



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

***Jaarverslag over de werking***

***2021***

## ***Inhoudstafel***

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau .....	4
Opnieuw stijgende cijfers .....	6
II. Resultaten.....	7
1. Cijfers.....	7
a. Inleiding .....	7
b. Algemeen beeld.....	8
c. Meer details over de onderzochte aanvragen .....	10
Een blik op de onderzochte bijpremies .....	12
Een blik op de onderzochte weigeringen .....	14
d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau .....	16
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

Op 1 januari 2021 woedde de pandemie nog volop. In de loop van de maanden werden de gezondheidsmaatregelen evenwel enigszins versoepeld en konden de Belgen, balancerend tussen voorzichtigheid en hoop, een aantal van hun levensprojecten nieuw leven inblazen.

De lange lockdownperiodes hebben ongetwijfeld aangespoord tot nadenken. Voor velen werd het kopen van een geschikte woning een absolute prioriteit, waarbij de behoefte aan ruimte en buitenlucht vaak een belangrijke rol in het beslissingsproces speelde. Er kwam een stormloop op de vastgoedmarkt en ondanks spectaculaire prijsstijgingen bereikten de transacties weer het peil van vóór Covid.

De schuldsaldoverzekerings volgden logischerwijs deze evolutie. In deze context registreerde het Opvolgingsbureau een opmerkelijke toename van de ingediende aanvragen. Zijn werking is ondertussen nauwelijks veranderd. Het Bureau blijft een ontmoetingsplaats voor verzekeraars, patiënten en consumenten, een kruispunt waar medische en actuariële wetenschap elkaar in goede verstandhouding ontmoeten.

Wat het ‘recht om vergeten te worden’ betreft, konden de eerste lessen worden getrokken. Het referentierooster, dat progressief zal worden uitgebreid, is nu ingeburgerd bij alle actoren in de sector en ook steeds vaker bij consumenten.

Binnen de grenzen van zijn bevoegdheden vervolgt het Bureau met ernst en toewijding zijn ingeslagen weg. In dit korte voorwoord wil ik dan ook mijn dank betuigen aan het secretariaat, alsook aan alle leden – artsen, actuarissen en juristen – die zich geen moeite besparen om naast hun beroepsbezigheden medische dossiers uit te pluizen, oversterftetafels te ontcijferen en in alle objectiviteit gegronde adviezen te verlenen. Zij zijn uiteindelijk het brein en de motor van dit orgaan waarvan ik de eer heb de voorzitter te mogen zijn.

Ik wens u veel leesplezier,

*Bruno Bulthé*  
Voorzitter

## I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten enerzijds en vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen anderzijds. Het wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat, Bruno Bulthé, terwijl André De Muylder 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 op te stellen. Het secretariaat verzekert de uitwisseling van vragen, opmerkingen en adviezen tussen de correspondenten bij de ondernemingen enerzijds en de leden van het Opvolgingsbureau anderzijds. Ook kan het, telefonisch of per mail, inlichtingen van louter algemene aard verstrekken.

Het Opvolgingsbureau 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 enige en eigen gezinswoning. Het Opvolgingsbureau gaat na of de beslissing van de verzekeringsonderneming vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd is.

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

Zoals gebruikelijk vergaderde het Opvolgingsbureau tweewekelijks, met als enige verschil dat er 'op afstand' werd vergaderd. De behandeling ten gronde van de dossiers werd overigens geenszins gehinderd door deze nieuwe werkwijze. We stellen vast dat de leden hun dossiers degelijk voorbereiden en dat de gedachtewisselingen op de dag van de beraadslaging vlot verlopen.

Bij zijn onderzoek van een weigering of medische bijpremie gaat het Opvolgingsbureau na hoe het overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde zich verhoudt tot dat van een gemiddelde persoon zonder specifieke gezondheidsrisico's. Het Bureau analyseert de gezondheidstoestand van elk individu grondig en onderzoekt of de beslissing van de verzekeringsonderneming wordt gestaafd door objectieve feiten en gestoeld is op wetenschappelijk medisch onderzoek. Gezien de vaak langdurige

looptijd van de betrokken 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 specifieke persoon toch anders (beter of slechter) evolueert.

### Opnieuw stijgende cijfers

Na gedurende vijf jaar te zijn afgenomen, nam het aantal aan het Opvolgingsbureau gerichte aanvragen voor een tussenkomst aanzienlijk toe in 2021, zonder evenwel het peil van 2015, het eerste werkingsjaar, te bereiken. Alles bij elkaar werden er 495 aanvragen ingediend. Ter vergelijking: in 2020 waren dat er 378.

