



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

Jaarverslag over de werking

2019

Inhoudstafel

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
Enkele evoluties, maar geen revoluties	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

Voorwoord

Wanneer we dit voorwoord schrijven, ligt de gezondheidscrisis nog niet helemaal achter ons. Sinds het begin van de pandemie volgt het Opvolgingsbureau de situatie nauwgezet op en neemt het de nodige maatregelen. De gevolgen zullen ongetwijfeld weerspiegeld worden in de cijfers van het jaar 2020. In de praktijk betekent een vertragende vastgoedmarkt immers een afname van het aantal gesloten hypothecaire kredieten en, in het verlengde hiervan, van het aantal schuldsaldoverzekerings. Het aantal dossiers dat door de dienst wordt behandeld, volgt logischerwijs dezelfde curve. Op wetgevend vlak is het 'recht om vergeten te worden', dat geïnspireerd is op het Franse model dat beter gekend is onder de naam 'convention AERAS', voortaan van kracht. De effecten van deze beide omwentelingen op de werking van het Opvolgingsbureau zullen uiteraard nader worden toegelicht in het activiteitenverslag van 2020, dat nu al in meer dan één opzicht interessant belooft te zijn.

Ook het boekjaar 2019 heeft ons een reeks inzichten bijgebracht. Het Opvolgingsbureau, dat zijn vijfde verjaardag vierde, onderging geen grootse veranderingen qua samenstelling of werkwijzen. Stabiliteit, nauwgezetheid en collegialiteit blijven de sleutelwoorden. Toch zien we dat het aantal aanvragen voor de eerste maal weer toeneemt na de daling die zich in de loop van de jaren had afgetekend. Met deze lichte heropflakking kan het Opvolgingsbureau, waarvan de bevoegdheden ondertussen wordt erkend, zijn positie verstevigen. Het klopt dat het aantal dossiers dat voor onderzoek bij het Bureau wordt ingediend zeer klein blijft in verhouding tot de globale markt cijfers. Ook is het zo dat de inschakeling van het Opvolgingsbureau in de meeste gevallen niet tot een herziening leidt. Maar desondanks onderwerpt het Opvolgingsbureau, als paritair orgaan, honderden motiveringen aan een grondig onderzoek en waakt het erover dat de door de verzekeringsondernemingen genomen beslissingen niet arbitrair of discriminerend zijn. De dienst verkiest hierbij een aanpak die stoelt op consensus en overleg tussen vertegenwoordigers van de verschillende sectoren, waarbij deze elkaar kunnen ontmoeten en met elkaar in gesprek kunnen gaan om zich vervolgens eenstemmig uit te spreken.

Het Opvolgingsbureau is en blijft ten slotte een ontmoetingsplaats die meerdere bestaansredenen heeft. Sommige daarvan zijn duidelijk zichtbaar, zowel aan de ene als aan de andere kant. Wanneer een kandidaat-verzekeringnemer vaststelt dat een weigering wordt omgezet in een voorstel, met of zonder medische bijpremie, of dat de bijpremie wordt verlaagd of zelfs geschrapt, dan kan hij tevreden zijn. Wanneer een verzekeringsonderneming vaststelt dat het Opvolgingsbureau haar oordeel volgt, en een beslissing bevestigt die door een dienst medische acceptatie werd genomen en door een raadgevend arts werd onderbouwd, dan kan ook zij zich gelukkig prijzen. In beide gevallen en ongeacht de uitkomst, is het inwinnen van de opinie van een neutraal en objectief orgaan een zinvol initiatief.

De meeste mandaten van leden lopen nu ten einde, maar deze zullen kunnen worden hernieuwd, in het licht van een goed verloop van de vergaderingen en een vlotte informatie-uitwisseling tussen de verschillende delegaties. In deze periode met veel onzekerheden is continuïteit immers het beste recept voor succes.

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. Zijn voorzitter is een onafhankelijke magistraat. In 2019 werd André De Muylder, emeritus vrederechter in Etterbeek, tot ondervoorzitter benoemd. Zijn mandaat is vastgelegd voor een duur van zes jaar, net als dat van de andere leden en van de voorzitter.

