



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

Jaarverslag over de werking

2015

Inhoudsopgave

Woord vooraf	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
1. Voorstelling	4
2. Werking	5
3. Eerste vaststellingen.....	6
Een leerproces voor iedereen	6
Een complexe en diverse materie	7
Bijkomende arts bij de patiëntenvertegenwoordiging	8
II. Resultaten.....	9
1. Cijfergegevens	9
a. Inleidend.....	9
b. Algemeen beeld.....	9
c. De onderzochte aanvragen verder in detail.....	10
Een blik op de onderzochte medische bijpremies	12
Een blik op de onderzochte weigeringen	14
2. Doorlooptijd	16
III. Medische vragenlijsten	17
IV. Vragen om advies aan de overheidsdiensten en -organen.....	18
V. Contactgegevens en procedure	19

Woord vooraf

Het Opvolgingsbureau vindt haar oorsprong in een wet van 2010 die, op voorstel van onder meer mevrouw Katrien Partyka, de toenmalige wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst uitbreidde en trachtte een oplossing te bieden voor de toegang tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico (BS 3 februari 2010).

In 2014 werd deze wetgeving, mits enkele aanpassingen, hernomen in de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (BS 30 april 2014) en uitgevoerd via publicatie van het KB van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet (BS 10 juni 2014).

De voorzitter en leden van het Opvolgingsbureau werden bij KB benoemd.

Na maanden voorbereiding, vanaf juli 2014, zijn sinds 30 december 2014 de werkzaamheden van het Opvolgingsbureau met het oog op een verbeterde toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico gestart. De vertegenwoordigers van consumenten, patiënten en verzekeringsondernemingen zijn hieraan begonnen vanuit verschillende invalshoeken. Het heeft tijd en energie gevergd van alle deelnemers aan deze vergaderingen om de werking van het Opvolgingsbureau in dit verband te stroomlijnen.

De werkingsmodaliteiten van het Opvolgingsbureau werden bepaald in een huishoudelijk reglement dat vastgesteld werd via een Ministerieel besluit (BS 30 december 2014).

Gedurende dit eerste werkingsjaar hebben zich bepaalde vraagstukken gemanifesteerd waarvoor, met respect voor eenieders standpunt, in de meeste gevallen een oplossing is gevonden, rekening houdend met de respectievelijke belangen van de diverse actoren.

De mentaliteiten zijn geëvolueerd en in 2016 stellen we vast dat de vergaderingen vlotter verlopen.

Voorts heeft de procedure van goedkeuring van de medische vragenlijsten van de verzekeringsondernemingen heel wat tijd in beslag genomen. Naast een typevragenlijst, voorgesteld door de beroepsvereniging Assuralia, werden eveneens de medische vragenlijsten van de verschillende verzekeringsondernemingen aan het Opvolgingsbureau voorgelegd. Na onderzoek door het Opvolgingsbureau werden bepaalde vragen uit deze medische vragenlijsten geherformuleerd of geschrapt.

Het Opvolgingsbureau heeft zichzelf in haar eerst werkingsjaar moeten ontdekken en haar mogelijkheden moeten aftasten. Nu het eerste werkingsjaar achter de rug is, kijken wij met vertrouwen uit naar de voortzetting in 2016.

Bruno Bulthé
Voorzitter

I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau

1. Voorstelling

Het Opvolgingsbureau bestaat uit 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden en wordt voorgezeten door een onafhankelijk magistraat. De Voorzitter en de leden zijn benoemd voor 6 jaar.

Het is samengesteld uit:

- twee effectieve en twee plaatsvervangende leden aangeduid door de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen;
- één effectieve en één plaatsvervangende vertegenwoordiger aangesteld door patiëntenorganisaties;
- en één effectieve en één plaatsvervangende vertegenwoordiger aangesteld door consumentenorganisaties.

Een secretariaat, dat de wet toevertrouwt aan een specifieke cel bij de Ombudsman van de Verzekeringen, geeft administratieve en organisatorische ondersteuning.

Dit secretariaat fungeert als contactpunt voor de consument. In 2015 namen zowel de kandidaat-verzekeringnemer als verzekeringstussenpersoon contact op met het secretariaat voor duiding over de indiening van een vraag tot onderzoek.

Het Opvolgingsbureau heeft als hoofddoel het onderzoek van de beslissing van een verzekeringsonderneming om een schuldsaldoverzekering te weigeren om medische redenen of een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie te vragen wanneer een schuldsaldoverzekering wordt aangevraagd ter dekking van een hypothecair krediet voor het verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning. Het Opvolgingsbureau heeft ook de taak om de formulering van de vragen in de medische vragenlijsten gehanteerd door de verzekeringsondernemingen, goed te keuren.