Om het precieze aantal onderzochte aanvragen te verkrijgen, dient men daar de onontvankelijke aanvragen (79) en de zonder gevolg geklasseerde aanvragen (62) van af te trekken, wat een totaal van 354 behandelde dossiers geeft. Nog even ter herinnering: het Bureau is wettelijk bevoegd in het kader van de enige en eigen gezinswoning en indien de medische bijpremie de drempel van 75 % overschrijdt. Ook is het zo dat sommige kandidaat-verzekerden hun aanvraag niet voltooiën, hetzij omdat ze een oplossing hebben gevonden bij de betrokken verzekeraar of een andere onderneming, hetzij omdat ze bepaalde termijnen in acht moeten nemen, hetzij omdat ze uiteindelijk beslissen om geen schuldsaldoverzekering te sluiten.

In 2021 leverde de tussenkomst van het Bureau 74 voorstellen tot herziening van de initiële beslissing van de verzekeraar op. Het Bureau formuleerde 43 nieuwe voorstellen, waarvan er 37 door de verzekeraars werden gevolgd. In 31 gevallen formuleerden deze laatste op eigen initiatief een nieuw voorstel.

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 Opvolgingsbureau zich in onderlinge overeenstemming uit over de onderzochte dossiers. Het Opvolgingsbureau kan aanraden om de beslissing te herzien en de kandidaat-verzekeringnemer dus een verzekering voor te stellen – met een medische bijpremie of tegen normaal tarief – of het kan oordelen dat de beslissing van de betrokken verzekeringsonderneming gegrond is. Ook gebeurt het dat het Opvolgingsbureau een uitstel in plaats van een categorieke weigering bepleit. In dat geval stelt het Opvolgingsbureau 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. Ten eerste verschillen de medische situaties van de kandidaat-verzekerden die zich tot het Opvolgingsbureau wenden aanzienlijk. Ten tweede onderscheiden de verzekeraars zich van elkaar door hun acceptatie- en tarifieringsbeleid. Een kandidaat-verzekerde kan er baat bij hebben meerdere verzekeringsondernemingen te raadplegen en met elkaar te vergelijken.

## II. Resultaten

### 1. 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. Maar als de verzekeraar een verzekering voorstelt, moet hij zich wel houden aan het voorstel van het Opvolgingsbureau. Hij mag hier dus niet van afwijken en andere voorwaarden voorstellen.

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.

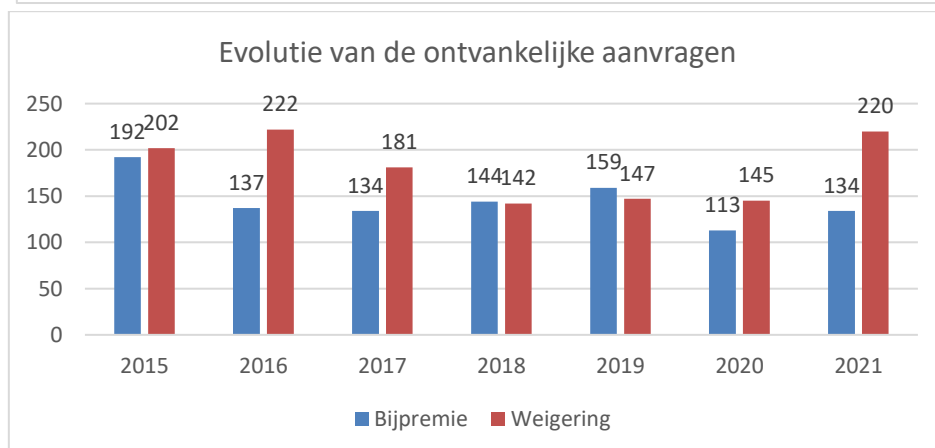
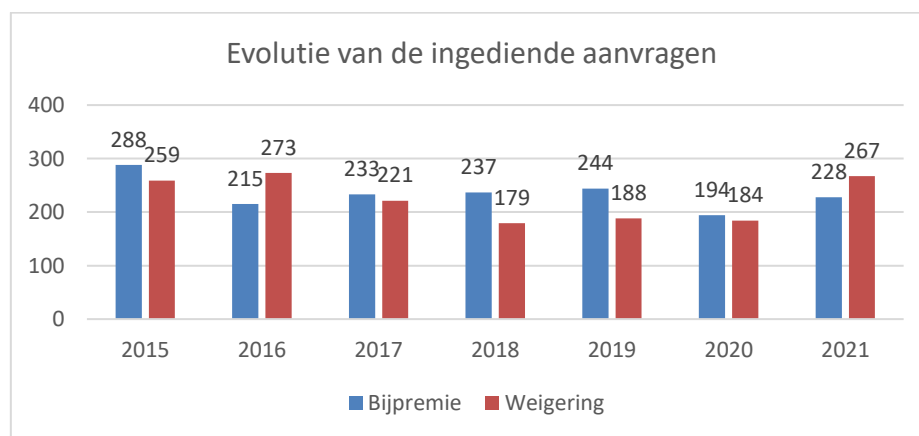
## b. Algemeen beeld