Het Bureau is samengesteld uit twee effectieve leden en twee plaatsvervangende leden die zijn aangewezen door de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen, een effectief 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 bijeenkomsten 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 een van zijn leden of van de Ombudsman van de Verzekeringen, de beslissing van een verzekeringsonderneming wanneer deze om medische redenen een schuldsaldoverzekering weigert of een medische bijpremie van meer dan 75% 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 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 gesteld worden in de medische vragenlijsten die de verzekeringsondernemingen gebruiken. Omdat de meeste ondernemingen hun vragenlijsten al in de loop van de vorige jaren hadden voorgelegd, werden er in 2019 voornamelijk punctuele aanpassingen onderzocht.

Zoals gebruikelijk kwam het Opvolgingsbureau ook in 2019 tweewekelijks samen en vergaderde het 25 maal om de dossiers te bespreken. Het Opvolgingsbureau voldeed zo aan zijn wettelijke verplichting om vanaf de ontvangst van het volledige dossier binnen 15 werkdagen een advies uit te brengen.

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 elke individuele persoon grondig en onderzoekt of de beslissing van de verzekeringsonderneming wordt gestaafd door objectieve feiten, gestoeld op wetenschappelijk medisch onderzoek. Gezien de vaak langdurige looptijd van de gevraagde 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 toch anders (beter of slechter) evolueert.

Enkele evoluties, maar geen revoluties

In 2019 werden er 432 aanvragen van een tussenkomst aan het Opvolgingsbureau gericht. Daarvan zijn er 306 ontvankelijk verklaard en onderzocht. Deze cijfers bedroegen in 2018 respectievelijk 416 en 286.

In de loop van het jaar 2019 werd er dankzij de tussenkomst van het Opvolgingsbureau een herziening van de initiële beslissing voorgesteld in het kader van 73 ontvankelijke dossiers. Dit cijfer omvat niet alleen de nieuwe voorstellen van het Opvolgingsbureau zelf, maar ook de nieuwe voorstellen op initiatief van de verzekeringsondernemingen.

De hierboven vermelde cijfers brengen twee tegengestelde tendensen aan het licht. Enerzijds is het aantal ontvankelijke en dus onderzochte dossiers met 7% toegenomen tegenover het vorige boekjaar. Anderzijds is het aantal voorstellen tot herziening afgenomen: het daalde van 29% van de gevallen in 2018 naar 24% in 2019.

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 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 verkiest boven een categorieke weigering. In dat geval stelt het Bureau aan de verzekeraar voor om zijn standpunt te herzien vanaf een specifieke datum, en informeert het de kandidaat hierover. Het Opvolgingsbureau speelt dus een regulerende rol, maar kan door zijn neutraal en objectieve 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 wordt het jaar 2019 gekenmerkt door een laag aantal dossiers dat werd afgesloten wegens het uitblijven van een reactie van de kandidaat-verzekeringnemer. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het secretariaat de dossiers systematischer opvolgt, en waar nodig contact met de betrokkenen opneemt om hun aanvraag te vervolledigen.

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: een 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.

In 2018 werden slechts twee nieuwe voorstellen van het Opvolgingsbureau niet gevolgd door de verzekeraar, tegenover zeven in 2019. In dat geval krijgt de kandidaat-verzekeringnemer de raad om zich tot een andere verzekeraar te wenden.