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld. De verschillende delegaties hanteren over het algemeen een beurtrol tussen de effectieve en plaatsvervangende vertegenwoordigers.

In 2015 werden 31 zittingen gehouden, waarbij sommige van deze zittingen werden gehouden om de diverse medische vragenlijsten te kunnen bespreken.

Het Opvolgingsbureau schortte tijdelijk haar activiteiten tussen midden-augustus en midden-september op, omdat de delegaties van consumenten en patiënten tijdelijk niet wensten deel te nemen aan de vergaderingen.

2. Werking

De kerntaak van het Opvolgingsbureau bestaat er in om, op vraag van de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Opvolgingsbureau, na te gaan of de beslissing die een verzekeringsonderneming heeft genomen, medisch en verzekeringstechnisch kan verantwoord worden.

In dat opzicht vraagt het Opvolgingsbureau in elk voorgelegd dossier de specifieke motivering en het volledig medisch dossier op bij de verzekeringsonderneming, die per individuele casus de bijzondere elementen moet aanduiden die hem heeft aangezet die beslissing te nemen. De beslissing die de verzekeringsonderneming heeft genomen moet ook onderbouwd worden door pertinente studies en statistieken.

Op basis van die aangeleverde elementen, voert het Opvolgingsbureau een onderzoek en gaat zij na of de beslissing medisch en verzekeringstechnisch kan gerechtvaardigd worden.

Samengevat: de verzekeringsonderneming moet zijn beslissing kunnen staven, zowel op medisch vlak als de wijze waarop tot deze beslissing is gekomen aan de hand van pertinent statistisch referentiemateriaal.

Bij het onderzoek van de genomen beslissing moet ook rekening worden gehouden met de vaak lange looptijd waarvoor dergelijke verzekeringscontracten worden afgesloten, vaak tussen 20 en 30 jaar.

Het onderzoek van de weigering of medische bijpremie bestaat er dan ook in om na te gaan in hoeverre de overlijdenskans van de betrokken kandidaat-verzekerde tijdens de looptijd van het contract hoger ligt dan de overlijdenskans van een doorsnee persoon zonder specifiek gezondheidsrisico.

De toepassing van een medische bijpremie wordt gebruikt in de vertaling of uitdrukking van een relatief hoger sterfterisico omwille van een specifiek gezondheidsrisico, ten opzichte van de normale populatie die niet aan die specifieke aandoening lijdt. Bij het onderzoek van een medische bijpremie of een weigering van dekking wordt in diezelfde zin nagekeken of de statistisch hogere sterftkans die de verzekeringsonderneming aanhaalt, ook wetenschappelijk wordt onderbouwd in vakliteratuur.

Er moet ook worden nagegaan of een bijpremie berekenbaar en toepasbaar is.

De ervaring leert dat de toepassing van een bijpremie of weigering afhankelijk kan zijn van elke onderneming en haar eigen acceptatiebeleid. Dit acceptatiebeleid is de weerspiegeling van de risicoaffiniteit en expertise van elke individuele verzekeringsonderneming.

Verzekeren blijft veralgemenen: het is immers niet het individuele overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde dat wordt bepaald, maar wel het risico van een groep van personen met gelijkaardige kenmerken. Daarnaast moet ook zo precies mogelijk het (extra) risico op overlijden worden ingeschat. Bij elk onderzocht dossier blijft het dan ook steeds een delicate evenwichtsoefening tussen het individueel medisch dossier en de toepassing van meer algemene studies en statistieken.

Samenvattend kunnen wij stellen dat 2015 een 'ontdekkingsjaar' is geweest, vol uitdagingen en waar men de eigen krijtlijnen heeft moeten trekken.

3. Eerste vaststellingen

Een leerproces voor iedereen

Zoals aangehaald, moet in elk dossier een correcte afweging gemaakt worden uitgaande van de individuele gezondheidstoestand en het aangereikte studiemateriaal. Op basis hiervan wordt getracht een meer algemene prognose te maken van de evolutie van de gezondheidstoestand.

In de loop van het eerste werkingsjaar werd steevast verbetering gemerkt van de motivering bij de verzekeringsondernemingen. Daar waar nodig gaf het Opvolgingsbureau ook de nodige feedback aan de betrokken verzekeringsonderneming en nam de sectorfederatie Assuralia stappen om de verzekeringssector te sensibiliseren.