In 2021 heeft het Opvolgingsbureau 495 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 228 aanvragen in verband met een bijpremie en 267 aanvragen in verband met een weigering. Vergeleken met 2020, toen het Bureau meer bijpremies dan weigeringen onderzocht, zien we dus een tegenovergestelde trend.

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 Opvolgingsbureau beschouwt een dergelijk uitstel als een weigering van verzekering, aangezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een dekking aan te bieden.

Wanneer het recht om vergeten te worden in het onderzochte dossier van toepassing is, maakt het Opvolgingsbureau de betrokken verzekeraar hier zeker attent op. Het Bureau beroept zich uitsluitend op het in dit kader opgestelde referentierooster wanneer de in dit rooster voorziene voorwaarden vervuld zijn.

Hieronder volgen de statistieken van de aanvragen die tussen 1 januari en 31 december 2021 zijn ingediend.





Tabel 1

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	Totaal	Bijpremie	Weigering	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	495	228	267
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47			51			62		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79			69			79		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145	354	134	220
Door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123	280	95	185
Door het Opvolgingsbureau geformuleerde nieuwe voorstellen	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14	43	27	16
Nieuwe voorstellen van de verzekeraar	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8	31	12	19

### c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van 2021 heeft het Opgvolgingsbureau 354 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 134 van deze onderzochte dossiers werd een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie en in 220 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2021	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	66	11	55
Polypathologie	63	19	44
Hart en bloedvaten	62	19	43
Diabetes, glucose-intolerantie	37	27	10
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	35	14	21
Nieren en urinewegen	20	7	13
Psychische aandoeningen	15	11	4
Zenuwstelsel en hersenen	10	7	3
Spijverteringsstelsel en buik	9	2	7
Bloed en lymfeklieren	9	3	6
Infectieziekten en parasitaire ziekten	7	5	2
Spieren en gewrichten	4	0	4
Ademhalingsstelsel	3	1	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	3	2	1
Neus, keel en oren	2	1	1
Handicap	1	1	0
Geslachtsorganen	1	0	1
Andere aandoeningen	7	4	3
<b>TOTAAL</b>	<b>354</b>	<b>134</b>	<b>220</b>

De eerste drie categorieën bevinden zich stevast elk jaar in de top drie, al kan hun volgorde van jaar tot jaar variëren. Elk van deze categorieën kende in 2021 een aanzienlijke stijging. Ook in 2021 vertegenwoordigen de aanvragen met betrekking tot kankers, polypathologieën en hartaandoeningen weer meer dan de helft van de behandelde dossiers. Merk op dat bij deze drie categorieën de weigeringen het grootste aandeel vormen. Het gaat hier dan ook om complexe medische dossiers.

Bij kandidaat-verzekerden met diabetes stellen we net het tegenovergestelde vast. Zij worden nu veel vaker met een medische bijpremie geconfronteerd. Bij de weigeringen van verzekering gaat het om patiënten met slecht gereguleerde diabetes of patiënten bij wie de diabetes al gepaard gaat met diverse complicaties.

Ondanks de algemene toename van de aan het Opgvolgingsbureau gerichte aanvragen is het aantal dossiers met betrekking tot psychische aandoeningen afgenomen tegenover het jaar voordien. Deze categorie herbergt zeer diverse aandoeningen, zoals depressie, bipolariteit, diverse psychische of psychiatrische stoornissen en posttraumatisch stressyndroom. Dossiers met betrekking tot ernstige

psychische aandoeningen geassocieerd met andere risicofactoren, zoals zelfmoordpogingen, worden door de verzekeraars soms geweigerd of uitgesteld, en worden dan ter analyse aan het Bureau voorgelegd.

Een andere opvallende daling betreft de aandoeningen aan het ademhalingsstelsel. Te benadrukken factoren hierbij zijn ten eerste de belangrijke vooruitgang in de behandeling van bepaalde aandoeningen, en ten tweede de invoering van het referentierooster in het kader van het recht om vergeten te worden, dat de schuldsaldoverzekering toegankelijk maakt voor mucoviscidosepatiënten onder welbepaalde voorwaarden. Het gebeurde overigens wel eens dat het Opvolgingsbureau bepaalde verzekeringsondernemingen aan het bestaan van het recht om vergeten te worden moest herinneren in de maanden die volgden op de inwerkingtreding ervan.

