



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

Jaarverslag over de werking

2017

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
Een werking op kruissnelheid.....	5
II. Resultaten.....	6
1. Cijfergegevens	6
a. Inleidend.....	6
b. Algemeen beeld.....	7
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 de jaren heen.....	15
2. Doorlooptijd	17
III. Medische vragenlijsten	18
IV. Contactgegevens en procedure	19

Voorwoord

Het Opvolgingsbureau kent in 2017 nu reeds zijn derde werkingsjaar.

Zoals in het werkingsverslag van 2015 en 2016 werd aangehaald, stel ik tevreden vast dat de werking van het Opvolgingsbureau positief blijft evolueren, ook in 2017.

In 2016 is het Opvolgingsbureau de opstartpijnen ontgroeid. De besprekingen verlopen constructief. Ik stel dan ook vast dat in 2017 het Opvolgingsbureau haar werking op kruissnelheid heeft gebracht.

Het Opvolgingsbureau blijft zijn rol spelen bij de toegang tot schuldsaldoverzekeringen. In 2017 maakte ongeveer 1 op 5 van de ontvankelijke dossiers, het voorwerp uit van een voorstel tot herziening, na tussenkomst van het Opvolgingsbureau of heronderzoek door de verzekeringsonderneming.

In 2017 werd de wettelijk voorziene tweejaarlijkse evaluatie door de Commissie voor Verzekeringen opgestart, waaraan het Opvolgingsbureau zijn medewerking verleent. In dat kader wacht het Opvolgingsbureau het verslag van de Commissie af alsook het gevolg dat de wetgever hieraan zal geven.

Bruno Bulthé
Voorzitter

I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau

Het Opvolgingsbureau is paritair samengesteld. Het bestaat uit 4 effectieve en 4 plaatsvervangende leden en wordt voorgezeten door een onafhankelijk magistraat.

Zo zijn 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.

Het 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.

Op vraag van de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de Verzekeringen of een lid van het bureau zelf, onderzoekt het Opvolgingsbureau of een weigering tot verzekering of een medische bijpremie van meer dan 75% van de basispremie verantwoord is.

Het gaat hierbij om aanvragen voor een schuldsaldoverzekering die de dekking van een hypothecair krediet voor het verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning tot doel hebben.

Tevens heeft het Opvolgingsbureau als taak om de formulering van de vragen in de medische vragenlijsten, gehanteerd door de verzekeringsondernemingen wanneer een dergelijke schuldsaldoverzekering wordt aangevraagd, te onderzoeken en goed te keuren.

Zoals gebruikelijk komt het Opvolgingsbureau om de twee weken samen, om zo haar wettelijke verplichting na te komen om binnen de 15 werkdagen na ontvangst van het volledig dossier, haar advies te geven. In 2017 kwam het Opvolgingsbureau 28 keer samen om de dossiers te bespreken.

Het Opvolgingsbureau vraagt in elk voorgelegd dossier de specifieke motivering en het volledig medisch dossier op bij de verzekeringsonderneming.

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.

Gelet op de vaak lange looptijd waarvoor de verzekering wordt gevraagd (meestal 20 tot 30 jaar), tracht het bureau dan ook een inzicht te krijgen in de lange termijn prognoses.

Het bureau maakt op basis van het aangeleverde dossier een grondige analyse van de gezondheidstoestand van elke individuele persoon en kijkt na of de beslissing van de verzekeringsonderneming geobjectiveerd wordt door wetenschappelijke studies.

Uiteraard sluit dit niet uit dat de medische toestand van een individuele persoon, achteraf beschouwd, toch anders (beter of slechter) evolueert.

Een werking op kruissnelheid

In 2017 werd het Opvolgingsbureau 454 keer om tussenkomst gevraagd en werden 315 ontvankelijke dossiers onderzocht.

In 2017 werd in ongeveer 23% van de ontvankelijke dossiers voorgesteld om de oorspronkelijke beslissing bij te stellen.

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 quasi altijd op consensuele basis. Zo kan dus geadviseerd worden om de beslissing bij te stellen en een verzekering met (lagere) bijpremie aan de kandidaat-verzekeringssnemer 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-verzekeringssnemer 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.

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.

