



Persbericht

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering onderzoekt, op vraag van de verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Bureau, medische bijpremies die hoger zijn dan 75% van de basispremie of een weigering om medische redenen en kan nagaan of de beslissing die de verzekeringsonderneming nam, medisch en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd is. Het verzekeringcontract moet het hypothecair krediet dekken van de enige en eigen woning van de verzekeringnemer.

Het Opvolgingsbureau kan zich aansluiten bij de genomen beslissing of een nieuw voorstel formuleren. De betrokken verzekeringsonderneming is niet gehouden dit nieuwe voorstel te aanvaarden. Wanneer de betrokken verzekeraar toch wenst een contract aan te bieden, zal dit wel aan de voorwaarden van dit nieuwe voorstel moeten gebeuren.

Het Opvolgingsbureau heeft in 2016, haar tweede werkingsjaar, **488 vragen tot tussenkomst** ontvangen, waarvan zij **359 dossiers nader onderzocht**. Zo werden 137 dossiers rond bijpremies hoger dan 75% van de basispremie en 222 dossiers betreffende weigeringen onderzocht.

Meer dan de helft van de onderzochte bijpremies hebben betrekking op vormen van kanker, een combinatie van aandoeningen (polypathologie), aandoening van hart- en bloedvaten of diabetes. De drie vaakst voorkomende ziektebeelden bij de onderzochte weigeringen blijven, zoals in 2015, vormen van kanker, de polypathologie-categorie en aandoeningen van hart- en bloedvaten. Deze aandoeningen vertegenwoordigen ongeveer 70% van de onderzochte weigeringen.

Voor wat betreft de 137 onderzochte bijpremies, was het Opvolgingsbureau in 77% dossiers van oordeel dat de beslissing van de verzekeringsonderneming gerechtvaardigd is. In 29 dossiers werd de bijpremie bijgesteld, ofwel na voorstel van het Opvolgingsbureau, ofwel omdat de betrokken verzekeringsonderneming zelf een nieuw voorstel deed aan haar klant.

Van de 222 onderzochte weigeringen was het Opvolgingsbureau van mening dat in 85% van de onderzochte dossiers de weigering medische en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd was. In 16 dossiers paste de betrokken verzekeringsonderneming het voorstel tot herziening van het Opvolgingsbureau toe en in 12 dossiers nam de verzekeringsonderneming opnieuw contact op met haar klant met een aanpassing van haar oorspronkelijke beslissing.

Er wordt tevens vastgesteld dat het merendeel van de voorstellen tot bijstelling die het Opvolgingsbureau doet, door de betrokken verzekeringsondernemingen worden toegepast.

Het Opvolgingsbureau heeft dus een zekere regulerende rol maar kan ook door haar neutraal en objectief gevoerd onderzoek de kandidaat-verzekeringnemer informeren over de gegrondheid van de beslissing die de verzekeringsonderneming heeft genomen.

Over de twee werkingsjaren heen werden 754 dossiers onderzocht: 329 dossiers met betrekking tot bijpremies en 425 met betrekking tot weigeringen, waarbij in ongeveer 1 op 6 dossiers wordt voorgesteld de oorspronkelijke beslissing bij te stellen. Het Opvolgingsbureau neemt dus weldegelijk haar rol op met betrekking tot de toegang tot schuldsaldoverzekeringen.

Het Opvolgingsbureau heeft eveneens de taak om de formulering van de medische vragenlijsten goed te keuren. Aan de hand van de ingediende dossiers blijft het Opvolgingsbureau de medische vragenlijsten verder monitoren. Een aantal verzekeringsondernemingen vroeg opnieuw om goedkeuring opdat zij enkele wijzigingen aan hun vragenlijst wensten aan te brengen.

Perscontact:

Bruno Bulthé, Voorzitter

info@opvolgingsbureau.be – 02/547 57 70