



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

Jaarverslag over de werking

2016

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
1. Voorstelling	4
2. Werking	5
3. Vaststellingen	6
Continu leerproces	6
Een stabilisering van de werking	6
II. Resultaten.....	8
1. Cijfergegevens	8
a. Inleidend.....	8
b. Algemeen beeld.....	9
c. De onderzochte aanvragen verder in detail.....	10
Een blik op de onderzochte medische bijpremies	11
Een blik op de onderzochte weigeringen	13
d. Even uitzoomen: een globaal beeld over 2015 en 2016	15
2. Doorlooptijd	17
III. Medische vragenlijsten	18
IV. Aandachtspunt	19
V. Contactgegevens en procedure	20

Voorwoord

Het Opvolgingsbureau kent in 2016 zijn tweede werkingsjaar. Zo wordt het voor het eerst mogelijk om sommige vaststellingen met het allereerste werkingsjaar te vergelijken.

Gezien het feit dat het Opvolgingsbureau individuele medische dossiers behandelt en enkel een onderzoek opstart wanneer zij erom wordt verzocht, moet het vergelijken van cijfermateriaal vanzelfsprekend met enige voorzichtigheid worden uitgevoerd.

Zoals in het werkingsverslag van 2015 aangegeven, is de werking van het Opvolgingsbureau positief geëvolueerd in 2016.

In 2016 lijkt het Opvolgingsbureau de opstartpijnen te zijn ontgroeid. De besprekingen verlopen in een open en constructieve sfeer en er wordt grondig ingegaan op de dossiers. De toevoeging van een arts bij de patiëntenvertegenwoordiging betekent voor deze delegatie een betere spreiding van de voorbereiding en bespreking van de dossiers.

Ook de vervanging van de ontslagnemende consumentenvertegenwoordiging werd geregeld.

Uit de cijfers van dit tweede jaar stelt het Opvolgingsbureau vast dat zij wel degelijk haar rol speelt bij de toegang tot schuldsaldoverzekerings. Zo maakte ongeveer 1 op 6 van de ontvankelijke dossiers over de 2 eerste werkingsjaren heen, het voorwerp uit van een herziening, na tussenkomst door het Opvolgingsbureau.

Het Opvolgingsbureau zet bijgevolg haar werkzaamheden met vertrouwen verder in 2017.

Het Opvolgingsbureau stelt in het kader van haar werkzaamheden vast dat de toepassing van het criterium “enige en eigen woning” niet altijd evident is. Zij raadt aan dat er, in het kader van de wettelijk voorziene tweejaarlijkse evaluatie, bijzondere aandacht aan dit punt geschonken zou worden. Een verduidelijking lijkt gepast voor de situatie waarin iemand, bij het aangaan van een lening voor het verwerven van een woning, al een andere woning bezit maar van plan is om deze te verkopen.

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. Ook in 2016 namen heel wat kandidaat-verzekeringssnemers en verzekeringstussenpersonen contact op met het secretariaat voor informatie en duiding over de procedure.

Het Opvolgingsbureau heeft twee welomlijnde, wettelijk bepaalde opdrachten.

Eenzijds kan het Opvolgingsbureau overgaan tot het onderzoek van de beslissing van een verzekeringsonderneming. Wanneer een schuldsaldoverzekering wordt geweigerd om medische redenen of een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie wordt gevraagd, en mits het een schuldsaldoverzekering betreft die wordt aangevraagd ter dekking van een hypothecair krediet voor het verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning, kan het Opvolgingsbureau de beslissing onderzoeken.

Anderzijds heeft het Opvolgingsbureau als taak om de formulering van de vragen in de medische vragenlijsten, gehanteerd door de verzekeringsondernemingen, te onderzoeken en goed te keuren.

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

In 2016 kwam het Opvolgingsbureau 25 keer samen om de dossiers te bespreken, gebruikelijk om de twee weken, om zo haar wettelijke verplichtingen na te komen om binnen de 15 werkdagen na ontvangst van het volledig dossier, haar advies te geven.

2. Werking

Op vraag van de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het Opvolgingsbureau, gaat het Opvolgingsbureau na of de beslissing die een verzekeringsonderneming heeft genomen, medisch en verzekeringstechnisch kan verantwoord worden.

