolgingsbureau wenden aanzienlijke verschillen wat hun medische situatie betreft. Anderzijds 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.

Tot slot merken we nog op dat er 51 dossiers in 2020 werden afgesloten wegens gebrek aan reactie. Door de pandemie besloten sommige kandidaat-kopers wellicht om hun plannen voorlopig op te bergen.

II. Resultaten

1. Cijfers

a. Inleiding

Het Opvolgingsbureau onderzoekt de beslissing van de betrokken verzekeringsonderneming en kan met die beslissing instemmen of een andere beslissing voorstellen, steeds in het belang van de kandidaat-verzekerde: de bijpremie kan in geen geval worden verhoogd.

Krachtens arrest 16/2011 van het Grondwettelijk Hof kan men noch een verzekeringsonderneming verplichten om een schuldsaldoverzekering voor te stellen, noch een kandidaat dwingen om een overeenkomst 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. Echter, 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.

Past een onderneming een nieuw voorstel van het Opvolgingsbureau niet toe, dan krijgt de kandidaat-verzekeringnemer de raad om zich tot een andere verzekeraar te richten.

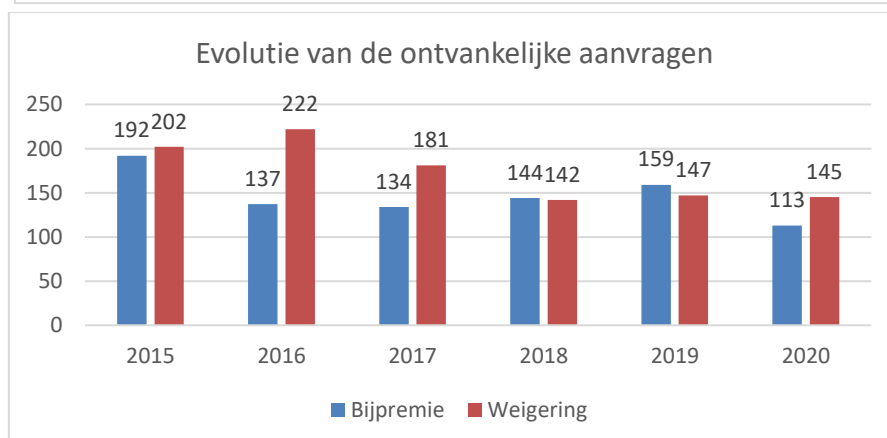
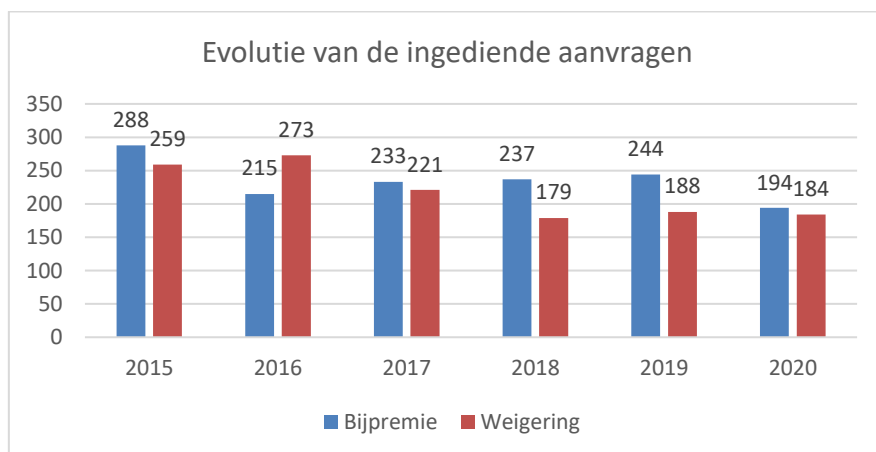
b. Algemeen beeld

In 2020 heeft het Opgvolgingsbureau 378 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 194 aanvragen in verband met een bijpremie en 184 aanvragen in verband met een weigering. Het verschil tussen de weigeringen en bijpremies is zo enigszins vervaagd ten opzichte van de voorgaande jaren.

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 slechts twee voorbeelden te geven, beter kan worden ingeschat. De beslissing wordt dan uitgesteld. Het Opgvolgingsbureau beschouwt een dergelijk uitstel als een weigering van verzekering, aangezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een dekking aan te bieden.

