



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

Jaarverslag over de werking

2025

Inhoudstafel

Voorwoord.....	3
I. Voorstelling en werking van het Opvolgingsbureau	4
II. Resultaten.....	5
1. De cijfers.....	5
a. Inleiding.....	5
b. Algemeen beeld	6
c. Een nader onderzoek van de aanvragen	8
Een blik op de onderzochte bijpremies.....	10
Een blik op de onderzochte weigeringen.....	12
d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau.....	14
2. Doorlooptijd	17
III. Medische vragenlijsten	18
IV. Verslag van de Data Protection Officer	19
V. Samenwerking KCE–Opvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden.....	20
VI. Contactgegevens en procedure	21

Voorwoord

In 2025 was het Opvolgingsbureau aan zijn elfde werkjaar toe. Sinds zijn oprichting vervult het consequent zijn opdracht: op onafhankelijke en grondige wijze de beslissingen van verzekeringsondernemingen onderzoeken wanneer een schuldsaldoverzekerings wordt geweigerd of met een aanzienlijke medische bijpremie gepaard gaat. Die opdracht steunt op de inzet van zijn leden, die hun expertise op regelmatige tijdstippen inzetten om de vaak complexe situaties grondig te onderzoeken, met eerbiediging van de beginselen van billijkheid, transparantie en dialoog.

Na enkele jaren van relatieve stabiliteit is het aantal aanvragen bij het Opvolgingsbureau licht gestegen. In 2025 werden er 449 aanvragen ingediend, tegenover 381 in 2024. Die stijging is onder meer te verklaren door een toename van het aantal dossiers met betrekking tot polypathologieën, cardiovasculaire aandoeningen, stofwisselingsstoornissen en psychische aandoeningen: medische situaties die nog vaak aanleiding geven tot aanzienlijke bijpremies of geweigerde verzekeringen.

De cijfers van dit jaar bevestigen ook bepaalde tendensen die al verschillende boekjaren worden waargenomen. Bij de onderzochte dossiers blijven combinaties van meerdere aandoeningen prominent aanwezig. Deze evolutie weerspiegelt de gestage veroudering van de kandidaat-verzekerden, alsook het toenemende belang van bepaalde chronische ziekten. Tegelijk blijven de medische vooruitgang en de toepassing van het recht om vergeten te worden een positieve invloed hebben op bepaalde categorieën van dossiers, in het bijzonder bij een voorgeschiedenis van kanker.

Ondanks de stijging van het aantal aanvragen blijven de globale resultaten opmerkelijk stabiel. In bijna acht op de tien dossiers werd de oorspronkelijke beslissing van de verzekeraar bevestigd, een verhouding die in lijn ligt met de waarnemingen sinds de oprichting van het Bureau. Die stabiliteit getuigt zowel van de degelijkheid van de analyses die de verzekeringsondernemingen uitvoeren als van de relevantie van de controleopdracht van het Opvolgingsbureau. Wanneer aanpassingen gerechtvaardigd blijken, zorgen die ervoor dat tal van kandidaat-verzekerden alsnog toegang krijgen tot een dekking die beter op hun medische situatie is afgestemd.

In een medische, juridische en verzekeringstechnische omgeving die voortdurend evolueert, zal het Opvolgingsbureau zijn opdracht blijven vervullen met dezelfde wetenschappelijke nauwgezetheid, dezelfde aandacht voor objectiviteit en dezelfde wil om de gerechtvaardigde belangen van kandidaat-verzekerden en verzekeraars met elkaar te verzoenen. Die evenwichtige aanpak vormt al meer dan tien jaar de basis van zijn werking en is vandaag relevanter dan ooit.

Met vriendelijke groeten,

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. Het wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat, Bruno Bulthé, en André De Muylder is ondervoorzitter.