Daartoe zal het Opvolgingsbureau in elk voorgelegd dossier de specifieke motivering en het volledig medisch dossier opvragen bij de verzekeringsonderneming. De betrokken verzekeringsonderneming zal dan ook per individuele casus de bijzondere elementen moet aanduiden die haar heeft aangezet die beslissing te nemen. Deze beslissing 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 van de betrokken verzekeringsonderneming medisch en verzekeringstechnisch gerechtvaardigd is.

Bij het onderzoek van de weigering of medische bijpremie gaat het Opvolgingsbureau na hoe de overlijdenskans van de kandidaat-verzekerde zich verhoudt tot deze van een persoon zonder specifiek gezondheidsrisico. Het bureau maakt een grondige analyse van de gezondheidstoestand van elke individuele persoon en kijkt na of de beslissing van de verzekeringsonderneming geobjectiveerd wordt door wetenschappelijke studies. Gelet op de vaak lange looptijd waarvoor de verzekering wordt gevraagd (meestal 20 tot 30 jaar), tracht het bureau hierbij een inzicht te krijgen in de lange termijn prognoses. Uiteraard sluit dit niet uit dat de medische toestand van een individuele persoon, achteraf beschouwd, toch anders (beter of slechter) evolueert.

3. Vaststellingen

Continu leerproces

In elk dossier moet 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 het werkingsverslag over 2015 merkte het Opvolgingsbureau op dat de onderbouwing van de beslissing van de verzekeringsondernemingen doorheen het jaar erop vooruitging. In 2016 wordt deze vaststelling bevestigd.

Bij de analyse van de dossiers blijft het Opvolgingsbureau positief opmerken dat de motivering van de verzekeringsondernemingen aan het Opvolgingsbureau kwalitatief blijft verbeteren. De ervaring die de betrokken ondernemingen opdoen en de door het bureau gegeven feedback laten de verzekeringsondernemingen toe om hun werkwijze verder te verfijnen. Het Opvolgingsbureau is gevoelig voor de kwaliteit van de motiveringselementen en blijft dit verder opvolgen. Zij wordt hierin gesteund door de sectorfederatie Assuralia die haar leden hierover sensibiliseert en hen helpt om de motivering waar nodig op punt te stellen.

De techniek en medische kennis evolueren. Nieuwe studies kunnen voor andere inzichten zorgen. Het is dan ook wenselijk dat het referentiemateriaal zo recent mogelijk is. Hier ligt echter een paradox: een recente studie die het overlijdensrisico over een onderzoeksperiode van 20 jaar beslaat, zal echter niet de meest recente behandelingstechnieken evalueren. Het resultaat op langere termijn van deze technieken en de weerslag op de verzekerbaarheid is immers nog niet gekend.

Een stabilisering van de werking

In 2016 werd het Opvolgingsbureau 488 keer om tussenkomst gevraagd en werden 359 ontvankelijke dossiers onderzocht.

In 2016 werd in ongeveer 18% van de ontvankelijke dossiers voorgesteld om de oorspronkelijke beslissing bij te stellen.

Uit cijfermateriaal aangereikt door de beroepsvereniging Assuralia blijkt dat 281.182 personen in 2016 een schuldsaldoverzekering ter dekking van een hypothecair krediet voor de enige eigen woning onderschreven.

Van dit totaal aantal betaalden 17.087 personen (6,1%) een medische bijpremie. Hiervan betaalden 3.249 personen een medische bijpremie van méér dan 75% van de basispremie.

Het aantal aanvragen tot onderzoek dat bij het Opvolgingsbureau wordt ingediend, blijft in vergelijking met de volledige markt relatief beperkt.

Het Opvolgingsbureau kan enkel dossiers behandelen wanneer zij om een onderzoek wordt gevraagd. De kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het

Bureau kunnen een vraag tot onderzoek indienen. Weliswaar gaat het hier vaak om personen met een zeer persoonlijk en gevoelig medisch verleden, die geen schuldsaldoverzekering kunnen afsluiten of enkel mits betaling van een bijpremie hoger dan 75%.

Daarnaast houdt de wetgeving ook een solidariteitsmechanisme in, dat ervoor zorgt dat zeer hoge medische bijpremies begrensd worden tot 125% van de basispremie waardoor schuldsaldoverzekeringen betaalbaarder worden¹. Zoals de wetgeving het voorziet, treedt het mechanisme van de Compensatiekas immers automatisch in werking, zonder dat de verzekeringsnemer hiervoor om een onderzoek van zijn bijpremie moet vragen bij het Opvolgingsbureau. Het is uiteraard mogelijk dat een kandidaat-verzekeringsnemer genoeg neemt met de betaling van de bijpremie die beperkt wordt tot 125%, zonder het Opvolgingsbureau te consulteren.