b. Algemeen beeld

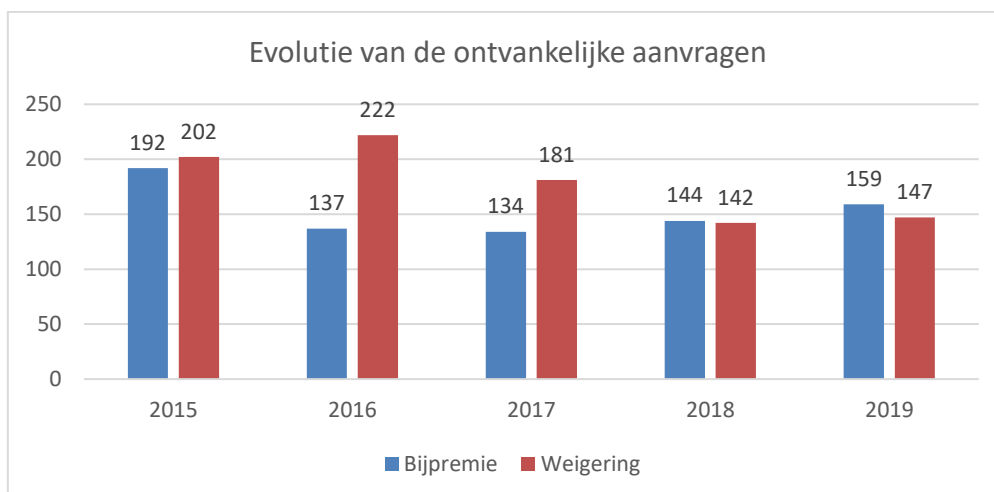
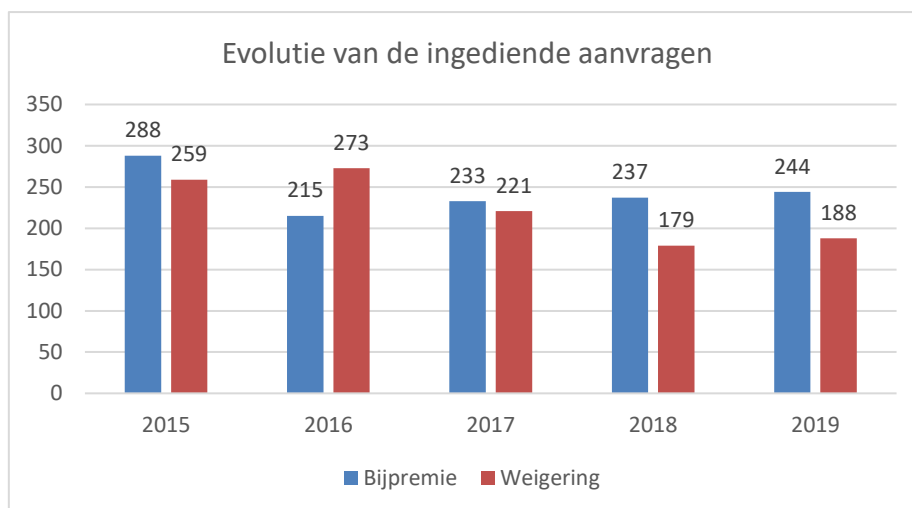
In 2019 heeft het Opvolgingsbureau 432 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 244 aanvragen in verband met een bijpremie en 188 aanvragen in verband met een weigering.

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 nog lopende behandeling – om twee voorbeelden te geven – beter kan worden ingeschat. De beslissing wordt dan uitgesteld.

Het Opvolgingsbureau beschouwt een uitstel als een weigering van verzekering, aangezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een dekking voor te stellen.

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

De statistieken hieronder betreffen de aanvragen die tussen 1 januari 2019 en 31 december 2019 zijn ingediend.



Tabel 1

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019		
	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
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147
Door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117
Door het Opvolgingsbureau geformuleerde nieuwe voorstellen	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17
Door de verzekeraar geformuleerde nieuwe voorstellen na aanvraag dossier	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13

In 79 gevallen oordeelde het Opgvolgingsbureau dat de ingediende aanvraag onontvankelijk was. In die gevallen bedroeg de medische bijpremie niet meer dan 75% van de basispremie of dekte de verzekering niet de eigen en enige gezinswoning. Het kan ook gaan om een bijpremie of een weigering van verzekering die verband houdt met de levensstijl, wat buiten de bevoegdheden van het Opgvolgingsbureau valt.