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 vergaderingen op te stellen. Het secretariaat verzekert de uitwisseling van vragen, opmerkingen en adviezen tussen de correspondenten bij de ondernemingen aan de ene kant en de leden van het Opvolgingsbureau aan de andere kant. Ook kan het, telefonisch of per mail, inlichtingen van louter algemene aard verstrekken.

De voorzitter en de leden vergaderen gemiddeld om de twee weken om de dossiers die zij vooraf hebben voorbereid te bespreken en er een uitspraak over te doen.

Het Opvolgingsbureau onderzoekt, op verzoek van de kandidaat-verzekeringnemer, van de Ombudsman van de Verzekeringen of van een lid, de beslissing van een verzekeringsonderneming wanneer deze om medische redenen een schuldsaldoverzekering weigert of een medische bijpremie van meer dan 75 % van de basispremie toepast. De schuldsaldoverzekering moet verbonden zijn aan een hypothecair krediet dat dient voor het bouwen, verwerven of verbouwen van de enige en eigen gezinswoning. Het Opvolgingsbureau gaat dan 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 worden gesteld in de medische vragenlijsten die de verzekeringsondernemingen gebruiken. Aangezien de ondernemingen hun vragenlijsten al in de loop van de voorgaande jaren ter analyse aan het Bureau hadden voorgelegd, blijft deze opdracht voortaan beperkt tot de goedkeuring van bepaalde wijzigingen. Slechts uitzonderlijk zijn er nog nieuwe documenten die volledig moeten worden onderzocht.

Bij zijn onderzoek van een weigering of medische bijpremie gaat het Bureau 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 elk individu grondig en onderzoekt of de beslissing van de verzekeringsonderneming wordt gestaafd door objectieve feiten en gestoeld is 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 specifieke persoon toch anders (beter of slechter) evolueert.

II. Resultaten

1. De 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.

Wordt een nieuw voorstel van het Opvolgingsbureau niet door de verzekeraar toegepast, dan kan de kandidaat-verzekeringnemer zich tot een andere verzekeraar richten.

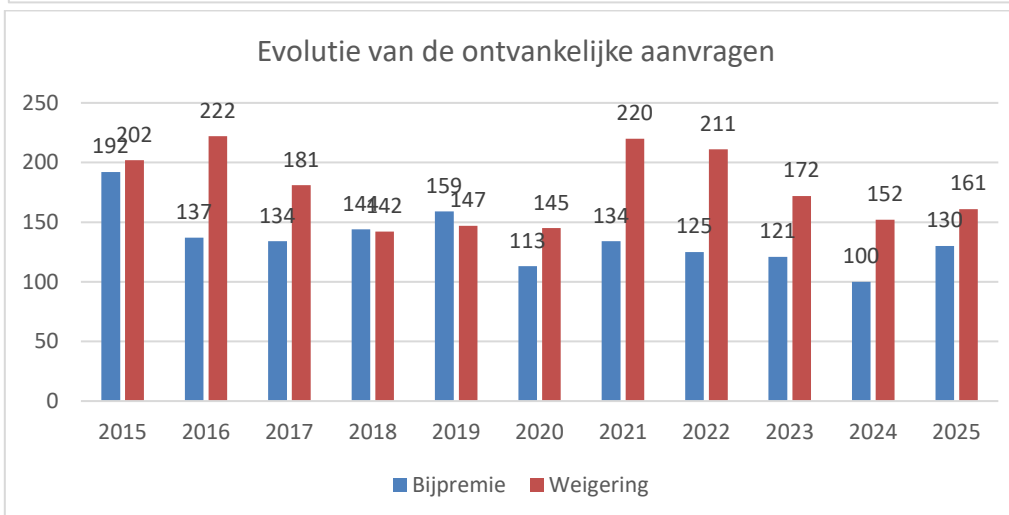
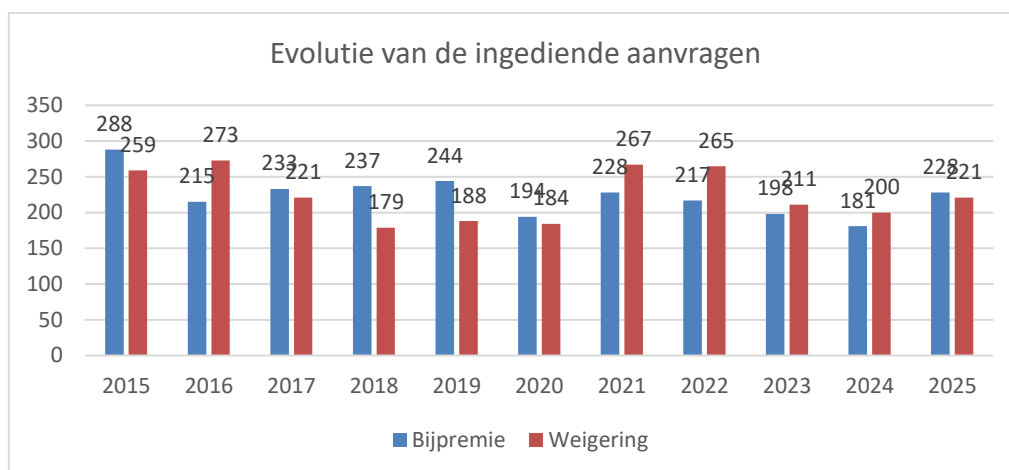
b. Algemeen beeld