Na twee jaar blijft het moeilijk een algemene conclusie te trekken over de toepassing van de wetgeving tot bevordering van de toegang tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd overlijdensrisico. Het Opvolgingsbureau onderzoekt immers individuele dossiers wanneer dit wordt aangevraagd.

Het Opvolgingsbureau bestudeert aandachtig de dossiers en gaat na of de beslissing medisch en verzekeringstechnisch geobjectiveerd is. Het Opvolgingsbureau neemt haar besluit in de onderzochte dossiers, op enkele uitzonderingen na, op consensuele basis. Zo kan dus geadviseerd worden om de beslissing bij te stellen en een verzekering met (lagere) bijpremie aan de kandidaat-verzekeringsnemer voor te stellen. Zo kan het Opvolgingsbureau ook besluiten dat de beslissing die de verzekeringsonderneming nam, gefundeerd is. Het Opvolgingsbureau heeft dus een regulerende rol maar kan ook door haar neutraal en objectief gevoerd onderzoek de kandidaat-verzekeringsnemer informeren over de gegrondheid van de beslissing die de verzekeringsonderneming heeft genomen.

Opnieuw moet vastgesteld worden dat de aanvragen die bij het Opvolgingsbureau ingediend worden, zeer divers en complex (kunnen) zijn. Enerzijds kunnen er belangrijke verschillen zijn in de medische situatie van de kandidaat-verzekerden die zich wenden tot het Opvolgingsbureau. Anderzijds onderscheiden ook verzekeraars zich van elkaar in hun acceptatie- en premiebeleid. Een kandidaat-verzekerde kan er voordeel uithalen om meerdere verzekeringsondernemingen aan te spreken en met elkaar te vergelijken.

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 van het KB van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van een hypothecair krediet, BS 10 juni 2014).

II. Resultaten

1. Cijfergegevens

a. Inleidend

Het Opvolgingsbureau voert een onderzoek uit van de beslissing die de betrokken verzekeringsonderneming neemt en heeft de mogelijkheid zich bij deze beslissing aan te sluiten of een andere beslissing voor te stellen.

Zoals het Grondwettelijk Hof in zijn arrest 166/2011 van 10 november 2011 oordeelde, is het niet mogelijk een verzekeringsonderneming of een kandidaat-verzekeringnemer te verplichten een schuldsaldoverzekering aan te gaan en blijft de vrijheid van contracteren bestaan.

Een verzekering is een kanscontract: een element van onzekerheid moet aanwezig blijven.

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

De wetgeving bepaalt enerzijds dat het Opvolgingsbureau een 'bindend' voorstel moet formuleren. Anderzijds kan het Opvolgingsbureau geen partij dwingen om een overeenkomst aan te gaan, zoals het Grondwettelijk Hof ook bevestigde.

Dit betekent dat het een verzekeraar a priori vrij staat om al dan niet een verzekering aan te bieden. Echter, indien de verzekeraar beslist om een verzekering aan te bieden, moet hij zich houden aan het voorstel van het Opvolgingsbureau. Het is een verzekeraar niet toegestaan om aan andere voorwaarden te contracteren.

In 2016 zijn er 6 dossiers waarin het voorstel van het Opvolgingsbureau niet gevolgd werd door de betrokken verzekeraar. In dat geval wordt de kandidaat-verzekeringnemer aangeraden om zich tot een andere verzekeraar te wenden.

b. Algemeen beeld

In 2016 kreeg het Opvolgingsbureau 488 aanvragen tot onderzoek. Deze aanvragen kunnen opgesplitst worden in 215 betreffende een bijpremie en 273 betreffende een weigering.

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

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

Het Opvolgingsbureau gaat bij elke aanvraag na welke aandoening de oorzaak van de bijpremie of weigering is en heeft deze onderverdeeld in categorieën. Voor de ingediende aanvragen waar meer dan één aandoening aan de oorzaak van de beslissing van de verzekeraar lag, werd een categorie 'polypathologie' gecreëerd.

De weergegeven cijfergegevens hebben betrekking op aanvragen die werden ingediend tussen 1 januari 2016 en 31 december 2016. Deze werden op 1 maart 2017 afgesloten.