Het Opgvolgingsbureau onderzoekt voor elke aanvraag welk type aandoening aanleiding gaf tot de bijpremie of weigering en heeft deze aandoeningen ingedeeld in categorieën. Voor dossiers waarin meerdere aandoeningen aan de basis van de beslissing liggen, spreken we van polypathologie.

Hieronder volgen de statistieken van de aanvragen die tussen 1 januari en 31 december 2020 zijn ingediend.



Tabel 1

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering
Ingediende aanvragen	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188	378	194	184
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47			51		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79			69		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145
Door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123
Door het Opvolgingsbureau geformuleerde nieuwe voorstellen	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14
Nieuwe voorstellen van de verzekeraar	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8

In 69 gevallen oordeelde het Opvolgingsbureau dat de ingediende aanvraag onontvankelijk was. In die gevallen was de medische bijpremie niet hoger dan 75% van de basispremie of dekte de verzekering niet de eigen en enige gezinswoning. Het kan ook gaan om een bijpremie of weigering van verzekering die verband houdt met de levensstijl, wat buiten de bevoegdheden van het Opvolgingsbureau valt.

In een aantal gevallen bleek de kandidaat-verzekeringnemer een verzekeringsvoorstel met een bijpremie voor akkoord te hebben ondertekend na indiening van een aanvraag voor een onderzoek bij het Opvolgingsbureau. Het Bureau vraagt dan aan de betrokken verzekeraar om te bevestigen dat de polis al is afgesloten. Is dat effectief zo, dan wordt de aanvraag onontvankelijk verklaard. In het andere geval ondervraagt het Opvolgingsbureau de betrokken verzekeraar.

c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van 2020 heeft het Opgvolgingsbureau 258 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 113 van deze onderzochte dossiers werd een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie en in 145 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2020	Totaal	Bijpremie	Weigering
Polypathologie	53	21	32
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	51	12	39
Hart en bloedvaten	43	15	28
Diabetes, glucose-intolerantie	20	19	1
Psychische aandoeningen	17	9	8
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	16	11	5
Zenuwstelsel en hersenen	13	7	6
Ademhalingsstelsel	11	0	11
Spijverteringsstelsel en buik	10	5	5
Nieren en urinewegen	8	5	3
Infectieziekten en parasitaire ziekten	7	6	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	3	2	1
Bloed en lymfeklieren	2	0	2
Spieren en gewrichten	1	0	1
Huid	1	0	1
Andere aandoeningen	2	1	1
Totaal	258	113	145

Vergeleken met vorig jaar stellen we een omgekeerde tendens vast: het Opgvolgingsbureau onderzocht meer weigeringen dan bijpremies. Naarmate de sessies verstreken, stelden we vast dat de ingediende dossiers vaak betrekking hadden op kritieke aandoeningen, op contractlooptijden van doorgaans 15 tot 30 jaar, waarbij het niet mogelijk was om onmiddellijk in een dekking te voorzien.

Voor de eerste keer voert de categorie 'polypathologie' de lijst aan. Qua combinaties die het vaakst voorkomen, citeren we bijvoorbeeld diabetes gepaard met overgewicht, of morbide obesitas in combinatie met cardiovasculaire antecedenten. Ook een psychische aandoening kan zich samen met andere risicofactoren manifesteren.

Bij de kankers zijn er driemaal zoveel onderzochte weigeringen als bijpremies, al moeten deze cijfers worden genuanceerd: weigeringen zijn immers niet altijd 'definitief'. Een onderneming kan namelijk een uitstel met een welbepaalde termijn voorstellen, zoals vastgelegd in het referentierooster dat is ingevoerd in het kader van het recht om vergeten te worden. De onderneming wacht dan het einde van een behandeling af of de termijn vanaf dewelke de patiënt een lager overlijdensrisico vertoont. Deze wachttijd kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren, naargelang het geval. De kandidaat-verzekerde wordt vervolgens verzocht om zich nogmaals tot de onderneming te richten, met de vraag om de situatie opnieuw te bekijken.

Net als de voorgaande jaren maken kankers, polypathologieën en hartaandoeningen nog steeds de top drie uit, weliswaar in een andere volgorde.