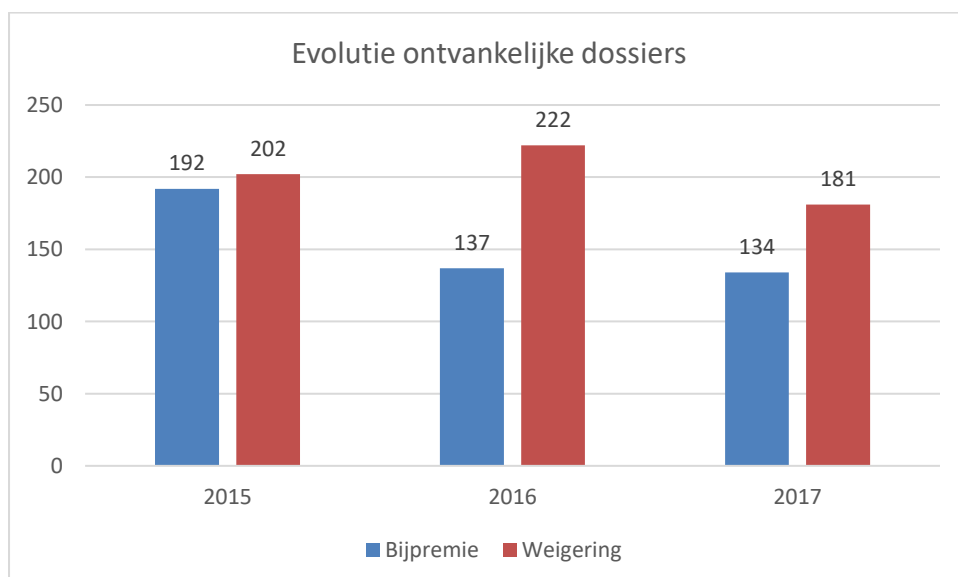
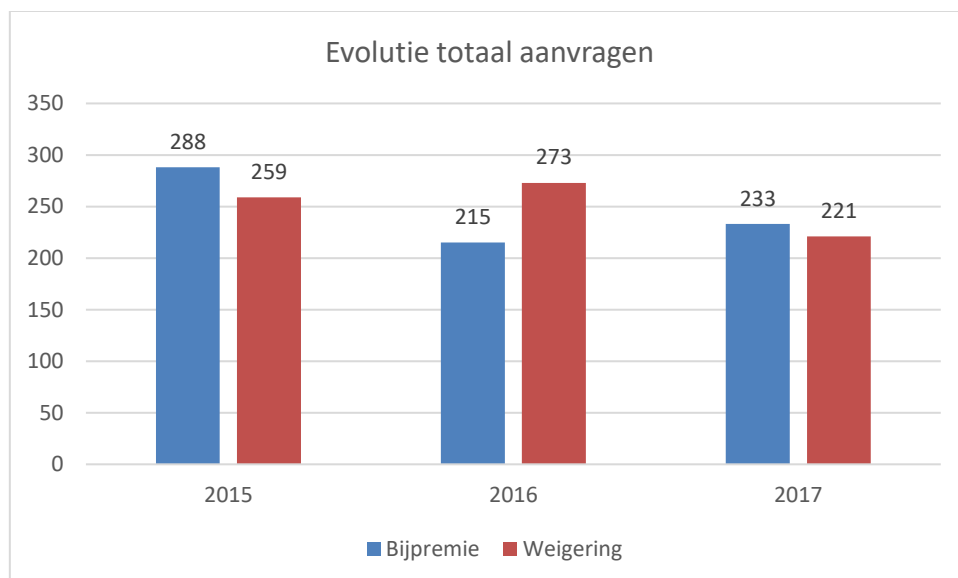
In 2017 zijn er 9 dossiers waarin het voorstel van het Opvolgingsbureau niet gevolgd werd door de betrokken verzekeraar. In dat geval wordt de kandidaat-verzekeringnemer aangeraden om zich tot een andere verzekeraar te wenden.

b. Algemeen beeld

In 2017 kreeg het Opvolgingsbureau 454 aanvragen tot onderzoek. Deze aanvragen kunnen opgesplitst worden in 233 betreffende een bijpremie en 221 betreffende een weigering. Soms stelt de verzekeraar aan de kandidaat-verzekeringssnemer 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 2017 en 31 december 2017. Het cijfermateriaal werd op 1 maart 2018 afgesloten.