Tabel 1

overzicht ingediende aanvragen 2015 – 2016	2015			2016		
	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering
Ingediende aanvragen	547	288	259	488	215	273
Onvolledige aanvragen	85			71		
Onontvankelijke aanvragen	68			58		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222
Waarvan beslissing bevestigd door Opvolgingsbureau	335	163	172	296	106	190
Waarvan nieuwe voorstellen door Opvolgingsbureau	35	15	20	46	26	20
Waarvan nieuwe voorstellen door verzekeringsonderneming	24	14	10	17	5	12

In 58 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, of diende de schuldsaldoverzekering niet ter dekking van het krediet voor de enige en eigen gezinswoning. Het komt quasi niet meer voor dat de kandidaat-verzekeringsnemer een beslissing die dateert van vóór de inwerkingtreding van het Opvolgingsbureau, aan het bureau voorlegt.

In de dossiers waar wordt geoordeeld dat de vraag niet meer ontvankelijk is, werd soms vastgesteld dat het verzekeringsvoorstel (aanbod met bijpremie) reeds aanvaard is op het ogenblik dat het Opvolgingsbureau om tussenkomst wordt verzocht.

Wanneer de kandidaat-verzekeringsnemers het voorstel van bijpremie aanvaardt en een polis sluit, moet het Opvolgingsbureau dan ook besluiten dat de aanvraag tot onderzoek niet meer ontvankelijk is.

c. De onderzochte aanvragen verder in detail

Het Opvolgingsbureau heeft in de loop van 2016 in 359 gevallen een onderzoek ingesteld naar een bijpremie of weigering wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

Van deze 359 onderzoeken, hadden er 137 betrekking op een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie en 222 op een weigering.

Tabel 2

De onderzochte ziektebeelden in 2016	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	84	20	64
Polypathologie	68	16	52
Hart en bloedvaten	57	19	38
Suikerziekte (diabetes)	28	23	5
Psychische aandoeningen	24	14	10
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	23	10	13
Zenuwstelsel en hersenen	17	7	10
Spijsverteringsstelsel of buik	16	10	6
Nieren of urinewegen	11	5	6
Ademhalingsstelsel	8	2	6
Systeemziekten en auto-immuunziekten	6	2	4
Spieren en gewrichten	6	1	5
Bloed of lymfeklieren	4	4	0
Infectie of parasitaire ziekte	4	2	2
Geslachtsorganen	2	1	1
Reumatologische aandoeningen	1	1	0
TOTAAL	359	137	222

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.

In 2015 onderzocht het Opvolgingsbureau 40 dossiers in de categorie Polypathologie, waarvan 25 weigeringen. In 2016 stijgt dit naar 68 dossiers, waarvan 52 weigeringen.

Door de gevoelige stijging in de categorie polypathologie lijkt het aantal complexere dossiers gestegen ten opzichte van 2015.

Gezien elke voorgelegde vraag op individuele basis wordt onderzocht, is het onmogelijk om een vergelijking van deze 359 onderzochte individuele en 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

Het Opvolgingsbureau onderzocht 137 dossiers inzake medische bijpremies. Dit is een daling met 29% van het aantal onderzochte bijpremies ten opzichte van 2015. Na onderzoek werd in 106 dossiers (77%) besloten dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen, voldoende geobjectiveerd was en bijgevolg bevestigd door het Opvolgingsbureau.

Tabel 3

Bijpremies - Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	18
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	17
Hart en bloedvaten	15
Polypathologie	14
Stofwisseling, hormonen en klieren	10
Psychische aandoeningen	9
Spijverteringsstelsel of buik	6
Zenuwstelsel en hersenen	4
Bloed of lymfeklieren	3
Nieren of urinewegen	3
Infectie of parasitaire ziekte	2
Ademhalingsstelsel	1
Geslachtsorganen	1
Reumatologische aandoeningen	1
Spiieren en gewrichten	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1

In 19% van de dossiers (26 casussen) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd naar de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringssnemer. In 24 van de 26 gevallen was de verzekeraar bereid om aan de voorwaarden van dit nieuwe voorstel een contract aan te bieden. Zo werden dus 92% van de nieuwe voorstellen aanvaard door de betrokken verzekeringsondernemingen. De twee nieuwe voorstellen waarbij de verzekeringsondernemingen ervoor kozen deze niet te volgen, betreffen één dossier bij de aandoeningen van hart- en bloedvaten en één dossier in de systeemziekten en auto-immuunziekten.