Daarnaast moesten verzekeringsondernemingen ook hun communicatie aan kandidaat-verzekerden aanpassen aan de nieuwe wetgeving: uitdrukking van bijpremie in percentage en bedrag, aanduiding van de medische reden, vermelding van de contactgegevens van het Opvolgingsbureau, etc. Gezien de veelvuldige aanpassingen, is het dan ook mogelijk dat aanvankelijk niet alle ondernemingen van meet af aan klaar waren met de nodige aanpassingen. Dit werd door het Opvolgingsbureau gesignaleerd aan de sectorfederatie Assuralia die haar leden hierover heeft gesensibiliseerd en de communicatie werd waar nodig op punt gezet.

Ook voor de delegaties binnen het Opvolgingsbureau is dit eerste werkingsjaar een leerproces geweest, waarbij zij zich hebben moeten inwerken in de toegekende taken en rekening houden met de haar opgelegde strikte termijnen, wat zeer vaak voor een hoge werkdruk zorgde. De diverse delegaties doen steeds meer ervaring op in het onderzoek van de dossiers, maar blijven tegelijk ook aandachtig voor het verder op punt stellen van de werkwijze die hierbij gevolgd wordt.

Een complexe en diverse materie

Tijdens de voorafgaandelijke besprekingen en opstart van het Opgvolgingsbureau kon geen duidelijke inschatting worden gemaakt van het aantal dossiers dat zou worden ingediend bij het Opgvolgingsbureau.

Op basis van een steekproef die Assuralia deed bij 13 verzekeringsondernemingen die schuldsaldoverzekeringen aanbieden, zouden in 2015 minstens 269.000 polissen zijn afgesloten op de Belgische markt die betrekking hebben op hypothecaire kredieten voor de verwerving of verbouwing van de enige en eigen woning.

Het aantal aanvragen tot onderzoek dat bij het Opgvolgingsbureau werd ingediend lijkt in vergelijking hiermee erg beperkt: in 547 gevallen wendde de kandidaat-verzekeringssnemer zich tot het Opgvolgingsbureau voor een onderzoek van zijn dossier. Laat vooral niet vergeten dat het hier telkens om personen met soms een zeer gevoelig medisch verleden gaat, die geen schuldsaldoverzekering kunnen afsluiten of enkel mits betaling van een bijpremie hoger dan 75%.

Een algemene conclusie over de toepassing van de wetgeving over schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd overlijdensrisico is vooralsnog voorbarig.

Enerzijds heeft het Opgvolgingsbureau slechts een beperkt beeld over het aantal voorstellen van schuldsaldoverzekering waarbij een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie wordt toegepast of de dekking wordt geweigerd om medische redenen. Zij wordt immers enkel aangesproken door personen die het oneens zijn met de beslissing van de verzekeringsonderneming. Anderzijds bestaat de wetgeving ook uit een solidariteitsmechanisme dat ervoor zorgt dat zeer hoge medische bijpremies begrensd worden tot 125% van de basispremie waardoor schuldsaldoverzekeringen betaalbaarder worden¹.

Een eerste blik op de zeer diverse aanvragen die bij het Opgvolgingsbureau ingediend werden laat uitschijnen dat het acceptatiebeleid zeer uiteenlopend kan zijn, ook al is de medische voorgeschiedenis van twee personen nooit volledig identiek. In een concurrentiële markt is het aangewezen om bij verschillende verzekeringsondernemingen te vragen aan welke voorwaarden een verzekering kan worden aangeboden.

Door de combinatie van de individuele risico-affiniteit, het eigen acceptatiebeleid en de politiek van mutualisering van de risico's, kan het zijn dat twee verzekeringsondernemingen een verschillende beslissing zouden nemen en kunnen verantwoorden.

Naast de eigen acceptatie- en solidariseringspolitiek, werd tijdens de werkzaamheden van het Opgvolgingsbureau vastgesteld dat ook de basispremie eigen is aan elke verzekeringsonderneming omdat elke verzekeringsonderneming vrij kan bepalen welke tarieven zij hanteert.

De basispremie is de premie die iedere gezonde persoon van een bepaalde leeftijd betaalt. Dit stelt de premie van de 'referentiepopulatie' in een bepaalde leeftijdscategorie voor, zonder verhoogde overlijdenskans.

¹ De Compensatiekas neemt het gedeelte van de medische bijpremie hoger dan 125% van de basispremie voor haar rekening, zonder dat haar tussenkomst 800% van de basispremie kan overschrijden. (Art. 28, KB van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van een hypothecair krediet, BS 10 juni 2014)

Zoals elk bedrijf, heeft elke verzekeringsonderneming ook haar eigen kostenstructuur. Daarnaast hangt de basispremie ook nauw samen met de mutualisering van de risico's.