In 2025 heeft het Opvolgingsbureau 449 aanvragen voor een onderzoek ontvangen. Deze zijn onder te verdelen in 228 aanvragen in verband met een bijpremie en 221 aanvragen in verband met een weigering van verzekering. Deze cijfers liggen dus hoger dan in 2024.

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 lopende behandeling – om slechts twee voorbeelden te geven – beter kan worden ingeschat. De beslissing wordt dan uitgesteld. Het Opvolgingsbureau beschouwt een dergelijk uitstel als een weigering van verzekering, aangezien de verzekeraar (nog) niet bereid is een dekking aan te bieden.

Wanneer het recht om vergeten te worden van toepassing is in het onderzochte dossier, maakt het Opvolgingsbureau de betrokken verzekeraar hierop attent. Het Bureau beroept zich uitsluitend op het daartoe opgestelde referentierooster wanneer de voorwaarden waarin dit rooster voorziet vervuld zijn.

Hieronder volgt een overzicht van alle aanvragen sinds 2015, opgesplitst naargelang ze bijpremies of weigeringen betreffen.



Tabel 1 (Tot. = Totaal – Bij. = Bijpremies - Wei. = Weigeringen)

Overzicht van de ingediende aanvragen	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.	Tot.	Bij.	Wei.
Ingediende aanvragen	547	288	259	488	215	273	416	237	179	432	244	188	378	194	184	495	228	267	482	217	233	432	217	265	409	198	211	381	181	200	449	228	221
Onvolledige aanvragen	85			71			62			63			47			51			62			65			52			73			79		
Niet-ontvankelijke aanvragen	68			58			77			67			79			69			79			81			64			56			79		
Ontvankelijke en onderzochte aanvragen	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147	258	113	145	354	134	220	336	125	211	293	121	172	252	100	152	291	130	161
Beslissingen bevestigd door het Opvolgingsbureau	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117	212	89	123	280	95	185	273	97	176	247	103	144	200	79	121	224	87	137
Nieuwe voorstellen geformuleerd door het Opvolgingsbureau	35	15	20	46	26	24	48	24	24	65	24	24	61	40	21	46	19	17	43	27	16	44	21	23	37	17	20	40	20	20	51	34	17
Nieuwe voorstellen van de verzekeraar	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13	14	6	8	31	12	19	19	7	12	9	1	8	12	1	11	16	9	7

c. Een nader onderzoek van de aanvragen

In de loop van het jaar 2025 heeft het Opvolgingsbureau 291 gevallen onderzocht waarin de verzekeraar besliste een bijpremie toe te passen of een verzekering te weigeren wegens de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

In 130 van deze onderzochte dossiers werd er een medische bijpremie toegepast van meer dan 75 % van de basispremie en in 161 dossiers werd de verzekering geweigerd.