Het is zinvol erop te wijzen dat weigeringen niet altijd 'definitief' zijn. Een onderneming kan namelijk een uitstel met een welbepaalde termijn voorstellen. Voor sommige chronische ziekten en bepaalde vormen van kanker zijn deze termijnen vastgelegd in het referentierooster dat werd ingevoerd in het kader van het recht om vergeten te worden. Het kan voorvallen dat een onderneming de uitkomst van een operatie afwacht, het einde van een behandeling, of het verstrijken van de termijn waarna het risico afneemt. Deze wachttijd kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren, naargelang het geval. De kandidaat-verzekerde wordt vervolgens verzocht opnieuw een aanvraag bij de onderneming in kwestie in te dienen.

Zoals ieder jaar is het echter onmogelijk om louter op basis van de 354 onderzochte dossiers eenduidige conclusies te trekken. Dit aantal blijft marginaal ten opzichte van de volledige markt van de schuldsaldoverzekeringen. Deze situatie kan worden verklaard door de termijnen waaraan kandidaat-verzekerden gebonden zijn waardoor zij soms door tijdsgebrek een verzekeringsvoorstel ondertekenen.

### Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2021 heeft het Opvolgingsbureau 134 dossiers met betrekking tot medische bijpremies onderzocht, 21 meer dan in 2020. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen in 95 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. Het aandeel bevestigde beslissingen bedroeg in 2021 dus 71%, tegenover 79% in 2020: we stellen dus vast dat de eensgezindheid tussen het Bureau en de verzekeringsondernemingen zeer licht afnam. De door het Opvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

<b>Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Hart en bloedvaten	17
Polypathologie	16
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	14
Diabetes, glucose-intolerantie	12
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	10
Psychische aandoeningen	8
Nieren en urinewegen	6
Zenuwstelsel en hersenen	3
Bloed en lymfatisch systeem	2
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Ademhalingsstelsel	1
Neus, keel en oren	1
Handicap	1
Andere aandoeningen	1
<b>TOTAAL</b>	<b>95</b>

In 27 dossiers (20%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Van deze 27 nieuwe voorstellen werden er 24 gevolgd door de verzekeringsondernemingen, die de contractvoorwaarden aldus hebben aangepast. In 3 gevallen besloot de verzekeraar daarentegen om bij zijn standpunt te blijven.

In bepaalde gevallen stelde de verzekeringsonderneming bij het samenstellen van haar dossier voor het Opvolgingsbureau zelf vast dat ze haar oorspronkelijke beslissing kon rechtzetten, en formuleerde ze op eigen initiatief een nieuw voorstel voor de kandidaat. Deze situatie deed zich voor in 12 dossiers,

wat neerkomt op bijna 9%. Uit deze cijfers blijkt een licht stijgende tendens. De verzekeraar verlaagde dan op eigen initiatief de bijpremie of schrapte deze zelfs helemaal.

In totaal werden dus 36 dossiers in verband met bijpremies herzien nadat de kandidaat een onderzoek had aangevraagd bij het Opvolgingsbureau, wat neerkomt op 27% herzieningen. Dat percentage verandert haast niet in de loop der jaren en blijft tussen 25% en 30% schommelen.

Tabel 4

<b>Bijpremies: nieuw voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Diabetes, glucose-intolerantie	11
Infectieziekten en parasitaire ziekten	4
Zenuwstelsel en hersenen	3
Hart en bloedvaten	2
Polypathologie	1
Psychische aandoeningen	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Andere aandoeningen	1
<b>TOTAAL</b>	<b>24</b>

Tabel 5

<b>Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Diabetes, glucose-intolerantie	3
Psychische aandoeningen	2
Bloed en lymfatisch systeem	1
Nieren en urinewegen	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Polypathologie	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Andere aandoeningen	2
<b>TOTAAL</b>	<b>12</b>

Zoals elk jaar geven bijpremies in verband met diabetes aanleiding tot een aantal nieuwe voorstellen. Buiten deze vaststelling is het niet mogelijk om te bepalen welke aandoeningen eerder tot een herziening leiden, hetzij na een voorstel van het Bureau, hetzij op initiatief van de verzekeraar zelf.

Merk op dat het Bureau zich voor sommige dossiers beroep deed op het recht om vergeten te worden, dat een plafonnering van de bijpremie mogelijk maakt wanneer alle voorwaarden voor een in het rooster opgenomen pathologie vervuld zijn. Dit argument, dat bovenal een wettelijk argument is, maakt dat er geen enkele discussie mogelijk is.

### Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2021 heeft het Opvolgingsbureau 220 weigeringen van verzekering onderzocht, wat toch een stijging van 75 dossiers is tegenover het voorgaande jaar. Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 185 dossiers – of 84% van de gevallen – dat de weigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd was. Het percentage weigeringen dat het Opvolgingsbureau vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt als redelijk beschouwt, is nagenoeg niet gewijzigd.

Tabel 6

<b>Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar</b>	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	49
Polypathologie	37
Hart en bloedvaten	35
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	14
Nieren en urinewegen	13
Diabetes	8
Spijverteringsstelsel en buik	7
Bloed en lymfeklieren	5
Psychische aandoeningen	3
Spiieren en gewrichten	3
Zenuwstelsel en hersenen	2
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2
Ademhalingsstelsel	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Neus, keel en oren	1
Geslachtsorganen	1
Andere aandoeningen	3
<b>TOTAAL</b>	<b>185</b>

Algemeen kan men stellen dat drie oorzaken aan de basis kunnen liggen van een weigering om medische redenen:

- Op basis van wetenschappelijk onderzoek verwacht men dat de ziekte op korte termijn ongunstig evolueert;
- Op basis van wetenschappelijk onderzoek verwacht men dat de ziekte op langere termijn ongunstig evolueert;
- De evolutie of prognose van de ziekte is wetenschappelijk (nog) niet voldoende beschreven. Dit kan liggen aan het feit dat de wetenschap nog niet over voldoende gegevens beschikt over een zeldzame ziekte, over het effect van een (nieuwe) therapie of recente behandeling, over de mogelijkheid dat een aandoening zich stabiliseert, enz.

Aangezien eenieders gezondheidstoestand in de loop der tijd kan evolueren, is een weigering in theorie nooit definitief, zoals blijkt uit de door de verzekeraars toegepaste uitstelregelingen, of de termijnen waarin het recht om vergeten te worden voorziet. De verzekeringsonderneming kan ook weigeren om een overeenkomst voor te stellen wanneer de kandidaat-verzekerde niet alle gevraagde medische elementen aanlevert en de betrokken verzekeringsonderneming het risico dus niet kan beoordelen. Wanneer het Opvolgingsbureau dit nuttig acht, wijst het in zijn advies op de ontbrekende medische elementen die nodig zijn voor een correcte beoordeling van de gezondheidstoestand. Vervolgens nodigt het Opvolgingsbureau de onderneming uit om de eventuele bijkomende verslagen op te vragen die vereist zijn voor een betrouwbare analyse van de gezondheidstoestand van de kandidaat.

In 16 dossiers (7%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 13 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering voor te stellen volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 3 van de 16 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 19 dossiers hebben de verzekeringsondernemingen, na hun initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen, op eigen initiatief alsnog een voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 9% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau werd herzien.

In totaal was er uiteindelijk voor 32 weigeringen een herziening van de beslissing. De nieuwe voorstellen betreffen de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

<b>Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard</b>	
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	5
Polypathologie	4
Hart en bloedvaten	2
Zenuwstelsel en hersenen	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
<b>TOTAAL</b>	<b>13</b>

Tabel 8

<b>Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf</b>	
Hart en bloedvaten	6
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	3
Polypathologie	3
Diabetes, glucose-intolerantie	2
Psychische aandoeningen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Ademhalingsstelsel	1