Het bedrag van de basispremie zal dan weer een invloed hebben op het bedrag van de bijpremie. Gezien bij iedere verzekeringsonderneming de basispremie verschillend is, zal ook de totale premie kunnen verschillen.

Het is met andere woorden belangrijk voor de consument om verzekeraars met elkaar te vergelijken en zich niet te richten op één enkele verzekeraar. Er bestaan immers belangrijke onderlinge verschillen waaruit de consument voordeel kan halen: eigen premie- en kostenstructuur (basispremie), eigen acceptatiepolitiek en toepassing van de bijpremie, maar soms ook een voordeligere intrestvoet op de lening wanneer voor een bepaalde verzekeringsonderneming wordt gekozen.

Bijkomende arts bij de patiëntenvertegenwoordiging

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld uit twee leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen (en twee plaatsvervangers) en twee leden die de patiënten- en consumentenorganisaties vertegenwoordigen (en twee plaatsvervangers).

Aanvankelijk zetelden er in het Opvolgingsbureau drie artsen: twee artsen die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen (en gewoonlijk beurtelings de vergaderingen bijwonen) en één arts die de patiëntenorganisaties vertegenwoordigt.

Door de hoge werkdruk en de beschikbaarheid van slechts één arts binnen de patiënten- en consumentenvertegenwoordiging², kwam de druk van onderzoek en de medische expertise voor deze delegatie bij één enkele persoon terecht.

Om de werking van het Opvolgingsbureau te verbeteren, werd in het Opvolgingsbureau een extra arts opgenomen die de patiëntenorganisaties vertegenwoordigt, wat de debatten alleen maar ten goede komt. De Minister maakte ook extra middelen³ vrij zodat de patiëntenverenigingen hun rol in het Opvolgingsbureau ten volle kunnen opnemen.

² Zie ook supra: p. 4, sectie werking en het systeem van beurtrol

³ Parlementaire vraag van 16 november 2015 van mevrouw Els Van Hoof

II. Resultaten

1. Cijfergegevens

a. Inleidend

Het Opvolgingsbureau (soms afgekort als “OBS” voor Opvolgingsbureau / Bureau du suivi) voert een onderzoek uit van de beslissing die de betrokken verzekeringsonderneming nam en heeft de mogelijkheid zich bij deze beslissing aan te sluiten of een andere beslissing voor te stellen. Zodoende blijft de weigering om medische redenen van een schuldsaldoverzekeringspolis mogelijk.

Zoals het Grondwettelijk Hof in haar arrest van 10 november 2011 oordeelde, is het niet mogelijk een verzekeringsonderneming (of een verzekeringsnemer) te verplichten een schuldsaldoverzekeringspolis aan te gaan en blijft de vrijheid van contracteren bestaan⁴.

Een verzekering blijft een kanscontract: er moet een onzeker element aanwezig blijven.

Naarmate (relatieve) kansen op overlijden groter worden, wordt minder voldaan aan deze voorwaarde om nog van een verzekering te kunnen spreken.

Indien het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel doet, is de betrokken verzekeraar niet gehouden dit voorstel te aanvaarden. Echter, indien die verzekeraar wenst te contracteren, moet hij dit op grond van dit nieuwe voorstel doen.

De mogelijkheid bestaat dus dat een kandidaat-verzekerde, voor wie het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel doet, geen schuldsaldoverzekeringspolis wordt aangeboden bij die verzekeringsonderneming. Het staat de kandidaat-verzekeringsnemer vrij om zich eventueel tot een andere verzekeraar te richten.

b. Algemeen beeld

In 2015 kreeg het Opvolgingsbureau 547 aanvragen tot onderzoek. Deze aanvragen kunnen opgesplitst worden in 288 betreffende een bijpremie en 259 betreffende een weigering.

Soms stelt de verzekeraar aan de kandidaat-verzekerde voor om het dossier later opnieuw te bekijken met nieuwe medische informatie en wordt van een uitstel gesproken.

Het Opvolgingsbureau zal een uitstel technisch gezien als een weigering behandelen, gezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een contract aan te gaan.

Het Opvolgingsbureau heeft bij elke ingediende en onderzochte aanvraag nagegaan welke pathologie de oorzaak van de bijpremie of weigering was en heeft deze onderverdeeld in categorieën.