Tabel 2

Categorieën van ziektes onderzocht in 2025	Totaal	Bijpremie	Weigering
Polypathologie	54	21	33
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	47	8	39
Hart en bloedvaten	42	16	26
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	30	20	10
Psychische aandoeningen	26	14	12
Diabetes, glucose-intolerantie	24	22	2
Nieren en urinewegen	15	6	9
Zenuwstelsel en hersenen	13	9	4
Ademhalingsstelsel	11	5	6
Systeemziekten en auto-immuunziekten	7	2	5
Spijsverteringsstelsel en buik	6	1	5
Bloed en lymfeklieren	4	0	4
Spieren en gewrichten	4	2	2
Andere aandoeningen	3	0	3
Handicaps	2	2	0
Infectieziekten en parasitaire ziekten	2	2	0
Huid	1	0	1
TOTAAL	291	130	161

Zowel de onderzochte dossiers inzake bijpremies (+ 30 dossiers) als die inzake weigeringen (+ 9 dossiers) namen in 2025 duidelijk in aantal toe. Deze evolutie kan vooral worden verklaard door de sterke stijging van het aantal hypothecaire kredieten dat in 2025 werd toegekend, vergeleken met 2024.

Polypathologie blijft de meest voorkomende categorie, al neemt het relatieve belang ervan af ten opzichte van 2024. De sterkste stijgingen zijn dan weer waar te nemen bij de dossiers in verband met tumoren, cardiovasculaire aandoeningen, psychische aandoeningen en aandoeningen aan nieren en urinewegen.

De categorie die het vaakst gepaard blijft gaan met een geweigerde verzekering is die met de tumoren en kwaadaardige aandoeningen, terwijl diabetes en stofwisselingsstoornissen nog steeds in de meeste gevallen aanleiding geven tot de toepassing van bijpremies. Globaal genomen blijkt uit de resultaten van 2025 een diversificatie bij de onderzochte medische profielen, alsook een toename van het aantal behandelde dossiers.

Algemeen gezien dienen we er ook op te wijzen dat weigeringen niet altijd ‘definitief’ zijn. Een verzekeringsonderneming kan namelijk een uitstel met een welbepaalde termijn voorstellen. Voor sommige chronische ziekten en bepaalde vormen van kanker zijn deze termijnen vastgelegd in het referentierooster dat werd ingevoerd in het kader van het recht om vergeten te worden. Het kan voorvallen dat een onderneming de uitkomst van een operatie afwacht, of het einde van een behandeling of het verstrijken van de termijn waarna het risico afneemt. Deze wachttijd kan variëren van enkele maanden tot enkele jaren, naargelang het geval. De kandidaat-verzekerde wordt verzocht om vervolgens opnieuw een aanvraag in te dienen bij de betrokken onderneming.

Zoals ieder jaar is het echter onmogelijk om louter op basis van de 291 onderzochte dossiers eenduidige conclusies te trekken. Dit aantal vertegenwoordigt uiteindelijk slechts een kleine steekproef uit de schuldsaldoverzekeringsmarkt.

Een blik op de onderzochte bijpremies

In 2025 heeft het Opvolgingsbureau 130 dossiers in verband met medische bijpremies onderzocht, wat neerkomt op een substantiële stijging van 30 % ten opzichte van 2024. In 87 van die 130 dossiers heeft het Opvolgingsbureau de beslissing van de verzekeringsonderneming bevestigd. Het aandeel bevestigde beslissingen bedroeg het afgelopen jaar dus 67 %. Daaruit blijkt dat de standpunten iets minder vaak gelijklopen, al is het Opvolgingsbureau toch van oordeel dat de door de verzekeraars toegepaste bijpremies in 2 op de 3 gevallen gerechtvaardigd zijn. Hier volgt de verdeling:

Tabel 3

Bijpremies – Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Polypathologie	18
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	15
Hart en bloedvaten	11
Psychische aandoeningen	12
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	7
Nieren en urinewegen	6
Zenuwstelsel en hersenen	5
Ademhalingsstelsel	5
Diabetes, glucose-intolerantie	3
Spieren en gewrichten	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Spijverteringsstelsel en buik	1
Andere aandoeningen	1
TOTAAL	87

In 34 dossiers (26 %) heeft het Opvolgingsbureau een nieuw voorstel geformuleerd en aan de betrokken verzekeraar en kandidaat-verzekeringnemer voorgelegd. Van deze 34 nieuwe voorstellen werden er 28 gevolgd door de verzekeringsondernemingen, die de contractvoorwaarden dienovereenkomstig hebben aangepast. In zes gevallen heeft de verzekeringsonderneming de door het Opvolgingsbureau voorgestelde voorwaarden dus niet toegepast. Uiteindelijk blijft het percentage nieuwe voorstellen dat wordt gevolgd hoog, al is het licht gedaald ten opzichte van het jaar voordien.

In bepaalde gevallen stelde de verzekeringsonderneming bij het samenstellen van haar dossier voor het Opvolgingsbureau zelf vast dat ze haar oorspronkelijke beslissing kon herzien, en formuleerde ze op eigen initiatief een nieuw voorstel voor de kandidaat. Deze situatie heeft zich dit jaar negen keer voorgedaan.

Van de 130 dossiers in verband met bijpremies die ter analyse aan het Opvolgingsbureau werden voorgelegd, werden er alles bij elkaar uiteindelijk 37 herzien (28 %).

Tabel 4

Bijpremies: nieuw voorstel Opvolgingsbureau aanvaard	
Diabetes, glucose-intolerantie	15
Zenuwstelsel en hersenen	3
Polypathologie	2
Hart en bloedvaten	2
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	2
Handicaps (aangeboren of na een ongeval)	2
Psychische aandoeningen	1
Andere aandoeningen	1
TOTAAL	28

Tabel 5

Bijpremies: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	3
Hart en bloedvaten	2
Tumoren en kwaadaardige kankeraandoeningen	1
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1
TOTAAL	9

Zoals elk jaar geven bijpremies in verband met diabetes aanleiding tot een aantal nieuwe voorstellen. Buiten deze vaststelling is het moeilijk te bepalen welke aandoeningen eerder tot een herziening leiden, hetzij op voorstel van het Bureau, hetzij op initiatief van de verzekeraar zelf.

Hierbij dient men ook in het achterhoofd te houden dat het Opvolgingsbureau moet letten op de regels inzake het recht om vergeten te worden, dat een plafonnering van de bij premie mogelijk maakt wanneer alle voorwaarden met betrekking tot een in het referentierooster opgenomen pathologie vervuld zijn. Met dit juridische argument is het debat gesloten; de verzekeraars zijn tot de toepassing ervan verplicht als alle voorwaarden vervuld zijn.

Een blik op de onderzochte weigeringen

In 2025 heeft het Opvolgingsbureau 161 weigeringen van een verzekering onderzocht, 9 meer dan in 2024. Het Opvolgingsbureau oordeelde hierbij in 137 dossiers – of 85 % van de gevallen – dat de weigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt gerechtvaardigd was. Het percentage weigeringen die het Opvolgingsbureau vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt redelijk acht, is daarmee met 5 % gestegen ten opzichte van het jaar voordien.