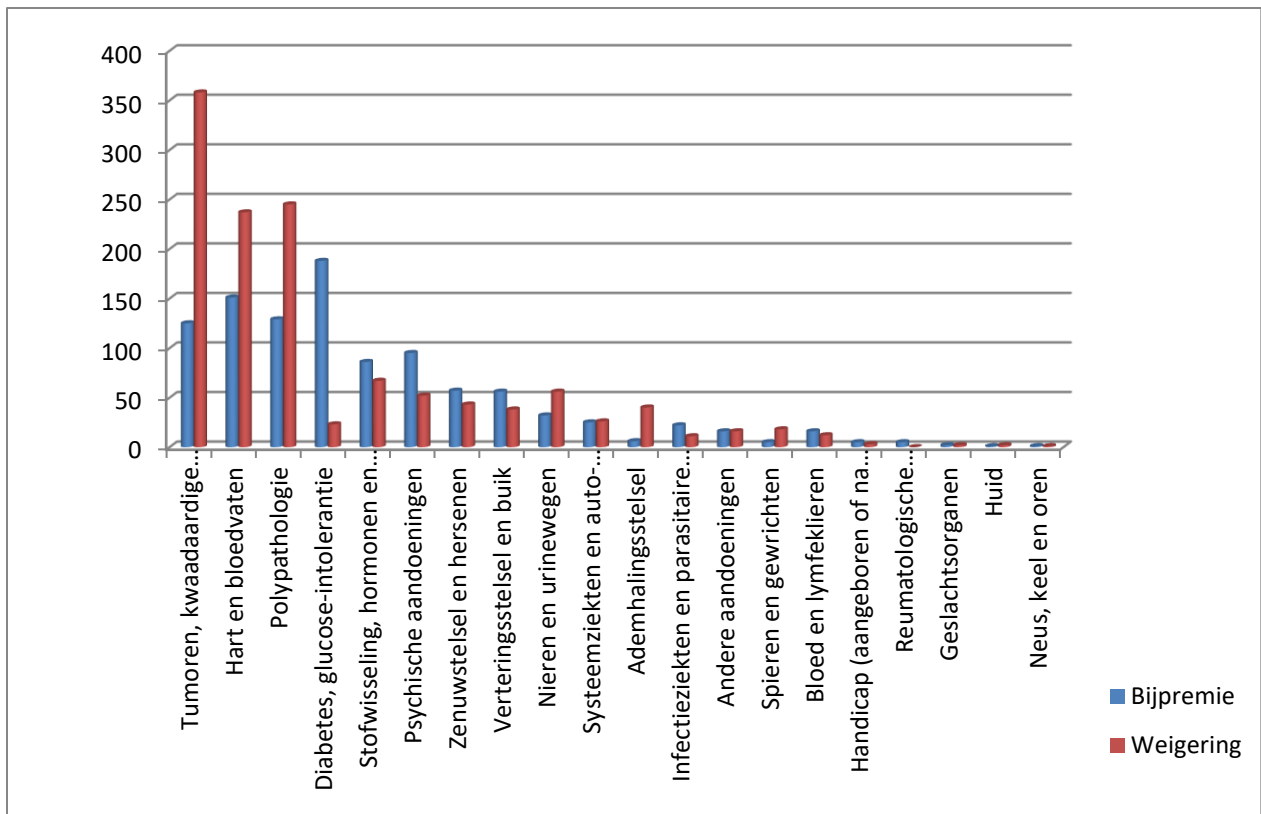
Bloed en lymfatisch systeem	1
Andere aandoeningen	1
<b>TOTAAL</b>	<b>19</b>

#### d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau

<b>Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015</b>			
<b>Aandoening</b>	<b>Totaal</b>	<b>Bijpremie</b>	<b>Weigering</b>
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	483	125	358
Hart en bloedvaten	388	151	237
Polypathologie	374	129	245
Diabetes, glucose-intolerantie	211	178	33
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	153	86	67
Psychische aandoeningen	147	95	52
Zenuwstelsel en hersenen	100	57	43
Spijverteringsstelsel en buik	94	56	38
Nieren en urinewegen	88	32	56
Systeemziekten en auto-immuunziekten	51	25	26
Ademhalingsstelsel	46	6	40
Infectieziekten en parasitaire ziekten	33	22	11
Andere aandoeningen	32	16	16
Spiieren en gewrichten	23	5	18
Bloed en lymfeklieren	28	16	12
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	8	5	3
Reumatoïdologische aandoeningen	5	5	0
Geslachtsorganen	4	2	2
Huid	3	1	2
Neus, keel en oren	2	1	1
	<b>2273</b>	<b>1013</b>	<b>1260</b>

<b>Globale resultaten</b>	<b>Totaal</b>	<b>Bijpremie</b>	<b>Weigering</b>
Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	2273	1013	1260
Bevestiging van de beslissing door het Opvolgingsbureau	1799	750	1049
% van het totaal	79,1 %	74%	83,2%
Voorstel tot herziening (aanvaard door de verzekeraar)	279	168	111
% van het totaal	12,3 %	16,6%	8,8%
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door de verzekeraar)	33	11	22
% van het totaal	1,5 %	1,1%	1,7%
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	162	84	78
% van het totaal	7,1 %	8,3%	6,2%





Globaal gezien wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming als gegrond beschouwd in iets minder dan 8 op de 10 dossiers. Dat is nauwelijks veranderd ten opzichte van de voorgaande jaren. Gemiddeld gezien volgt het Opgvolgingsbureau vaker de weigeringen door de verzekeringsondernemingen dan de toegepaste bijpremies, zo blijkt. Meestal gaat het om complexe dossiers of kritieke medische situaties.

Alles in acht genomen wordt de beslissing in ongeveer 1 op de 5 dossiers herzien na een tussenkomst door het Opgvolgingsbureau. Ook de cijfers van 2021 verstoren dit evenwicht niet.