Voor de ingediende vragen waarbij meer dan één aandoening aan de oorzaak van de beslissing van de verzekeringsonderneming lag, werd een categorie ‘polypathologie’ gecreëerd.

De weergegeven cijfergegevens hebben betrekking op aanvragen die werden ingediend tussen 1 januari 2015 en 31 december 2015 en werden op 1 maart 2016 afgesloten.

⁴ Parlementaire vraag van 28 december 2015 van mevrouw Leen Dierick

	Totaal	Bijpremie	Weigering
Totaal aantal aanvragen	547	288	259
Totaal ontvankelijke aanvragen	397	193	204
waarvan onderzocht en afgesloten	367	177	190
waarvoor de verzekeraar op eigen initiatief een nieuw voorstel deed	22	13	9
waarvan openstaande dossiers van 2015 (op 1 maart 2016)	8	3	5
Aantal stopgezette aanvragen door gebrek aan informatie vanwege de aanvrager ⁵	85	95	55
Aantal onontvankelijke aanvragen	65		

Op 1 maart 2016 waren 8 dossiers die ingediend werden in 2015, nog niet afgesloten.

In 65 gevallen oordeelde het Opvolgingsbureau dat de voorgelegde vraag tot onderzoek onontvankelijk was. In deze gevallen was meestal de medische bijpremie niet hoger dan 75% van de basispremie, dateerde de beslissing van vóór de inwerkingtreding van het Opvolgingsbureau⁶ of diende de schuldsaldoverzekering niet ter dekking van het krediet voor de enige en eigen gezinswoning.

c. De onderzochte aanvragen verder in detail

Het Opvolgingsbureau heeft in de loop van 2015 in 397 gevallen een onderzoek ingesteld naar een bijpremie of weigering wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde. Van deze 397 onderzoeken, hadden 193 betrekking op een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie en 204 op een weigering.

⁵ Een volledige aanvraag bestaat uit een vraag tot tussenkomst, een kopie van de beslissingsbrief van de betrokken verzekeraar en een originele akkoordverklaring met een kopie van de recto-verso van de identiteitskaart van de betrokken persoon (personen). Bij deze dossiers gaf de aanvrager geen gevolg aan de vraag van het secretariaat om zijn dossier te vervolledigen waardoor er geen onderzoek kon worden ingesteld.

⁶ Het Opvolgingsbureau is in werking getreden op 30 december 2014, dit is de publicatiedatum van haar huishoudelijk reglement in het Belgisch Staatsblad.

Pathologie	Totaal	Bijpremie	Weigering
Hart en bloedvaten	92	37	55
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	84	33	51
Suikerziekte (diabetes)	51	39	12
Polypathologie	40	15	25
Spijverteringsstelsel of buik	25	20	5
Psychische aandoeningen	22	14	8
Zenuwstelsel en hersenen	21	12	9
Systeemziekten en auto-immuunziekten	15	5	10
Nieren of urinewegen	13	3	10
Stofwisseling, hormonen en klieren	13	8	5
Ademhalingsstelsel	7	1	6
Bloed of lymfeklieren	5	2	3
Infectie of parasitaire ziekte	4	2	2
Reumatologische aandoeningen	2	2	0
Spieren en gewrichten	2	0	2
Huid	1	0	1

Bij de onderzochte aanvragen rond bijpremies stellen wij vast dat deze meer verspreid zijn in de pathologiegroepen, maar dat meer dan de helft van de aanvragen betrekking heeft op diabetes, op hart- en bloedvaten of op vormen van kanker. In vierde positie komen aandoening van het spijsverteringsstelsel voor.

De drie vaakst voorkomende ziektebeelden bij de onderzochte weigeringen komen voor in aandoeningen van hart- en bloedvaten, vormen van kanker en de categorie 'polypathologie'. Deze drie groepen van aandoeningen tellen voor bijna 2/3^{de} van de ingediende aanvragen rond weigeringen (64%).

Gezien elke voorgelegde vraag op individuele basis wordt onderzocht, is het onmogelijk om een vergelijking van deze 397 onderzochte persoonlijke dossiers te maken en hieruit eenduidige conclusies te trekken, enkel op basis van de motiveringselementen en het standpunt dat het Opvolgingsbureau innam. Dit zou enerzijds verkeerde verwachtingen kunnen scheppen en anderzijds tot foutieve gevolgtrekkingen kunnen leiden.

Een blik op de onderzochte medische bijpremies

Bij het onderzoek van de 193 dossiers inzake medische bijpremies, heeft het Opgvolgingsbureau in 162 dossiers of 84% de beslissing van de verzekeringsonderneming gevolgd.