Tabel 6

Weigeringen: Opvolgingsbureau volgt beslissing verzekeraar	
Polypathologie	28
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	35
Hart en bloedvaten	24
Psychische aandoeningen	11
Nieren en urinewegen	9
Stofwisseling, hormonen en klieren (overgewicht)	8
Ademhalingsstelsel	5
Systeemziekten en auto-immuunziekten	4
Bloed en lymfeklieren	3
Spijverteringsstelsel en buik	3
Zenuwstelsel en hersenen	2
Spieren en gewrichten	2
Diabetes, glucose-intolerantie	1
Huid	1
Andere aandoeningen	1
TOTAAL	137

De categorie ‘polypathologie’ zakt naar de tweede plaats, terwijl het aantal aanvragen in verband met kankeraandoeningen weer toeneemt. Ook zien we een verdere toename bij de categorie ‘stofwisseling’, die wordt gekenmerkt door extreme gevallen van morbide obesitas.

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 prognose van de ziekte is 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 recente behandeling, over de mogelijkheid dat een aandoening zich stabiliseert, enz.

Aangezien eenianders gezondheidstoestand in de loop van de tijd kan evolueren, is een weigering in theorie nooit definitief, zoals blijkt uit de dossiers waarin de verzekeraars voor uitstel opteren, of de termijnen waarin het recht om vergeten te worden voorzien. De verzekeringsonderneming kan ook weigeren om een overeenkomst voor te stellen wanneer de kandidaat-verzekerde niet alle gevraagde medische elementen aanlevert en de betrokken verzekeringsonderneming het risico dus 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 (11 %) heeft het Opvolgingsbureau de betrokken verzekeraar aanbevolen om een nieuwe beslissing te nemen, en heeft het de kandidaat-verzekeringnemer hiervan op de hoogte gebracht. In 2025 werden er slechts 7 van de 17 voorstellen van het Opvolgingsbureau daadwerkelijk door de verzekeraars gevolgd.

Net als bij de bijpremies konden de betrokken verzekeringsondernemingen hun weigering herzien tijdens de voorbereiding van het dossier. In 7 dossiers heeft de verzekeringsonderneming na haar initiële weigering om een verzekeringsovereenkomst voor te stellen alsnog op eigen initiatief een voorstel geformuleerd. Dat betekent dat 4 % van de weigeringen zelfs nog voor een uitspraak van het Opvolgingsbureau werd herzien.

In totaal hebben 14 weigeringen uiteindelijk geleid tot een directe herziening van de beslissing. Deze nieuwe voorstellen hadden betrekking op de volgende categorieën van aandoeningen:

Tabel 7

Weigeringen: voorstel Opvolgingsbureau aanvaard	
Spijverteringsstelsel en buik	2
Psychische aandoeningen	1
Stofwisseling, hormonen en klieren	1
Diabetes	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
Polypathologie	1
TOTAAL	7