Bij de 11 aanvragen in verband met aandoeningen van het ademhalingsstelsel gaat het om weigeringen. Deze categorie omvat onder meer ziekten als mucoviscidose. Merk op dat deze ziekte vanaf dit jaar opgenomen is in het referentierooster in het kader van het recht om vergeten te worden. Als specifieke voorwaarden vervuld zijn, kan een mucoviscidosepatiënt volgens de wet een dekking genieten tegen een geplafonneerde medische bijpremie. Het Opvolgingsbureau heeft echter geen dergelijke gevallen onderzocht.

Door de individuele aard van elke onderzochte aanvraag is het onmogelijk om de 258 afzonderlijk onderzochte persoonlijke dossiers met elkaar te vergelijken en er eenduidige conclusies uit te trekken, louter op basis van de motiveringselementen en de beslissing van het Opvolgingsbureau. Dit zou enerzijds valse verwachtingen kunnen scheppen en anderzijds tot foutieve gevolgtrekkingen kunnen leiden.

Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2020 heeft het Opgvolgingsbureau 113 dossiers onderzocht in verband met medische bijpremies. Ten opzichte van 2019 is dat een daling met 46 dossiers. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen in 89 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opgvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. Dit aandeel bevestigde beslissingen bedroeg 79% in 2020, tegenover 73% in 2019: we stellen dus vast dat het Opgvolgingsbureau vaker de door de verzekeringsondernemingen gemotiveerde standpunten heeft gevolgd. De door het Opgvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

Bijpremies – Opgvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Polypathologie	17
Hart en bloedvaten	11
Diabetes, glucose-intolerantie	11
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	11
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	9
Psychische aandoeningen	8
Infectieziekten en parasitaire ziekten	6
Zenuwstelsel en hersenen	6
Nieren en urinewegen	5
Spijverteringsstelsel en buik	3
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Andere aandoeningen	1
Totaal	89

In 18 dossiers (20%) heeft het Opgvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Die voorstellen werden allemaal, zonder uitzondering, gevolgd door de betrokken verzekeraars, die dus een overeenkomst hebben opgesteld aan de door het Bureau aanbevolen voorwaarden.

In bepaalde gevallen stelde de verzekeringsonderneming bij het samenstellen van haar dossier voor het Opgvolgingsbureau zelf vast dat ze haar oorspronkelijke beslissing kon rechtzetten en formuleerde ze op eigen initiatief een nieuw voorstel aan de kandidaat. Deze situatie deed zich voor in 6 dossiers, wat neerkomt op bijna 7%. De verzekeraar verlaagde dan de bijpremie of schrapte deze zelfs helemaal.

In totaal werden dus 24 dossiers in verband met bijpremies herzien nadat de kandidaat een onderzoek had aangevraagd bij het Opgvolgingsbureau, wat neerkomt op 27% herzieningen. Dit percentage blijft zo goed als constant.

Tabel 4

Bijpremies: nieuw voorstel Opgvolgingsbureau aanvaard	
Diabetes, glucose-intolerantie	7
Polypathologie	4
Hart en bloedvaten	3
Spijverteringsstelsel en buik	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
TOTAAL	18

Tabel 5

Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Psychische aandoeningen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Hart en bloedvaten	1
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
TOTAAL	6

De categorieën van aandoeningen die aanleiding gaven tot een nieuw bijpremievoorstel door het Opgvolgingsbureau of door de betrokken verzekeraars, zijn erg divers. Het is dan ook niet vast te stellen of een bepaald type van aandoening vaker tot een nieuw voorstel van het Opgvolgingsbureau leidt. Wel stellen we louter op basis van de cijfers van de vorige jaren vast dat bijpremies met betrekking tot diabetes in 2020 vaker tot een herziening hebben geleid.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2020 heeft het Opvolgingsbureau 145 weigeringen van verzekering onderzocht, amper 2 minder dan in 2019 ondanks de aanzienlijke daling van het aantal ingediende aanvragen.

Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 123 dossiers – of 85% van de gevallen – dat de weigering vanuit medisch of verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd was.

Het percentage weigeringen dat het Opvolgingsbureau vanuit medisch of verzekeringstechnisch oogpunt als redelijk beschouwt, wijzigt zo licht ten opzichte van de voorgaande jaren.

Tabel 6

Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	34
Polypathologie	29
Hart en bloedvaten	26
Ademhalingsstelsel	10
Psychische aandoeningen	5
Spijverteringsstelsel en buik	5
Zenuwstelsel en hersenen	3
Nieren en urinewegen	3
Bloed en lymfeklieren	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Spieren en gewrichten	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Huid	1
TOTAAL	123

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.