Bijpremies - OBS volgt beslissing verzekeraar					
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	35	Psychische aandoeningen	10	Bloed of lymfeklieren	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	30	Zenuwstelsel en hersenen	9	Infectie of parasitaire ziekte	2
Hart en bloedvaten	30	Stofwisseling, hormonen en klieren	6	Ademhalingsstelsel	1
Spijverteringsstelsel of buik	16	Systeemziekten en auto-immuunziekten	5	Reumatologische aandoeningen	1
Polypathologie	12	Nieren of urinewegen	3		

In 7,8% of 15 gevallen heeft het Opgvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd naar de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer. In 13 gevallen was de verzekeraar bereid om aan de voorwaarden van dit nieuwe voorstel een contract aan te bieden. Zo werden dus 86% van de nieuwe voorstellen aanvaard door de betrokken verzekeringsondernemingen.

In een aantal gevallen stelde de verzekeringsonderneming vast, bij het samenstellen van het dossier voor het Opgvolgingsbureau, dat de aanvankelijke beslissing bijgesteld kon worden en formuleerde zij op eigen initiatief een nieuw voorstel aan de aanvrager.

Zo werd het Opgvolgingsbureau in 13 gevallen (6,7%) geïnformeerd dat de verzekeraar met een vernieuwd voorstel opnieuw de aanvrager contacteerde.

In totaal werd dus in 26 dossiers de bijpremie bijgesteld nadat het Opgvolgingsbureau de verzekeraar om uitleg vroeg.

Bijpremies: Voorstel OBS werd aanvaard			
Psychische aandoeningen	4	Hart en bloedvaten	3
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	4	Zenuwstelsel en hersenen	2

Bijpremies: Eigen nieuw voorstel door de verzekeraar	
Spijsverteringsstelsel of buik	3
Polypathologie	3
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	2
Hart en bloedvaten	2
Reumatologische aandoeningen	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren	1

Twee voorstellen die geformuleerd werden door het Opgvolgingsbureau werden niet aanvaard door de betrokken verzekeraars. Hierbij betrof het één dossier in de pathologiegroep 'Hart en bloedvaten' en één dossier in de pathologiegroep 'Stofwisseling'.

Bij afsluiting van de cijfergegevens waren 3 dossiers die betrekking hadden op een medische bijpremie, nog niet afgesloten.

Gelet op de zeer diverse categorieën van aandoeningen waarvoor zowel het Opgvolgingsbureau als de betrokken verzekeringsonderneming een vernieuwd voorstel van bijpremie deed, kan er niet eenduidig worden afgeleid dat in de ene of andere groep van pathologie een nieuw voorstel kan worden verwacht.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2015 onderzocht het Opvolgingsbureau 204 weigeringen van verzekering. Hierbij was in 170 dossiers of 83% van de gevallen het Opvolgingsbureau van oordeel dat de weigering medisch en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd was.

Weigering - OBS volgt beslissing van de verzekeraar					
Hart en bloedvaten	49	Psychische aandoeningen	6	Ademhalingsstelsel	5
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	48	Systeemziekten en auto-immunziekten	6	Bloed of lymfeklieren	2
Polypathologie	18	Zenuwstelsel en hersenen	5	Spieren en gewrichten	2
Nieren of urinewegen	10	Spijverteringsstelsel of buik	5	Infectie of parasitaire ziekte	1
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	8	Stofwisseling, hormonen en klieren	5		

Over het algemeen kan gesteld worden dat een weigering om medische redenen drie oorzaken kan hebben:

- Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt een ongunstige prognose van de evolutie op zeer korte termijn van het ziekteprofiel;
- Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt een ongunstige prognose van de evolutie op langere termijn van het ziekteprofiel;
- Het ziekteprofiel en de evolutie op langere termijn is (nog) onvoldoende beschreven door de wetenschap. Dit kan te wijten zijn aan gebrek aan wetenschappelijke evidentie over zeldzame aandoeningen, het effect van een (nieuwe) behandeling, de kans dat de aandoening zich stabiliseert, ...

Het is ook mogelijk dat een verzekeringsonderneming weigert omdat de kandidaat-verzekerde niet de gevraagde medische elementen aanlevert waardoor de verzekeraar het risico niet kon beoordelen.

In voorkomend geval zou het mogelijks aangeraden zijn dat de verzekeringsonderneming, in sommige gevallen, in haar weigeringsbrief nogmaals herinnert aan de ontbrekende medische informatie.