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

c. Meer details over de onderzochte aanvragen

In de loop van 2019 heeft het Opvolgingsbureau 306 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 159 van deze onderzochte dossiers werd er een medische bijpremie toegepast van meer dan 75% van de basispremie en in 147 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Onderzochte categorieën van ziekten in 2019	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	74	21	53
Polypathologie	54	24	30
Hart en bloedvaten	39	23	16
Psychische aandoeningen	25	18	7
Diabetes, glucose-intolerantie	20	18	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	18	14	4
Nieren en urinewegen	16	7	9
Zenuwstelsel en hersenen	14	10	4
Spijverteringsstelsel en buik	12	8	4
Andere aandoeningen	11	7	4
Systeemziekten en auto-immuunziekten	5	3	2
Ademhalingsstelsel	4	0	4
Infectieziekten en parasitaire ziekten	4	2	2
Spijeren en gewrichten	3	1	2
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	3	1	2
Bloed en lymfeklieren	2	1	1
Huid	1	0	1
Reumatologie	1	1	0
TOTAAL	306	159	147

Algemeen beschouwd stellen we vast dat de gevallen met bijpremies iets hoger liggen dan de weigeringen. Er mag worden aangenomen, met elk voorbehoud in het licht van het aandeel dossiers dat het Opvolgingsbureau onderzoekt, dat sommige aandoeningen na verloop van tijd gemakkelijker verzekeraar blijken. Diabetes is hierbij een interessant voorbeeld aangezien deze aandoening, als ze niet met complicaties gepaard gaat, haast nooit meer aanleiding geeft tot een weigering.

Bij de kankers zijn er dubbel zoveel onderzochte weigeringen als bijpremies. Hierbij moet worden benadrukt dat bij deze weigeringen tal van uitstellen zijn opgenomen. Een onderneming wacht dan het einde van een behandeling af, of de termijn vanaf dewelke het overlijdensrisico van de patiënt afneemt. Deze wachttijd kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren, naargelang het geval. Bij een verbetering van zijn gezondheidstoestand heeft een kandidaat-verzekerde er belang bij om zich opnieuw tot de onderneming te richten en deze te vragen om de situatie opnieuw in overweging te nemen en nieuwe voorwaarden voor te stellen.

De top drie bevat altijd dezelfde drie categorieën: ‘tumoren’, ‘polypathologie’ en ‘hart’. Bij de meest frequente gevallen van polypathologie vermelden we morbide obesitas in combinatie met een hartaandoening. Ook psychische aandoeningen kunnen samen met elke andere categorie optreden.

Bij de vier aanvragen in verband met aandoeningen van het ademhalingsstelsel gaat het om een weigering. Deze categorie omvat onder meer ziekten als mucoviscidose. Deze ziekte is nochtans opgenomen in het referentierooster met betrekking tot het recht om te worden vergeten, net als andere chronische ziekten en sommige kankers. Als bepaalde specifieke voorwaarden vervuld zijn, voorziet de wet erin dat een mucoviscidosepatiënt een dekking kan krijgen met een begrensde medische bijpremie. Deze nieuwe realiteit zou in de cijfers van volgend jaar kunnen worden weerspiegeld.

Door de individuele aard van elke onderzochte aanvraag is het onmogelijk om de 306 afzonderlijk onderzochte persoonlijke dossiers met elkaar te vergelijken en er eenduidige conclusies uit te trekken, louter op basis van de motiverings-elementen 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 2019 heeft het Opvolgingsbureau 159 dossiers onderzocht in verband met medische bijpremies. Ten opzichte van 2018 is dat een stijging met 15 dossiers. Na onderzoek bleek dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen in 116 dossiers gerechtvaardigd was. Het Opvolgingsbureau volgde deze beslissingen dan ook. Het aandeel bevestigde beslissingen bedroeg 73% in 2019, tegenover 60% in 2018: we stellen dus vast dat het Opvolgingsbureau vaker de door de verzekeringsondernemingen gemotiveerde standpunten heeft gevolgd. De door het Opvolgingsbureau bevestigde bijpremies zijn als volgt onderverdeeld:

Tabel 3

Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Hart en bloedvaten	21
Polypathologie	20
Diabetes, glucose-intolerantie	13
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	13
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	13
Psychische aandoeningen	10
Zenuwstelsel en hersenen	8
Nieren en urinewegen	5
Spijverteringsstelsel en buik	4
Andere ziekten	3
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2
Bloed en lymfeklieren	1
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	1
TOTAAL	116

In 29 dossiers (18%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Merk op dat slechts 2 van de 29 nieuwe voorstellen niet door de betrokken verzekeraars werden gevolgd.