De verzekeringsonderneming kan ook weigeren om een overeenkomst voor te stellen wanneer de kandidaat-verzekerde niet alle gevraagde medische elementen aanlevert, waardoor de betrokken verzekeringsonderneming het risico 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. Het Opvolgingsbureau nodigt dan 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 14 dossiers (10%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 12 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering voor te stellen volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 2 van de 14 voorstellen niet gevolgd door de betrokken verzekeraars.

Net als bij de bijpremies konden de betrokken verzekeringsondernemingen hun weigering herzien tijdens de voorbereiding van het dossier. In 8 dossiers hebben de verzekeringsondernemingen, na hun initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen, op eigen initiatief een nieuw voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 5,5% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau werd herzien. In totaal kwam er uiteindelijk voor 20 weigeringen een herziening van de beslissing. De nieuwe voorstellen situeren zich in de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	4
Zenuwstelsel en hersenen	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Hart en bloedvaten	2
Psychische aandoeningen	2
TOTAAL	12

Tabel 8

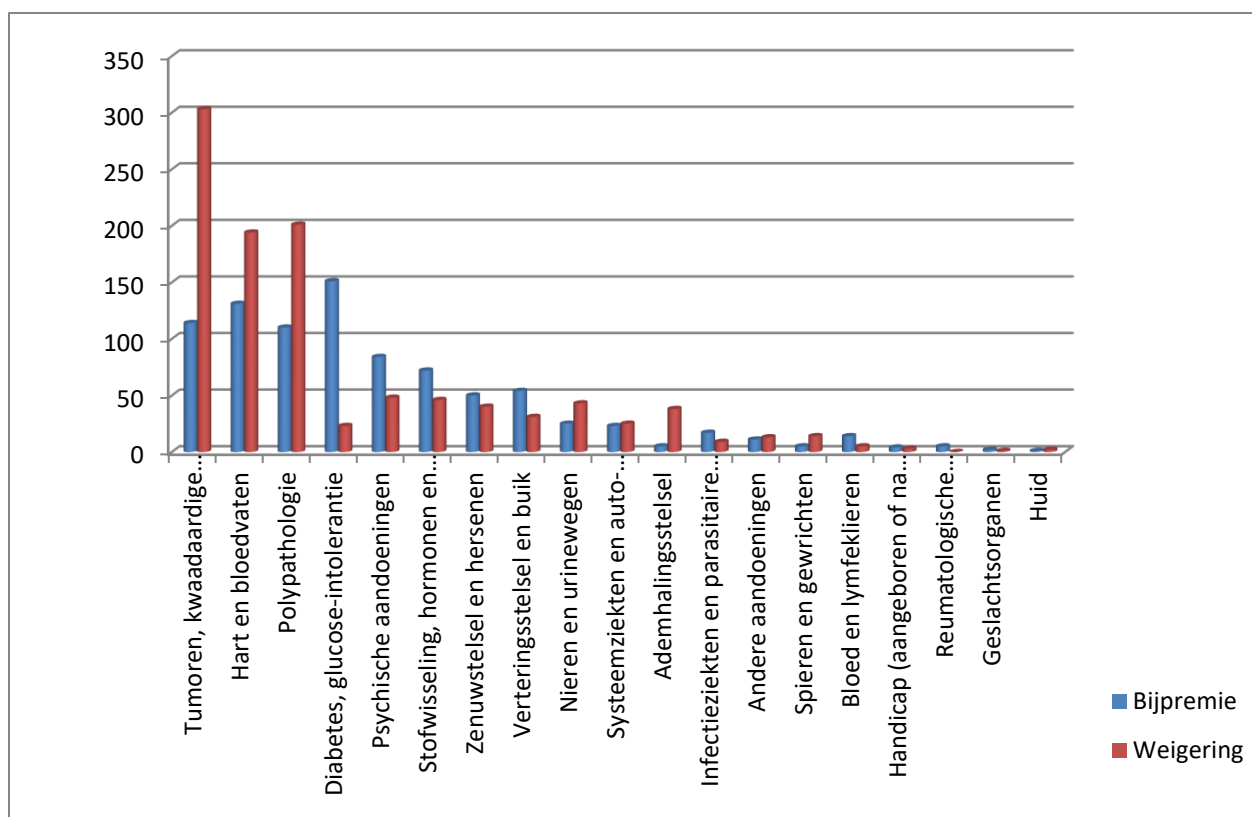
Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Polypathologie	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Psychische aandoeningen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Andere aandoeningen	1
TOTAAL	8