Het Opvolgingsbureau heeft in 20 dossiers (9,8%) een nieuw voorstel aan de betrokken verzekeringsonderneming en de kandidaat-verzekeringnemer bezorgd.

Al deze voorstellen werden aanvaard door de betrokken verzekeringsonderneming.

Zoals ook het geval bij de bijpremies, hebben de betrokken verzekeringsondernemingen in sommige dossiers waar zij weigerden, vastgesteld dat een verbetering kon worden aangebracht. Zo hebben de

betrokken verzekeringsondernemingen op eigen initiatief in 9 dossiers (4,4%) in die zin hun kandidaat-verzekeringnemer opnieuw gecontacteerd.

Deze 29 nieuwe voorstellen werden in volgende ziektebeelden voorgesteld:

Weigering: Voorstel OBS werd aanvaard	
Hart en bloedvaten	5
Polypathologie	4
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	4
Zenuwstelsel en hersenen	3
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Psychische aandoeningen	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1

Weigering: Eigen nieuw voorstel verzekeraar	
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Polypathologie	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Psychische aandoeningen	1
Hart en bloedvaten	1
Ademhalingsstelsel	1

Bij afsluiting van de cijfergegevens waren nog 5 dossiers over een weigering om medische reden, niet afgesloten.

2. Doorlooptijd

Wanneer een aanvraag tot onderzoek wordt ingediend, wordt nagegaan of deze voldoet aan de ontvankelijkheidscriteria:

- betreft het een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie of een weigering omwille van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde?
- is het doel een dekking van een hypothecair krediet voor de enige en eigen gezinswoning?
- dateert de te onderzoeken beslissing van na de in voege treding van het Opvolgingsbureau?

Eenmaal vast staat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming twee weken de tijd om alle informatie waarover hij beschikt en die nodig is voor het onderzoek van het dossier, aan het Bureau te bezorgen. De verzekeraar wordt gevraagd om zijn beslissing omstandig te motiveren alsook het dossier verder te vervolledigen met de medische elementen die de kandidaat-verzekerde aan hem heeft bezorgd.

Zodra het dossier volledig is, beschikt het Opvolgingsbureau over een termijn van 15 werkdagen (3 weken) om de aanvraag te onderzoeken.

De verzekeringsonderneming wordt verzocht binnen de 15 dagen te antwoorden. In 2015 had een verzekeraar gemiddeld 21 dagen nodig om een dossier te vervolledigen.

Het overgrote deel van de vragen tot vervollediging aan de verzekeringsonderneming werd tijdig beantwoord door de verzekeringsondernemingen.

Enkel in de opstartfase bleek het niet evident om tijdig een volledig dossier te bekomen. Het Opvolgingsbureau stelde toen dan ook in een minderheid van dossiers vast dat niet steeds conform de termijnen vervat in haar huishoudelijk reglement was geantwoord.

Deze langere gemiddelde antwoordtermijnen in de aanvangsfase kunnen echter verklaard worden door drie factoren:

- sommige dossiers hebben vertraging gehad omwille van technische problemen met het elektronisch platform van het Opvolgingsbureau waardoor niet tijdig geantwoord kon worden;
- in sommige gevallen contacteerde de verzekeringsonderneming de kandidaat-verzekerde voor bijkomende informatie om zo mogelijk het eerst voorstel te optimaliseren;
- ook het uitstel van dossiers omwille van de schorsing van de werkzaamheden en dus latere zittingsdata kan een invloed hebben gehad op de antwoordtermijnen.

Gemiddeld werden de dossiers binnen de 18 dagen voorgelegd aan en behandeld door het Opvolgingsbureau. Dit stemt ongeveer overeen met de 15 werkdagen (of 3 weken) waarin het onderzoek van het Opvolgingsbureau moet gebeuren.

In bepaalde gevallen verzoekt het Opvolgingsbureau bijkomende informatie. Dit kan dan ook de behandelingstermijn verlengen, gezien het dossier dan nog niet volledig is.

Over het algemeen wordt vastgesteld dat voor een doorsnee dossier gemiddeld 4 tot 5 weken nodig is om de nodige stukken op te vragen aan de verzekeringsonderneming om een volledig dossier te bekomen en een besluit te nemen binnen het Opvolgingsbureau.

Het Opvolgingsbureau stelt ook vast dat alle betrokkenen (de verzekeringsondernemingen, de leden van het bureau, het secretariaat) een leerproces hebben doorgemaakt en merkte in de loop van het eerste werkingsjaar een duidelijke positieve evolutie.

III. Medische vragenlijsten

De beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen, Assuralia, diende een sectorale vragenlijst in, die met de nodige aanpassingen werd goedgekeurd.