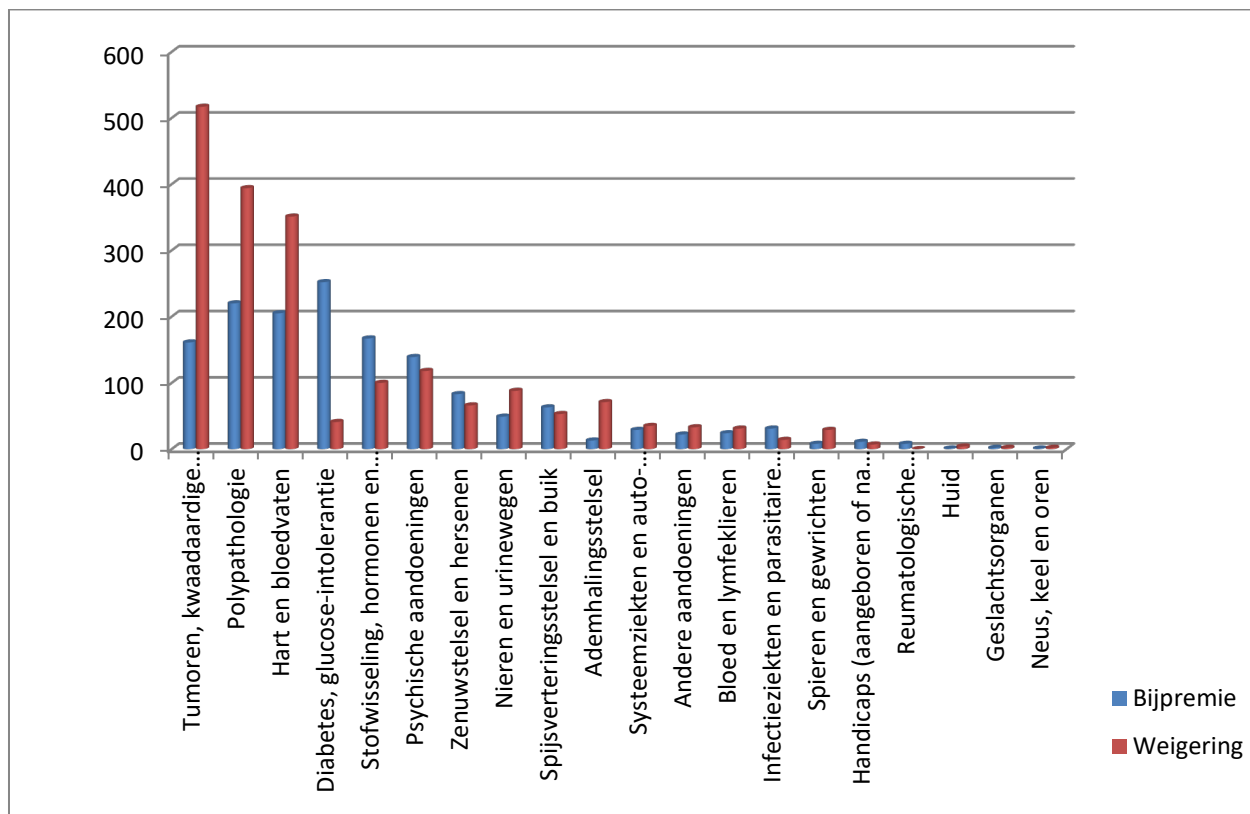
Tabel 8

Weigeringen: nieuw voorstel van de verzekeraar zelf	
Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker	4
Ademhalingsstelsel	1
Systeemziekten en auto-immuunziekten	1
Zenuwstelsel en hersenen	1
TOTAAL	7

d. Globale resultaten sinds de oprichting van het Opvolgingsbureau

Aandoening	Totaal	Bijpremies	Weigeringen
Tumoren/kanker	678	161	517
Polypathologie	614	220	394
Hart en bloedvaten	556	205	351
Diabetes	293	252	41
Stofwisseling/overgewicht	267	167	100
Psychische aandoeningen	257	139	118
Zenuwstelsel	149	83	66
Nieren/urinewegen	137	49	88
Spijsverteringsstelsel	116	63	53
Ademhalingsstelsel	84	13	71
Auto-immuunziekten	64	29	35
Andere aandoeningen	55	22	33
Bloed/klieren	55	24	31
Infectieziekten	45	31	14
Spieren/gewrichten	37	8	29
Handicaps	18	11	7
Reumatologische aandoeningen	8	8	0
Huid	5	1	4
Geslachtsorganen	4	2	2
Neus, keel en oren	3	1	2
TOTAAL	3.445	1.489	1.956

Globale resultaten	Totaal	Bijpremies	Weigeringen
Onderzochte ontvankelijke dossiers	3.445	1.489	1.956
Bevestigde beslissingen	2.743	1.116	1.627
% van het totaal	79,6 %	74,9 %	83,2 %
Aanvaarde herziening	407	244	163
% van het totaal	11,8 %	16,4 %	8,3 %
Niet-aanvaarde herziening	77	27	50
% van het totaal	2,2 %	1,8 %	2,6 %
Voorstel van de verzekeraar	218	102	116
% van het totaal	6,3 %	6,9 %	5,9 %



Uit de cumulatieve analyse van de aanvragen die tussen 2015 en 2025 werden onderzocht, blijkt dat tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kankers het sterkst vertegenwoordigd zijn (678 dossiers), gevolgd door polypathologie (614 dossiers) en hart- en vaatziekten (556 dossiers). Deze drie categorieën zijn samen goed voor meer dan de helft van de behandelde dossiers, wat hun grote aandeel in de werkzaamheden van het Opvolgingsbureau illustreert.