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 aan de kandidaat. Deze situatie deed zich voor in 14 dossiers, of 9%. De verzekeraar verlaagde dan de bijpremie of schrapte deze zelfs helemaal.

In totaal werden dus 41 dossiers in verband met bijpremies herzien nadat de kandidaat een onderzoek had aangevraagd bij het Opvolgingsbureau, wat neerkomt op 26% herzieningen.

Tabel 4

Bijpremies: nieuw voorstel Opgvolgingsbureau aanvaard	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	5
Diabetes, glucose-intolerantie	5
Psychische aandoeningen	5
Spijverteringsstelsel en buik	3
Polypathologie	2
Zenuwstelsel en hersenen	2
Hart en bloedvaten	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Spieren en gewrichten	1
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	1
TOTAAL	27

Tabel 5

Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Psychische aandoeningen	3
Andere aandoeningen	3
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	2
Diabetes, glucose-intolerantie	2
Polypathologie	2
Spijverteringsstelsel en buik	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
TOTAAL	14

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 de bijpremies met betrekking tot oncologische aandoeningen in 2019 vaker tot een herziening hebben geleid.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2019 heeft het Opvolgingsbureau 147 weigeringen van een verzekering onderzocht, 5 meer dan in 2018.

Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 117 dossiers – of 80% 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 haast niet gewijzigd ten opzichte van de voorgaande jaren.

Tabel 6

Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	45
Polypathologie	25
Hart en bloedvaten	12
Nieren en urinewegen	9
Psychische aandoeningen	6
Ademhalingsstelsel	4
Andere aandoeningen	3
Spielen en gewrichten	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Spijverteringsstelsel en buik	2
Zenuwstelsel en hersenen	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Huid	1
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	1
TOTAAL	117

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 vooruitzichten van de ziekte zijn 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 een 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, zodat 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. 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 17 dossiers (12%) heeft het Opvolgingsbureau de verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen, en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gesteld. In 12 dossiers was de verzekeraar bereid om een verzekering voor te stellen volgens de voorwaarden van het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 5 van de 17 voorstellen niet gevolgd door de betrokken verzekeraars.

Net als bij de bijpremies konden de betrokken verzekeringsondernemingen hun weigering tijdens de voorbereiding van het dossier herzien. In 13 dossiers hebben de verzekeringsondernemingen, na hun initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen, op eigen initiatief een nieuw voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 9% van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau werd herzien. In totaal kwam er uiteindelijk voor 25 weigeringen een herziening van de beslissing. Deze nieuwe voorstellen situeren zich in de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard	
Zenuwstelsel en hersenen	3
Polypathologie	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Hart en bloedvaten	1
Andere aandoeningen	1
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	1
TOTAAL	12

Tabel 8

Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	7
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Bloed en lymfatisch systeem	1
Hart en bloedvaten	1
Psychische aandoeningen	1