De 2 dossiers waarin de verzekeringsonderneming het voorstel van het Opvolgingsbureau niet volgde, betreffen een ademhalingsziekte en een geval van polypathologie.

d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau

Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015			
Aandoening	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	417	114	303
Hart en bloedvaten	325	131	194
Polypathologie	311	110	201
Diabetes, glucose-intolerantie	174	151	23
Psychische aandoeningen	132	84	48
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	118	72	46
Zenuwstelsel en hersenen	90	50	40
Spijverteringsstelsel en buik	85	54	31
Nieren en urinewegen	68	25	43
Systeemziekten en auto-immunziekten	48	23	25
Ademhalingsstelsel	43	5	38
Infectieziekten en parasitaire ziekten	26	17	9
Andere aandoeningen	26	12	14
Spieren en gewrichten	19	5	14
Bloed en lymfeklieren	19	14	5
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	7	4	3
Reumatologische aandoeningen	5	5	0
Geslachtsorganen	3	2	1
Huid	3	1	2
	1919	879	1040

Globale resultaten	Totaal	Bijpremie	Weigering
Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	1919	879	1040
Bevestiging van de beslissing door het Opvolgingsbureau	1519	655	864
% van het totaal	79,2%	74,5%	83,1%
Voorstel tot herziening (aanvaard door de verzekeraar)	242	144	98
% van het totaal	12,6%	16,4%	9,4%
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door de verzekeraar)	27	8	19
% van het totaal	1,4%	0,9%	1,8%
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	131	72	59
% van het totaal	6,8%	8,2%	5,7%



Globaal gezien wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming als gegrond beschouwd in iets minder dan 8 op de 10 dossiers. Dat is niet fundamenteel veranderd ten opzichte van de voorgaande jaren. Gemiddeld gezien volgt het Opgvolgingsbureau vaker de weigeringen door de verzekeringsondernemingen dan de toegepaste bijpremies, zo blijkt.

Alles in acht genomen wordt de beslissing in ongeveer 1 op de 5 dossiers herzien na een tussenkomst door het Opgvolgingsbureau. Ook dat aandeel is haast niet veranderd.

Wat de soorten ziekten betreft, kan men vaststellen dat de hulp van het Opgvolgingsbureau het vaakst wordt ingeroepen door kandidaat-verzekerden met een historiek van kanker – een constante doorheen – hartproblemen of een combinatie van aandoeningen (polypathologie). Deze drie categorieën vertegenwoordigen een meerderheid van de onderzochte dossiers en worden gekenmerkt door een aanzienlijk aantal weigeringen. Zij zijn samen goed voor twee derden van de onderzochte weigeringen. De cijfergegevens van 2020 trekken deze volgorde niet in twijfel.

De bijpremies die het vaakst door het Opgvolgingsbureau worden onderzocht, hebben betrekking op diabetes, hartaandoeningen en kankers. Deze drie categorieën vertegenwoordigen bijna de helft van de onderzochte bijpremies.

De 6 types van ziekten die het vaakst voorkomen in het kader van bijpremies (diabetes, hart, kanker, polypathologie, psychische aandoeningen en metabole) 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 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 eigen en enige gezinswoning.

Enmaal 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 antwoordtijd 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 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 echter om bijkomende inlichtingen of verduidelijkingen, wat de behandelingstijd kan verlengen. Algemeen gezien 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 significante impact 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 dagelijks 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 in 2016. Sindsdien ontving het Bureau voornamelijk nog twee soorten verzoeken:

- 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 2020 heeft het Opvolgingsbureau geen nieuwe vragenlijsten onderzocht. Het boog zich uitsluitend over een aantal sporadische aanpassingen die de verzekeraars aan hun bestaande vragenlijsten wensten aan te brengen.