Tabel 1

Overzicht ingediende aanvragen 2015 – 2016 - 2017	2015			2016			2017		
	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering	Totaal	Bijpremie	Weigering
Ingediende aanvragen	547	288	259	488	215	273	454	233	221
Onvolledige aanvragen	85			71			62		
Onontvankelijke aanvragen	68			58			77		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181
Waarvan beslissing bevestigd door Opvolgingsbureau	335	163	172	296	106	190	242	94	148
Waarvan nieuwe voorstellen door Opvolgingsbureau	35	15	20	46	26	20	48	24	24
Waarvan nieuwe voorstellen door verzekeringsonderneming	24	14	10	17	5	12	25	16	9

In 77 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. Ook in 2017 komt het quasi niet meer voor dat de kandidaat-verzekeringnemer een beslissing die dateert van vóór de inwerkingtreding van het Opvolgingsbureau, aan het bureau voorlegt.

In sommige van de dossiers waar wordt geoordeeld dat de vraag niet ontvankelijk is, werd zoals tevens in 2016 vastgesteld dat het verzekeringsaanbod met bijpremie reeds aanvaard is op het ogenblik dat het Opvolgingsbureau om tussenkomst wordt verzocht.

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

c. De onderzochte aanvragen verder in detail

Het Opvolgingsbureau heeft in de loop van 2017 in 315 gevallen een onderzoek ingesteld naar een bijpremie of weigering wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

Van deze 315 onderzoeken, hadden er 134 betrekking op een medische bijpremie hoger dan 75% van de basispremie en 181 op een weigering.

Tabel 2

De onderzochte ziektebeelden in 2017	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	73	16	57
Polypathologie	54	19	35
Hart en bloedvaten	45	17	28
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	28	16	12
Suikerziekte (diabetes)	25	24	1
Psychische aandoeningen	21	11	10
Spijsverteringsstelsel of buik	16	7	9
Zenuwstelsel en hersenen	13	5	8
Nieren of urinewegen	13	3	10
Ademhalingsstelsel	8	2	6
Systeemziekten en auto-immuunziekten	7	4	3
Bloed of lymfeklieren	5	5	0
Spieren en gewrichten	3	2	1
Handicap (aangeboren of na ongeval)	2	1	1
Geslachtsorganen	1	1	0
Reumatologische aandoeningen	1	1	0
TOTAAL	315	134	181

Ook in 2017 hebben meer dan de helft van de onderzochte bijpremies betrekking op vormen van kanker, een combinatie van aandoeningen (polypathologie), een aandoening van hart- en bloedvaten of suikerziekte.

De drie vaakst voorkomende ziektebeelden bij de onderzochte weigeringen blijven, zoals in het verleden, vormen van kanker, de polypathologie-categorie en aandoeningen van hart- en bloedvaten. Deze aandoeningen vertegenwoordigen 66% van de onderzochte weigeringen.

Gezien elke voorgelegde vraag op individuele basis wordt onderzocht, is het onmogelijk om een vergelijking van deze 315 individuele 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 134 dossiers inzake medische bijpremies. Dit is een status-quo ten opzichte van het aantal onderzochte bijpremies van 2016. Na onderzoek werd in 94 dossiers (70%) besloten dat de beslissing van de verzekeringsonderneming om een medische bijpremie toe te passen, voldoende geobjectiveerd was en bijgevolg werd bevestigd door het Opvolgingsbureau.