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

Zo werd het Opvolgingsbureau in 5 gevallen (3,7%) geïnformeerd dat de verzekeraar met een vernieuwd voorstel opnieuw de aanvrager contacteerde.

In totaal werd dus in 29 dossiers de bijpremie bijgesteld nadat het Opvolgingsbureau de verzekeraar om uitleg vroeg.

Tabel 4

Bijpremies: Voorstel Opvolgingsbureau werd aanvaard	
Psychische aandoeningen	5
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	5
Spijverteringsstelsel of buik	4
Zenuwstelsel en hersenen	3
Hart en bloedvaten	2
Nieren of urinewegen	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	2
Polypathologie	1

Tabel 5

Bijpremies: Eigen nieuw voorstel door de verzekeraar	
Ademhalingsstelsel	1
Bloed of lymfeklieren	1
Hart en bloedvaten	1
Polypathologie	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1

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

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2016 onderzocht het Opvolgingsbureau 222 weigeringen tot verzekering. Dit betekent dan ook een stijging van 8% van de onderzochte weigeringen ten opzichte van 2015.

Hierbij was in 190 dossiers of 85% van de gevallen het Opvolgingsbureau van oordeel dat de weigering medisch en verzekeringstechnisch gefundeerd was.

De verhouding van de weigeringen die het Opvolgingsbureau verantwoord vond, is ten opzichte van 2015 quasi gelijk gebleven.

Tabel 6

Weigering - Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	60
Polypathologie	46
Hart en bloedvaten	33
Stofwisseling, hormonen en klieren	10
Psychische aandoeningen	7
Nieren of urinewegen	6
Ademhalingsstelsel	5
Spieren en gewrichten	5
Spijverteringsstelsel of buik	5
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	5
Zenuwstelsel en hersenen	3
Infectie of parasitaire ziekte	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Geslachtsorganen	1

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 geen verzekering aanbiedt omdat de kandidaat-verzekerde niet de gevraagde medische elementen aanlevert waardoor de verzekeraar het risico niet kan beoordelen. In voorkomend geval zou het mogelijks aangeraden zijn dat de verzekeringsonderneming, in sommige gevallen, in haar beslissingsbrief nogmaals herinnert aan de ontbrekende medische informatie.

Het Opvolgingsbureau heeft in 2016 in 20 dossiers (9%) een nieuw voorstel aan de betrokken verzekeringsonderneming en de kandidaat-verzekeringnemer bezorgd. Echter, 4 van de 20 voorstellen werden niet gevolgd door de betrokken verzekeringsondernemingen.

Zoals ook het geval bij de bijpremies, hebben de betrokken verzekeringsondernemingen in sommige dossiers waar zij initieel weigerden, vastgesteld dat een verbetering kon worden aangebracht. Zo hebben de betrokken verzekeringsondernemingen op eigen initiatief in 12 dossiers (5,4%) in die zin hun kandidaat-verzekeringnemer opnieuw gecontacteerd.

In totaal werden dus 28 weigeringen bijgesteld in een aanbod. Deze 28 nieuwe voorstellen situeren zich in de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigering - Voorstel Opvolgingsbureau werd aanvaard	
Zenuwstelsel en hersenen	4
Polypathologie	3
Psychische aandoeningen	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	2
Ademhalingsstelsel	1
Hart en bloedvaten	1
Spijsverteringsstelsel of buik	1
Stofwisseling, hormonen en klieren	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1