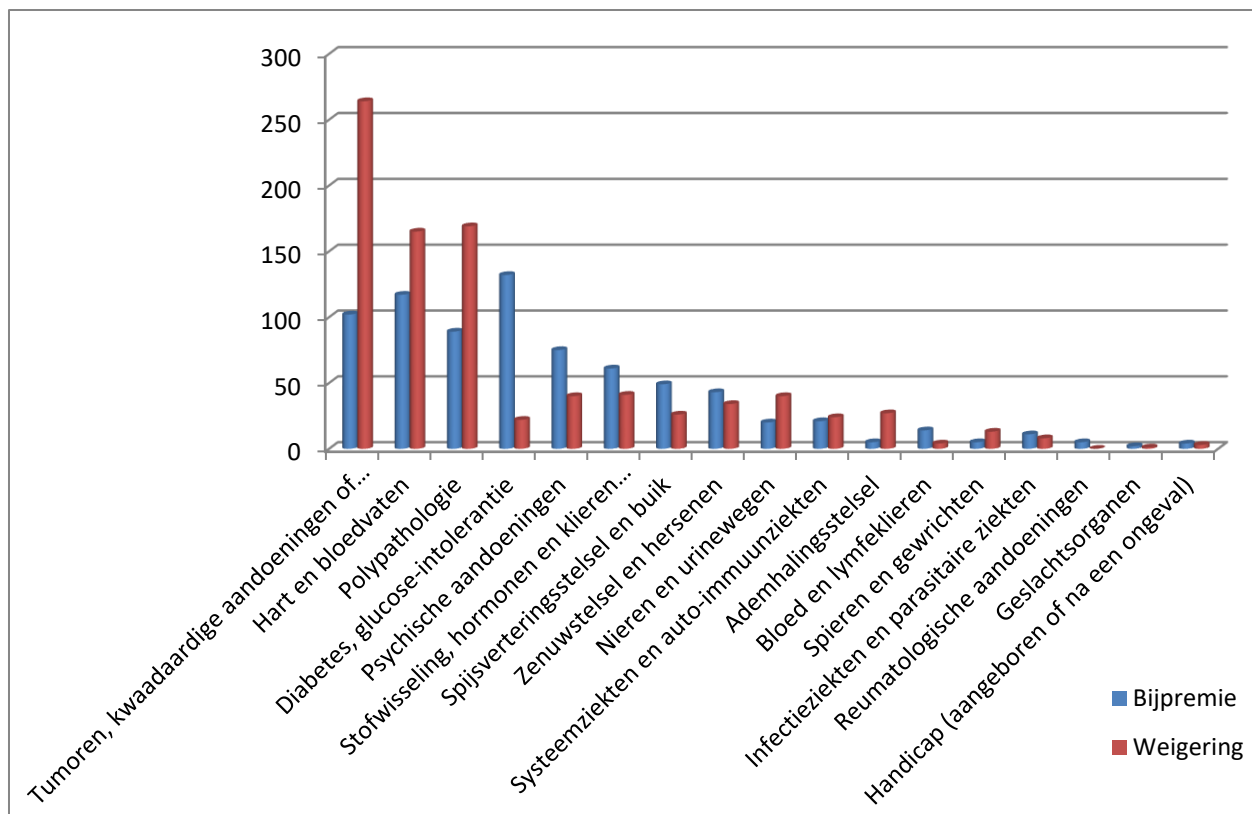
Polypathologie	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
TOTAAL	13

De 5 dossiers waarin de verzekeringsonderneming het voorstel van het Opgvolgingsbureau niet volgde, betreffen 2 hartaandoeningen, 1 geval van ernstige morbide obesitas en 2 gevallen van polypathologie.

d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opgvolgingsbureau

Over meerdere jaren: onderzochte aanvragen sinds 2015			
Aandoening	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	366	102	264
Hart en bloedvaten	282	117	165
Polypathologie	258	89	169
Diabetes, glucose-intolerantie	154	132	22
Psychische aandoeningen	115	75	40
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	102	61	41
Zenuwstelsel en hersenen	77	43	34
Spijverteringsstelsel en buik	75	49	26
Nieren en urinewegen	60	20	40
Systeemziekten en auto-immuunziekten	45	21	24
Ademhalingsstelsel	32	5	27
Andere aandoeningen	23	11	12
Infectieziekten en parasitaire ziekten	19	11	8
Spijeren en gewrichten	18	5	13
Bloed en lymfeklieren	17	13	4
Reumatologische aandoeningen	5	5	0
Geslachtsorganen	3	2	1
Handicap (aangeboren of na een ongeval)	7	4	3
Huid	2	1	1
	1660	766	894