Het komt ook voor dat een bepaalde vraag de aandacht van een kandidaat trekt wanneer deze de vragenlijst invult, of dat een lid van het Opvolgingsbureau bij de behandeling van een dossier een niet-conforme passage opmerkt. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een tussenpersoon een oudere vragenlijst gebruikt in plaats van de versie die door het Opvolgingsbureau is goedgekeurd. Het Opvolgingsbureau zal de betrokken instantie hier dan op wijzen en vragen om de passage in kwestie te corrigeren. Het gaat meer bepaald om vragen die verband houden met genetische gegevens, die in geen geval mogen worden gebruikt in het kader van de motivering en tarifiering. Het Opvolgingsbureau neemt deze kwestie bijzonder ter harte en waakt over de naleving van de wettelijke bepalingen hieromtrent.

Bij aanhoudende problemen of wanneer een reactie van de onderneming of de betrokken 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 ook in laatste instantie worden ingeschakeld wanneer de leden van het Opvolgingsbureau terugkerende gebreken vaststellen in de motiveringen en de dossiers die een verzekeringsonderneming voorbereidt.

De beoordeling van een medische vragenlijst blijft hoe dan ook een delicate evenwichtsoefening tussen de privacy van de kandidaat-verzekerde en 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 heeft ook het Opvolgingsbureau kennisgenomen van de bepalingen 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 (GDPR). Aangezien de leden en het secretariaat van het Bureau bij de analyse en de registratie van dossiers medische gegevens moeten verwerken, heeft de dienst de nodige bijkomende maatregelen getroffen. Gezien de bijzonder gevoelige aard van sommige gegevens waren er overigens voordien al strenge voorzorgsmaatregelen van toepassing.

Een functionaris voor gegevensbescherming, ook Data Protection Officer (DPO) genoemd, waakt erover dat de regels inzake gegevensbescherming worden nageleefd. De DPO brengt rechtstreeks verslag uit aan de voorzitter van het Opvolgingsbureau en beschikt over de nodige middelen (tijd, medewerkers, materiële middelen en budget).

De DPO is uiteraard het verplichte aanspreekpunt bij een datalek, maar hij is ook de referentiepersoon voor vragen van alle betrokken partijen (geregistreeerde 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 geen grote gevolgen voor de werking van het Opvolgingsbureau. De meeste van deze praktijken waren 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 dirk@dps4u.be, en per post, gericht aan het Opvolgingsbureau.

V. Contactgegevens en procedure

Procedure om een onderzoek aan te vragen

- Waarover?

De schuldsaldoverzekering moet betrekking hebben op een hypothecaire lening voor de eigen en enige 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 één van de leden 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 identiteitskaarten van de betrokkenen). 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 eigen en enige 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

www.opvolgingsbureau.be

Tel.: 02 547 57 70

Fax: 02 547 59 75

V.U. Bruno Bulthé, voorzitter, *Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering*.

D/2019/13.852/1

Une version en français est disponible en format pdf sur le site web www.bureaudesuivi.be

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

In 2020 startte ook de samenwerking tussen het Opvolgingsbureau en het KCE (het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) rond een ambitieus project geïnspireerd op de in Frankrijk bestaande regeling rond het ‘recht om vergeten te worden’.

In België voert de wet van 4 april 2019 voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen een recht om vergeten te worden in. Zij biedt personen die al tien jaar genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid om een verzekering te sluiten zonder een bijpremie wegens deze medische voorgeschiedenis. De wet van 4 april 2019 maakt het ook mogelijk om kortere wachttijden in te voeren voor welbepaalde pathologieën (kankeraandoeningen of chronische aandoeningen) die in twee referentieroosters zijn opgenomen. Deze wet bepaalt ook dat het KCE de referentieroosters tweejaarlijks zal evalueren in het licht van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens, en dat het een voorstel tot aanpassing van de roosters aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering zal bezorgen.

De vergaderingen tussen beide diensten zullen dus betrekking hebben op de evaluatie en prioritisering van de onderzoeksonderwerpen op basis van precieze evaluatiecriteria (relevantie, omvang van het probleem en haalbaarheid van de studie). Het KCE en het Opvolgingsbureau zullen in het kader van dit overleg meerdere keren per jaar vergaderen. Een evaluatiecomité zal advies verlenen over de projecten die al dan niet worden aanvaard. Dit comité zal bestaan uit leden van het KCE, leden van het Opvolgingsbureau en eventueel ook klinici die gespecialiseerd zijn in de betrokken pathologie.

De eerste gedachtewisselingen tussen beide instellingen waren alvast vruchtbaar, en niemand twijfelt eraan dat de wederzijdse banden met de tijd verder zullen worden aangehaald.



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

De Meeûssquare 35
1000 Brussel