Tabel 3

Bijpremies - Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Hart en bloedvaten	15
Polypathologie	14
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	13
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	14
Stofwisseling, hormonen en klieren	12
Psychische aandoeningen	6
Spijsverteringsstelsel of buik	4
Bloed of lymfeklieren	3
Zenuwstelsel en hersenen	3
Nieren of urinewegen	3
Systeemziekten en auto-immuunziekten	3
Spieren en gewrichten	2
Ademhalingsstelsel	1
Handicap (aangeboren of na ongeval)	1
TOTAAL	94

In 24 dossiers (18%) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd naar de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer. In 21 van deze 24 gevallen was de verzekeraar bereid om aan de voorwaarden van dit nieuwe voorstel een contract aan te bieden. Zo werden dus 88% van de nieuwe voorstellen aanvaard door de betrokken verzekeringsondernemingen. De drie nieuwe voorstellen waarbij de verzekeringsondernemingen ervoor kozen deze verlaagde bijpremie niet toe te passen, betreffen één dossier bij de aandoeningen van hart- en bloedvaten, één dossier in de categorie van tumoren en één dossier in de aandoeningen van bloed en lymfeklieren

In een aantal gevallen stelde de verzekeringsonderneming zelf 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 16 gevallen (12%) geïnformeerd dat de verzekeraar met een vernieuwd voorstel opnieuw de aanvrager contacteerde.

In totaal werd dus in 37 dossiers de bijpremie bijgesteld nadat het Opvolgingsbureau de verzekeraar om uitleg vroeg.

Tabel 4

Bijpremies: Voorstel Opvolgingsbureau werd aanvaard	
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	8
Psychische aandoeningen	3
Polypathologie	2
Spijsverteringsstelsel of buik	2
Zenuwstelsel en hersenen	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1
Geslachtsorganen	1

Tabel 5

Bijpremies: Eigen nieuw voorstel door de verzekeraar	
Polypathologie	3
Psychische aandoeningen	2
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Ademhalingsstelsel	1
Bloed of lymfeklieren	1
Hart en bloedvaten	1
Reumatologische aandoeningen	1
Spijsverteringsstelsel of buik	1
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	1

De typologie van aandoeningen waarvoor zowel het Opvolgingsbureau als de betrokken verzekeringsonderneming een vernieuwd voorstel van bijpremie deed, is zeer divers. Om deze reden kan er niet eenduidig worden nagegaan of in een bepaalde categorie een nieuw voorstel kan worden verwacht. Het onderzoek van het dossier is dan ook geïndividualiseerd, waarbij er gekeken wordt naar de precieze gezondheidstoestand van de individuele kandidaat-verzekerde en naar wetenschappelijke studies die zoveel als mogelijk hierop aansluiten.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2017 onderzocht het Opvolgingsbureau 181 weigeringen tot verzekering. Dit betekent een daling van 18% van de onderzochte weigeringen ten opzichte van 2017.

Hierbij was in 148 dossiers of 82% van de gevallen het Opvolgingsbureau van oordeel dat de weigering medisch en verzekeringstechnisch gefundeerd was.

Dit percentage is quasi gelijk gebleven ten opzichte van 2016.

Tabel 6

Weigering - Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	46
Polypathologie	30
Hart en bloedvaten	23
Stofwisseling, hormonen en klieren	11
Nieren of urinewegen	9
Psychische aandoeningen	9
Spijverteringsstelsel of buik	7
Ademhalingsstelsel	5
Zenuwstelsel en hersenen	5
Systeemziekten en auto-immuunziekten	2
Suikerziekte (diabetes), glucose-intolerantie	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. Wanneer zij dit nuttig acht, verwijst het Opvolgingsbureau in haar antwoord naar de ontbrekende medische informatie.

Het Opvolgingsbureau heeft in 2017 in 24 dossiers (13%) een nieuw voorstel aan de betrokken verzekeringsonderneming en de kandidaat-verzekeringnemer bezorgd. In 18 dossiers was de verzekeraar bereid om toch een verzekering aan te bieden zoals voorgesteld door het Opvolgingsbureau. Daarentegen werden 6 van de 24 voorstellen 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 9 dossiers (5%) in die zin hun kandidaat-verzekeringnemer opnieuw gecontacteerd.