Globale resultaten	Totaal	Bijpremie	Weigering
Aantal ontvankelijke dossiers en onderzochte aanvragen	1660	766	894
Bevestiging beslissing door Opgvolgingsbureau	1308	567	741
% van het totaal	78,7%	73,9%	82,8%
Voorstel tot herziening (aanvaard door verzekeraar)	211	126	85
% van het totaal	12,7%	16,4%	9,5%
Voorstel tot herziening (niet aanvaard door verzekeraar)	25	8	17
% van het totaal	1,5%	1%	1,9%
Nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	117	66	51
% van het totaal	7%	8,6%	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 blijkt het Opgvolgingsbureau ook vaker de weigeringen door verzekeringsondernemingen te volgen dan de toegepaste bijpremies.

Alles in acht genomen wordt de beslissing in ongeveer 1 op de 5 dossiers herzien na 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, hartproblemen of een combinatie van aandoeningen (polypathologie). Deze drie categorieën vertegenwoordigen samen een meerderheid van de onderzochte dossiers en worden gekenmerkt door een aanzienlijk aantal weigeringen. Zij zijn samen goed voor maar liefst twee derde van de onderzochte weigeringen. De cijfergegevens van 2019 trekken deze volgorde niet in twijfel.

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

De 6 types van ziekten die het vaakst voorkomen in het kader van bijpremies (diabetes, hart, kanker, polypathologie, spijsverteringsstelsel en psychische aandoeningen) vertegenwoordigen ongeveer 3 op de 4 dossiers.

2. Doorlooptijd

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

- of het wel degelijk 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.

Zodra duidelijk vaststaat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming twee weken de tijd om aan het Opgvolgingsbureau 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 Opgvolgingsbureau 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 Opgvolgingsbureau 15 werkdagen de tijd om de ingediende aanvraag te onderzoeken.

Gewoonlijk behandelt het Opgvolgingsbureau de dossiers binnen deze termijn. In bepaalde gevallen vraagt het Opgvolgingsbureau echter 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 routine en een methodologie hun intrede, en het Opgvolgingsbureau stelt ook vast dat alle betrokkenen (verzekeringsondernemingen, leden van het Bureau, secretariaat) deze duidelijk positieve evolutie voortzetten.

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 in 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;
- De analyse en goedkeuring van de elektronische medische vragenlijsten die een aantal verzekeringsondernemingen hebben ingevoerd.

In 2019 heeft het Opvolgingsbureau geen nieuwe vragenlijsten onderzocht. Het boog zich uitsluitend over een aantal punctuele 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 zeker op wijzen en vragen om de passage in kwestie te corrigeren. Het gaat hier in het bijzonder om vragen die verband houden met genetische gegevens, die in geen geval mogen worden gebruikt in het kader van de motivering of tarifiering. Het Opvolgingsbureau neemt deze kwestie 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. Maar uiteindelijk heeft de medische vragenlijst toch 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. 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 contactpunt bij een datalek, maar is ook de referentiepersoon voor vragen van alle betrokken partijen (geregistreerde personen, leden, secretariaat, toezichhoudende instanties) over de gegevensverwerking door het Opvolgingsbureau.

Naast de invoering van deze specifieke en verplichte maatregelen, had de inwerkingtreding van de AVG geen grote gevolgen voor de werking van het Opvolgingsbureau. De meeste van deze goede praktijken werden al meteen bij de oprichting van de dienst ingevoerd, gezien het gevoelige karakter van de verwerkte gegevens.

In 2019 registreerde de DPO één verzoek om inzage in medische gegevens, geformuleerd door een kandidaat-verzekerde.

De DPO is bereikbaar per mail, op het adres dpo@opvolgingsbureau.be, of 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 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 betrokken personen). Met dit document kan het Opvolgingsbureau het medisch dossier opvragen van de kandidaat-verzekerde. 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 met [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



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

De Meeûssquare 35
1000 Brussel