Tabel 8

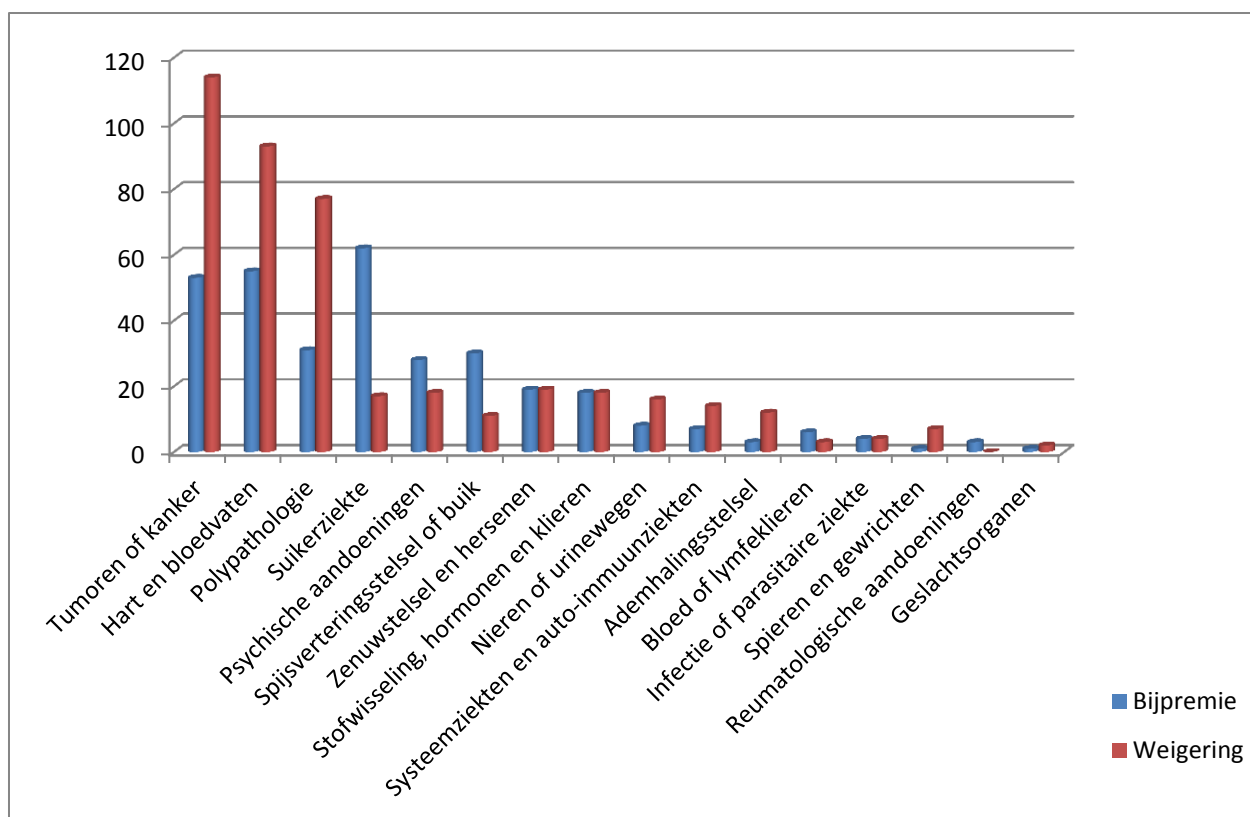
Weigering: Eigen nieuw voorstel verzekeraar	
Hart en bloedvaten	3
Stofwisseling	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	2
Zenuwstelsel en hersenen	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Polypathologie	1
Psychische aandoeningen	1

De 4 dossiers waarbij de verzekeringsonderneming het voorstel van het Opvolgingsbureau niet volgt om toch een verzekering aan te bieden, betreffen 2 dossiers over polypathologie, 1 dossier over aandoeningen van hart- en bloedvaten en 1 dossier over aandoeningen van zenuwstelsel en hersenen.

d. Even uitzoomen: een globaal beeld over 2015 en 2016

Over de 2 voorbije jaren heen: onderzocht in 2015 en 2016			
<i>Tabel 9</i>			
Pathologie	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	167	53	114
Hart en bloedvaten	148	55	93
Polypathologie	108	31	77
Suikerziekte (diabetes)	79	62	17
Psychische aandoeningen	46	28	18
Spijsverteringsstelsel of buik	41	30	11
Zenuwstelsel en hersenen	38	19	19
Stofwisseling, hormonen en klieren (Overgewicht)	36	18	18
Nieren of urinewegen	24	8	16
Systeemziekten en auto-immuunziekten	21	7	14
Ademhalingsstelsel	15	3	12
Bloed of lymfeklieren	9	6	3
Infectie of parasitaire ziekte	8	4	4
Spieren en gewrichten	8	1	7
Reumatologische aandoeningen	3	3	0
Geslachtsorganen	3	1	2
	754	329	425