In totaal werden dus 27 weigeringen bijgesteld in een aanbod. Deze nieuwe voorstellen situeren zich in de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigering - Voorstel Opvolgingsbureau werd aanvaard	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	5
Polypathologie	3
Zenuwstelsel en hersenen	2
Hart en bloedvaten	2
Ademhalingsstelsel	1
Handicap (aangeboren of na ongeval)	1
Psychische aandoeningen	1
Spieren en gewrichten	1
Spijverteringsstelsel of buik	1
Stofwisseling, hormonen en klieren	1

Tabel 8

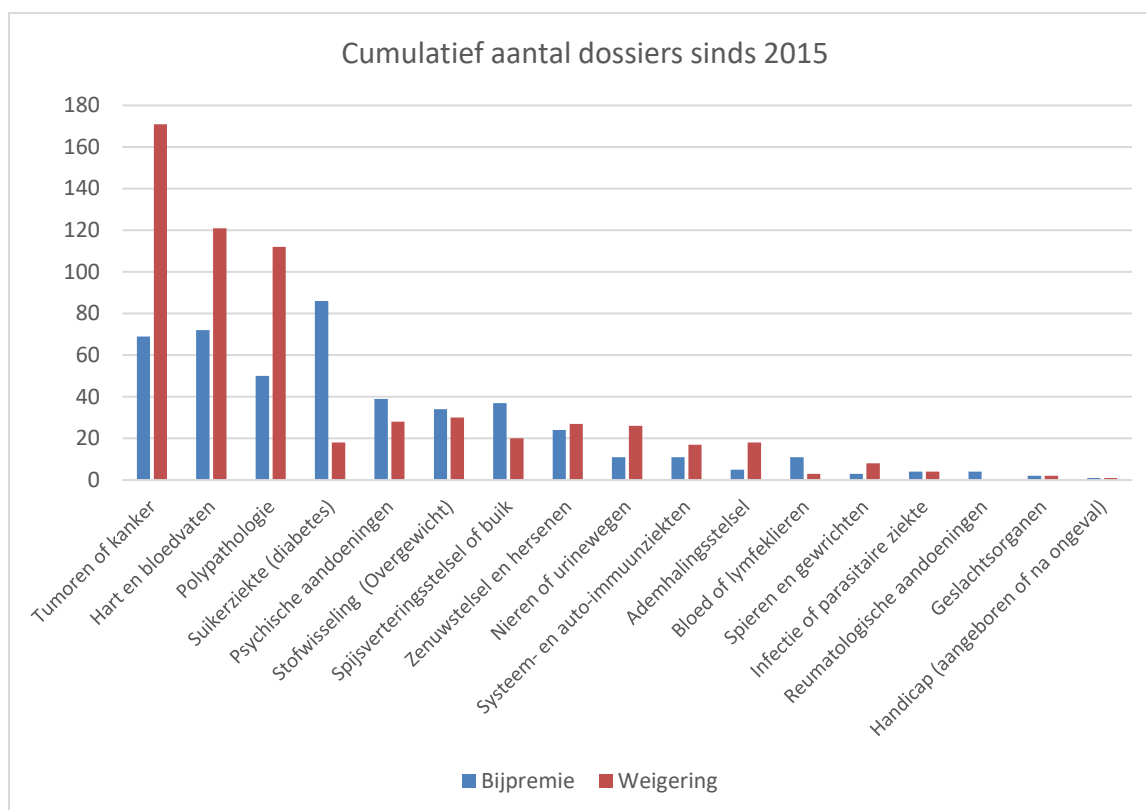
Weigering: Eigen nieuw voorstel verzekeraar	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	5
Hart en bloedvaten	1
Nieren of urinewegen	1
Spijverteringsstelsel of buik	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1

De 6 dossiers waarbij de verzekeringsonderneming het voorstel van het Opvolgingsbureau om toch een verzekering aan te bieden niet volgt, betreffen: 2 dossiers over polypathologie, 2 dossier over aandoeningen van hart- en bloedvaten, 1 dossier over aandoeningen van zenuwstelsel en hersenen en 1 dossier in de categorie van tumoren.

d. Even uitzoomen: een globaal beeld over de jaren heen

Over de voorbije jaren heen: onderzocht sinds 2015			
<i>Tabel 9</i>			
Pathologie	Totaal	Bijpremie	Weigering
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	240	69	171
Hart en bloedvaten	193	72	121
Polypathologie	162	50	112
Suikerziekte (diabetes)	104	86	18
Psychische aandoeningen	67	39	28
Stofwisseling, hormonen en klieren (Overgewicht)	64	34	30
Spijsverteringsstelsel of buik	57	37	20
Zenuwstelsel en hersenen	51	24	27
Nieren of urinewegen	37	11	26
Systeemziekten en auto-immuunziekten	28	11	17
Ademhalingsstelsel	23	5	18
Bloed of lymfeklieren	14	11	3
Spieren en gewrichten	11	3	8
Infectie of parasitaire ziekte	8	4	4
Reumatologische aandoeningen	4	4	0
Geslachtsorganen	4	2	1
Handicap (aangeboren of na ongeval)	2	1	1
	1068	463	605