Van de gegevens die in het oog springen, vermelden we de weigeringen bij kankeraandoeningen, waarbij enige nuancering op zijn plaats is. Dankzij diverse behandelingen enerzijds en de invoering van het recht om vergeten te worden anderzijds geven bepaalde kankers niet altijd aanleiding tot een categorieke weigering. Er zal eerder sprake zijn van uitstel: na een door de verzekeraar voorgestelde of door de wetgever vastgelegde termijn kan de kandidaat-verzekerde opnieuw een verzekeringsaanvraag indienen. Voor zover hij aan de in het referentierooster opgesomde voorwaarden voldoet, kan hij na een bepaalde wachttijd aanspraak maken op een dekking.

Men kan vaststellen dat kandidaat-verzekerden met hartproblemen of een combinatie van aandoeningen (polypathologie) naast kankerpatiënten het vaakst de hulp van het Opgvolgingsbureau inroepen. Die drie categorieën vertegenwoordigen samen de meerderheid van de onderzochte dossiers en worden gekenmerkt door een aanzienlijk aantal weigeringen. Samen zijn ze goed voor maar liefst twee derde van de onderzochte weigeringen. De cijfergegevens van 2021 trekken deze volgorde niet in twijfel.

De bijpremies die het vaakst door het Opgvolgingsbureau worden onderzocht, hebben betrekking op diabetes, hartaandoeningen en een combinatie van aandoeningen (polypathologie) Deze drie categorieën vertegenwoordigen bijna de helft van de onderzochte bijpremies.

De zes ziekte-types die het vaakst voorkomen in het kader van bijpremies (diabetes, hart, kankers, polypathologie, psychische aandoeningen en stofwisseling) vertegenwoordigen ongeveer 3 op de 4 dossiers.

## 2. Doorlooptijd

Na de indiening van een aanvraag voor een onderzoek gaat het Opvolgingsbureau onder meer na:

- of het wel degelijk gaat om een medische bijpremie die meer dan 75% van de basispremie bedraagt of om een weigering wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde;
- of het doel van de verzekering de dekking van een hypothecair krediet is voor de enige en eigen gezinswoning.

Zodra duidelijk vaststaat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming twee weken de tijd om aan het Opvolgingsbureau alle informatie te bezorgen waarover ze beschikt en die noodzakelijk is om het dossier te onderzoeken. Er wordt aan de verzekeringsonderneming gevraagd om haar beslissing uitvoerig te motiveren en om het dossier aan te vullen met de medische elementen die de kandidaat-verzekerde haar heeft verstrekt.

Het Opvolgingsbureau stelt vast dat de antwoordtermijn in vergelijking met de voorgaande jaren stabiel blijft. Over het algemeen bezorgt de verzekeringsonderneming de gevraagde gegevens binnen de vastgestelde termijn van 15 dagen.

Zodra het dossier volledig is, heeft het Opvolgingsbureau 15 werkdagen de tijd om de ingediende aanvraag te onderzoeken.

Gewoonlijk behandelt het Opvolgingsbureau de dossiers binnen deze termijn. In bepaalde gevallen vraagt het Opvolgingsbureau om bijkomende inlichtingen of verduidelijkingen, wat de behandelingstermijn kan verlengen. Over het algemeen neemt de volledige behandeling van een dossier ongeveer een maand in beslag.

Met de tijd deden een zekere routine en een methodologie hun intrede, en het Opvolgingsbureau stelt ook vast dat alle betrokkenen (verzekeringsondernemingen, leden van het Bureau, het secretariaat) deze duidelijk positieve evolutie voortzetten.

Ook moet worden benadrukt dat de gezondheidscrisis geen significant effect heeft gehad op de doorlooptijd van de dossiers. De enige kink in de kabel was de per post gestuurde correspondentie: door het telewerken kon de post niet elke dag op kantoor worden opgehaald.

### III. Medische vragenlijsten

Over het algemeen legden de verzekeringsondernemingen hun medische vragenlijsten voor onderzoek aan het Opvolgingsbureau voor in de loop van het jaar dat volgde op de inwerkingtreding van het Bureau, namelijk 2015, en in mindere mate ook in 2016. Sindsdien ontving het Bureau voornamelijk nog twee soorten aanvragen:

- 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 2021 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 en/of familiale 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 betrokken onderneming of tussenpersoon uitblijft, behoudt het Opvolgingsbureau zich het recht voor om de FSMA, de toezichthouder van de sector, hierover aan te spreken. De FSMA kan bovendien 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 moet ook het Opgvolgingsbureau de bepalingen naleven van de Europese Verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (de AVG of GDPR). Aangezien de leden en het secretariaat van het Bureau bij de analyse en de 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 Opgvolgingsbureau en beschikt over de nodige middelen (tijd, medewerkers, materiële middelen en budget).