Resultaten over de twee jaren heen	Totaal	Bijpremie	Weigering
<i>Tabel 10</i>			
Aantal ontvankelijke en onderzochte aanvragen	754	329	425
Bevestigde beslissing door Opvolgingsbureau	629	268	361
% van totaal	83,42%	81,46%	84,94%
Hervormingsvoorstel (Aanvaard door verzekeraar)	73	37	36
% van totaal	9,68%	11,25%	8,47%
Hervormingsvoorstel (Niet aanvaard door verzekeraar)	8	4	4
% van totaal	1,06%	1,22%	0,94%
Nieuw voorstel vanwege verzekeraar zelf	41	19	22
% van totaal	5,44%	5,78%	5,18%



Globaal gezien, over 2015 en 2016, wordt in ongeveer 8 op de 10 onderzochte dossiers vastgesteld dat de beslissing van de verzekeringsonderneming gefundeerd is. Dit komt iets meer tot uiting wanneer het Opvolgingsbureau een weigering onderzoekt.

Bijgevolg wordt dus, over het algemeen, in ongeveer 1 op 6 gevallen de oorspronkelijke beslissing bijgesteld na tussenkomst door het Opvolgingsbureau.

Bij de ziektebeelden kan men eveneens vaststellen dat het Opvolgingsbureau het vaakst wordt aangesproken door kandidaat-verzekerden die een voorgeschiedenis van kanker hebben, een cardiologische problematiek of een combinatie van aandoeningen (polypathologie). Deze drie categorieën vertegenwoordigen 56% van de onderzochte dossiers.

Dezelfde drie categorieën zijn ook de vaakst voorkomende onderzochte weigeringen, maar vertegenwoordigen dan wel 67% van alle weigeringen.

Het Opvolgingsbureau onderzoekt het vaakst bijpremies die betrekking hebben op suikerziekte, aandoeningen van hart en bloedvaten en vormen van kankers. Dit vertegenwoordigt ongeveer de helft van de onderzochte bijpremies.

De 6 vaakst voorkomende ziektebeelden bij bijpremies (diabetes, cardiologisch, kankervormen, polypathologie, spijsverteringsstelsel en psychische aandoeningen) stellen samen 79% van de gevoerde onderzoeken voor.

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 invoegetrede van het Opvolgingsbureau?

Eenmaal vast staat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming 2 weken om alle informatie waarover zij 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.

Het Opvolgingsbureau stelt vast dat de gemiddelde antwoordtermijn verbeterd is ten opzichte van 2015. Over het algemeen bezorgt de verzekeringsonderneming alle nodige gegevens binnen de gevraagde termijn van 15 dagen.

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

Het Opvolgingsbureau behandelt gebruikelijk de dossiers binnen deze termijn van 15 werkdagen. In een beperkt aantal gevallen verzoekt het Opvolgingsbureau om bijkomende informatie of verduidelijking. Dit kan de effectieve behandelingstermijn verlengen.

Het Opvolgingsbureau stelt vast dat de gangbare doorlooptijd van een dossier in totaal ongeveer 5 weken bedraagt. Dit betreft de gemiddelde tijd die nodig is om alle stukken op te vragen aan de verzekeringsonderneming en een besluit te nemen binnen het Opvolgingsbureau.

De verzekeringsondernemingen hebben gemiddeld 18 kalenderdagen nodig om het dossier samen te stellen en te antwoorden op eventuele bijkomende vragen van het Opvolgingsbureau.

In 2015 had een verzekeringsonderneming gemiddeld 21 kalenderdagen nodig.

Nadat het dossier volledig is, wordt gemiddeld 16 kalenderdagen later door het Opvolgingsbureau een beslissing genomen.

Een zekere routine en vaste werkmethode werden ontwikkeld en het Opvolgingsbureau stelt dan ook vast dat alle betrokkenen (de verzekeringsondernemingen, de leden van het bureau, het secretariaat) deze duidelijk positieve evolutie blijven voortzetten.

III. Medische vragenlijsten

Het Opvolgingsbureau heeft in 2016 de medische vragenlijsten van een aantal verzekeraars opnieuw onderzocht omdat deze verzekeraars enkele aanpassingen aan hun vragenlijsten wensten door te voeren.

Het moet benadrukt worden dat de analyse van een medische vragenlijst een delicate evenwichtsoefening is tussen de privacy van de kandidaat-verzekerde en de noodzaak voor de verzekeringsonderneming om een beoordeling te kunnen maken van het te verzekeren risico. Ook mag niet uit het oog verloren worden dat een medische vragenlijst tot doel heeft de kandidaat-verzekerde te helpen bij het vervullen van zijn wettelijke mededelingsplicht.