Globale resultaten	Totaal	Bijpremie	Weigering
<i>Tabel 10</i>			
Aantal ontvankelijke en onderzochte aanvragen	1068	463	605
Bevestigde beslissing door Opvolgingsbureau	873	363	510
% van totaal	81,7%	78,4%	84,3%
Hervormingsvoorstel (Aanvaard door verzekeraar)	112	58	54
% van totaal	10,5%	12,5%	8,9%
Hervormingsvoorstel (Niet aanvaard door verzekeraar)	17	7	10
% van totaal	1,6%	1,5%	1,7%
Nieuw voorstel vanwege verzekeraar zelf	66	35	31
% van totaal	6,2%	7,6%	5,1%



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

Bijgevolg wordt dus, over het algemeen, in iets minder dan 1 op 5 gevallen de oorspronkelijke beslissing bijgesteld na tussenkomst door het Opvolgingsbureau.

Bij de ziektebeelden kan men 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 blijven een meerderheid vertegenwoordigen van de onderzochte dossiers (56% zoals in het vorig cumulatief overzicht).

Dezelfde drie categorieën zijn ook de vaakst voorkomende onderzochte weigeringen en vertegenwoordigen twee derde van alle weigeringen.

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

De 6 vaakst voorkomende ziektebeelden bij bijpremies (diabetes, cardiologisch, kankervormen, polypathologie, spijsverteringsstelsel en psychische aandoeningen) maken samen 76% van de gevoerde onderzoeken uit.

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 medisch 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 stabiel is gebleven. 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 17 kalenderdagen nodig om het dossier samen te stellen en te antwoorden op eventuele bijkomende vragen van het Opvolgingsbureau.

In 2015 en 2016 had een verzekeringsonderneming gemiddeld genomen respectievelijk 21 en 18 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 aanhouden.

III. Medische vragenlijsten

Het Opvolgingsbureau heeft in 2017 de medische vragenlijsten van 8 verzekeraars opnieuw onderzocht omdat deze ondernemingen enkele aanpassingen aan hun vragenlijsten wensten door te voeren. Eén verzekeraar startte zijn activiteiten voor schuldsaldoverzekering op en diende bijgevolg zijn vragenlijsten in ter onderzoek.

Ook de elektronische versie van vragenlijsten van 2 verzekeraars werden onderzocht. Deze laten de kandidaat-verzekerde toe om via digitale weg onmiddellijk de dekking voor zijn schuldsaldoverzekering te laten aftoetsen. De doorlooptijd voor de kandidaat-verzekerde wordt via deze weg sterk ingekort. Enkel de noodzakelijke vragen worden onder de vorm van een watervalsysteem aan de betrokkenen gesteld.

De evaluatie van een medische vragenlijst blijft een delicate evenwichtsoefening tussen de privacy van de kandidaat-verzekerde en de noodzaak voor de verzekeringsonderneming om een beoordeling te kunnen maken van het te verzekeren risico. De medische vragenlijst strekt tot doel de kandidaat-verzekerde te helpen bij het vervullen van zijn wettelijke mededelingsplicht.

Bij de analyse van de medische vragenlijsten beslist het Opvolgingsbureau consensueel over de eventuele aanpassingen die doorgevoerd moeten worden in de vragenlijsten. Nadien maakt de verzekeraar de aangepaste vragenlijst opnieuw over aan het bureau voor formele goedkeuring.

Via het onderzoek van de individuele dossiers kan het Opvolgingsbureau ook verder monitoren dat de verzekeraars daadwerkelijk de aangepaste vragenlijsten gebruiken.

Indien een specifiek probleem wordt opgemerkt in de gehanteerde vragenlijst tijdens de dossieranalyse, wordt de verzekeringsonderneming hierover bevraagd.

Daar waar de wetgeving 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.

IV. 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/2018/13.852/2

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