De DPO is uiteraard het verplichte contactpunt bij een datalek, maar hij is ook de referentiepersoon voor vragen van alle betrokken partijen (geregistreerde personen, de leden, het secretariaat, toezichthouders en overheden) over de gegevensverwerking door het Opgvolgingsbureau.

Naast de invoering van deze specifieke en verplichte maatregelen, had de inwerkingtreding van de AVG (GDPR) dan ook geen grote gevolgen voor de werking van het Opgvolgingsbureau. De meeste van deze praktijken werden namelijk 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](mailto:dirk@dps4u.be), en per post, gericht aan het Opgvolgingsbureau.*

## V. Contactgegevens en procedure

### Procedure om een onderzoek aan te vragen

- Waarover?

De schuldsaldoverzekering moet betrekking hebben op een hypothecaire lening voor de enige en eigen gezinswoning.

Bovendien moet de schuldsaldoverzekering zijn geweigerd om gezondheidsredenen of bedraagt de bijpremie meer dan 75% (van de basispremie) wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

De verzekeringsonderneming vermeldt in haar beslissingsbrief of aan deze voorwaarden is voldaan.

- Hoe?

Een onderzoek kan worden aangevraagd door de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Opvolgingsbureau.

De volgende elementen zijn nodig om een beslissing te kunnen onderzoeken:

- de **aanvraag** van het onderzoek, gericht aan het Opvolgingsbureau;
- een kopie of scan van de **beslissing van de verzekeraar** (voorstel van bijpremie of weigering);
- een **akkoordverklaring** (dit document is beschikbaar op de website; bezorg het originele document per post, samen met een recto-verso kopie van de 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 enige en eigen gezinswoning en dat het Opvolgingsbureau eventueel contact met het Kadaster mag opnemen voor bijkomende inlichtingen.

De aanvraag van het onderzoek moet schriftelijk worden ingediend, per post, per e-mail of via [het contactformulier](#) op de website.

### Contactgegevens

*Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering*

*De Meeûssquare 35*

*1000 Brussel*

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

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

*Tel.: 02 547 57 70*

*Fax: 02 547 59 75*

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

D/2019/13.852/1

*Une version en français est disponible en format pdf sur le site web [www.bureaudesuivi.be](http://www.bureaudesuivi.be)*

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

Ter herinnering: de wet van 4 april 2019 voert voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen een recht om vergeten te worden in. Zo biedt zij personen die al tien jaar genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid om een verzekering te sluiten zonder bijpremie wegens hun medische voorgeschiedenis. Deze wet voorziet ook in kortere wachttijden voor welbepaalde aandoeningen (kankeraandoeningen of chronische aandoeningen) die in twee referentieroosters staan opgesomd. Het KCE zal de referentieroosters om de twee jaar evalueren in het licht van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens, en zal een voorstel tot aanpassing van de referentieroosters aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bezorgen. Het Opvolgingsbureau dient dit voorstel vervolgens samen met zijn eigen advies aan de bevoegde politieke autoriteiten te bezorgen, die uiteindelijk zullen beslissen of zij de voorgestelde wijzigingen al dan niet doorvoeren.

In 2020 en 2021 hadden de vergaderingen tussen beide diensten betrekking op de beoordeling en prioritering van de studieonderwerpen op basis van precieze beoordelingscriteria (relevantie, omvang van het probleem en haalbaarheid van de studie). Het KCE en het Opvolgingsbureau kwamen in het kader van dit overleg meerdere keren bijeen. Een evaluatiecomité heeft advies verleend over de projecten die al dan niet worden aanvaard. Dit comité bestaat uit leden van het KCE, leden van het Opvolgingsbureau en eventueel ook klinici die gespecialiseerd zijn in de behandeling van bepaalde aandoeningen. Uiteindelijk werden twaalf aandoeningen geselecteerd en gerangschikt in volgorde van prioriteit. In 2021 startte het KCE met een eerste studie over borstkanker. De resultaten hiervan werden in 2022 aan het Opvolgingsbureau voorgesteld.

De samenwerking tussen de twee entiteiten in het kader van het recht om vergeten te worden ging in 2021 dus concreet van start. Deze samenwerking zal binnenkort leiden tot de aanpassing van de ondertussen in werking getreden referentieroosters. Een van nabij te volgen onderwerp gedurende de komende maanden.



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

De Meeûssquare 35  
1000 Brussel