Bij de analyse van de medische vragenlijsten bestaat binnen het Opvolgingsbureau een consensus over de elementen die niet in een medische vragenlijst passen. Eventuele vragen tot aanpassing van de medische vragenlijsten komen eveneens op consensuele basis tot stand. De sectorale vragenlijst die Assuralia in 2015 voorlegde aan het Opvolgingsbureau en door het Opvolgingsbureau werd goedgekeurd na de nodige aanpassingen, doet hierbij dienst als maatstaf.

Aan de hand van de ingediende dossiers blijft het Opvolgingsbureau de medische vragenlijsten ook verder monitoren. Indien een specifiek probleem wordt opgemerkt in de gehanteerde vragenlijst tijdens de dossieranalyse, wordt de verzekeringsonderneming hierover bevraagd.

Het Opvolgingsbureau heeft begrip voor het feit dat de gevraagde aanpassingen aan de medische vragenlijsten bij de verzekeringsondernemingen niet altijd vanzelfsprekend zijn (zowel op informaticavlak als omwille van de impact op hun acceptatieprocedures).

In december 2016 werden alle verzekeringsondernemingen die hun medische vragenlijsten in 2015 lieten onderzoeken, gevraagd om hun actuele medische vragenlijsten opnieuw te bezorgen. Op deze manier heeft het Opvolgingsbureau een duidelijk beeld van de medische vragenlijsten die in omloop zijn en kan zij monitoren dat de gevraagde aanpassingen daadwerkelijk gerealiseerd werden.

Daar waar de wetgeving² 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.

² Art. 4, tweede lid, KB van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, B.S. 10/06/2014.

IV. Aandachtspunt

Criterion Enige Eigen Woning: nood aan verduidelijking

Om ontvankelijk te kunnen zijn, moet het verzekeringsdossier dat ingediend wordt bij het Opvolgingsbureau aan een aantal voorwaarden voldoen. Één van deze voorwaarden betreft het feit dat de aangevraagde schuldsaldoverzekering de terugbetaling moet waarborgen van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verwerving of verbouwing van de “eigen en enige (gezins)woning”.

Het Opvolgingsbureau stelde reeds in 2015 vast dat de wetgeving niet verduidelijkt wat verstaan moet worden onder “eigen en enige gezinswoning”. Het verslag aan de Koning bij het KB van 10 april 2014 haalt enkel aan dat er niet voor geopteerd werd om de definitie uit de fiscale wetgeving van “gezinswoning” over te nemen.

Om deze reden won het Opvolgingsbureau advies in bij zowel de FOD Economie als de FSMA over de toepassing van het criterium “enige en eigen (gezins)woning”. Strikt genomen mag de kandidaat-verzekerde niet reeds eigenaar zijn van een andere woning. Een verduidelijking van de wetgeving lijkt daarom gepast voor de situatie waarin iemand, bij het aangaan van een lening voor het verwerven van een woning, al een andere woning bezit maar van plan is om deze te verkopen.

Het Opvolgingsbureau raadt aan dat er, in het kader van de wettelijk voorziene tweejaarlijkse evaluatie, bijzondere aandacht aan dit punt geschonken zou worden. Een verduidelijking van het concept van de enige en eigen gezinswoning in het kader van de betrokken wetgeving lijkt noodzakelijk.

V. Contactgegevens en procedure

Procedure om een onderzoek te vragen

- Waarover?

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

Bovendien moet de aangevraagde 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 Opvolgingsbureau kan een aanvraag tot onderzoek indienen.

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

- Een **vraag** tot onderzoek door het Opvolgingsbureau;
- Een kopie of scan van de **beslissing** (voorstel van bijpremie of weigering) van de verzekeringsonderneming;
- Een **akkoordverklaring** tot inzage van het medisch dossier bij de verzekeraar (exemplaar op de website, het origineel per post bezorgen met een recto-verso kopie van de identiteitskaart van de kandidaat-verzekerde).

Hiermee kan het Opvolgingsbureau het medisch dossier opvragen van de kandidaat-verzekerde. Het document bevat tevens een uitdrukkelijke verklaring dat de aangevraagde 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 www.opvolgingsbureau.be.

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/2017/13.852/2

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



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

de Meeûssquare, 35
1000 Brussel