Deze sectorale vragenlijst heeft dienst gedaan als maatstaf voor de verdere ingediende vragenlijsten. Het Opvolgingsbureau heeft in 2015 ook van 17 verzekeringsondernemingen de vraag gekregen om haar medische vragenlijsten te onderzoeken, die - mits verwerking van de opmerkingen van het Opvolgingsbureau - werden goedgekeurd.

Bijna alle medische vragenlijsten werden eind januari 2015 ingediend door verschillende verzekeringsondernemingen die schuldsaldoverzekeringen aanbieden.

Door het grote aantal en de uitgesproken uiteenlopende standpunten tussen de betrokken delegaties binnen het Opvolgingsbureau, hebben de debatten in de meeste gevallen tot 3 maand in beslag genomen.

In het bijzonder de zeer gevoelige balans tussen de privacy van de kandidaat-verzekerde, van belang voor de vertegenwoordigers van consumenten- en patiëntenorganisaties, en de noodzaak voor de verzekeringsonderneming om een duidelijk beeld te hebben over de medische historiek en huidige toestand (i.c. het overlijdensrisico) van de kandidaat-verzekerde werd grondig en herhaaldelijk gedebatteerd.

In het kader van dit onderzoek werd ook advies gevraagd aan de Privacycommissie.

Zo werd na het ingewonnen advies de duidelijkheid van de gestelde vragen en de pertinentie van de vraag om het te verzekeren overlijdensrisico in te schatten, besproken⁷.

Daar waar de wetgeving⁸ het Opvolgingsbureau een zeer strikte termijn oplegt van één maand voor de analyse en beslissing van de voorgelegde medische vragenlijsten, kan enkel worden vastgesteld dat deze termijn in de praktijk ontoereikend is.

Immers, de analyse van de medische vragenlijsten valt samen met de werklast van de beoordeling van de ingediende dossiers, maar er wordt ook steeds gezocht naar een consensus over de aan te bevelen herformulering.

De enkele verzekeringsondernemingen die later tijdens het jaar hun medische vragenlijsten lieten onderzoeken, konden wel spoediger, binnen de twee maanden, worden behandeld.

⁷ Parlementaire vraag van 16 november 2015 van mevrouw Els Van Hoof, maar ook Parlementaire vraag van 2 juni 2015 van mevrouw Karine Lalieux.

⁸ Art. 4, 2° lid, KB van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet.

IV. Vragen om advies aan de overheidsdiensten en -organen

Gezien de wetgeving geheel nieuw is en de toepassing ervan niet steeds even vanzelfsprekend is, werd in sommige kwesties ook bij gespecialiseerde instanties om hun inzicht en expertise gevraagd.

- De Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer werd geraadpleegd over de analyse en goedkeuring van de medische vragenlijsten.
- Aan de FOD Economie werd advies gevraagd rond de toepassing van het criterium betreffende de enige en eigen gezinswoning: naakte eigendom, mede-eigendom en verhuis.
- Nadien werd ook aan de FSMA advies gevraagd met betrekking tot het criterium van enige en eigen gezinswoning.

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 geweigerd zijn wegens gezondheidsredenen of bedraagt de bijpremie meer dan 75% (van de basispremie) wegens gezondheidsredenen.

De verzekeraar zal op zijn beslissingsbrief vermelden of hieraan is voldaan.

- Hoe?

De kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of één van de leden van het Opgvolgingsbureau kan een aanvraag tot onderzoek indienen.

De volgende elementen zijn nodig om een onderzoek op te starten:

- Een **vraag** tot onderzoek door het Opgvolgingsbureau;
- Een kopie of scan van de **beslissing** (voorstel van bijpremie of weigering) van de verzekeringsonderneming;
- Een **akkoordverklaring** (exemplaar op de website, het origineel per post bezorgen met een recto-verso kopie van de identiteitskaart van de kandidaat-verzekerde). Hiermee kan het Opgvolgingsbureau het medisch dossier opvragen van de kandidaat-verzekerde. Het document bevat tevens een uitdrukkelijke verklaring dat de schuldsaldoverzekering betrekking heeft op een hypothecaire lening voor de enige en eigen gezinswoning en dat desgevallend hieromtrent informatie kan opgevraagd worden bij het Kadaster.

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

Contactgegevens

Het Opgvolgingsbureau 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, Opgvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering.
D/2016/13.852/2

Une version française est disponible au format PDF sur le site www.bureaudusuivi.be



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

de Meeûssquare, 35
1000 Brussel