Over de hele periode werden er 3.445 ontvankelijke dossiers onderzocht. De initiële beslissing van de verzekeraar werd in 79,6 % van de gevallen bevestigd, wat wijst op een grote mate van consistentie in de beoordelingen.

De door de verzekeraars aanvaarde herzieningsvoorstellen vertegenwoordigen 11,8 % van de onderzochte dossiers, terwijl de niet-gevolgde voorstellen slechts 2,2 % van de dossiers betreffen. Deze cijfers tonen aan dat de dialoog tussen het Opvolgingsbureau en de verzekeraars meestal tot een aanvaardbare oplossing leidt wanneer een herziening van de beslissing noodzakelijk wordt geacht.

Het jaar 2025 situeert zich globaal genomen in het verlengde van de voorgaande jaren. De belangrijkste categorieën van aandoeningen blijven ongewijzigd, met een duidelijke aanwezigheid van dossiers in verband met polypathologie, kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Het hoge percentage bevestigde beslissingen wijst op een consistent beoordelingsproces, ondanks de evolutie van de medische profielen die ter analyse worden voorgelegd.

Uit de analyse per type beslissing blijken aanzienlijke verschillen naargelang de aandoening. Bepaalde categorieën, zoals diabetes of aandoeningen in verband met de stofwisseling en overgewicht, leiden vaker tot bijpremies dan tot weigeringen. Tumoren en aandoeningen van de luchtwegen of nieren blijven daarentegen gepaard gaan met een hoog percentage weigeringen. Deze verdeling weerspiegelt

de verschillen in risico zoals de verzekeraars die beoordelen naargelang de aard en de ernst van de betrokken aandoeningen.

De statistieken op basis van gegevens uit meer dan tien jaar werking wijzen op een grote consistentie in de beslissingen, een efficiënte samenwerking met de verzekeraars en een verdeling van de aandoeningen die doorheen de tijd vrij constant blijft. De cijfers voor 2025 bevestigen de trends die in de voorgaande jaren werden vastgesteld en brengen geen grote, structurele veranderingen aan het licht, noch wat de aard van de onderzochte dossiers betreft, noch wat de resultaten betreft van de interventies van het Opvolgingsbureau.

2. Doorlooptijd

Na de indiening van een aanvraag voor een onderzoek gaat het Opvolgingsbureau 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 enige en eigen gezinswoning.

Zodra duidelijk vaststaat dat de aanvraag ontvankelijk is, heeft de verzekeringsonderneming twee weken de tijd om aan het Opvolgingsbureau 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 Opvolgingsbureau stelt vast dat de antwoordtermijn stabiel is gebleven ten opzichte van de voorgaande jaren. Over het algemeen bezorgt de verzekeringsonderneming de gevraagde gegevens binnen de vastgestelde termijn van 15 dagen.

Zodra het dossier volledig is, heeft het Opvolgingsbureau op zijn beurt 15 werkdagen de tijd om de ingediende aanvraag te onderzoeken.

Gewoonlijk behandelt het Opvolgingsbureau de dossiers binnen deze termijn. In bepaalde gevallen vraagt het Opvolgingsbureau 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.

Doorheen de jaren deden een zekere routine en methodologie hun intrede, en het Opvolgingsbureau stelt bovendien vast dat alle betrokkenen (verzekeringsondernemingen, leden van het Bureau, het secretariaat) die 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 2015, en in mindere mate ook in 2016. Sindsdien ontving het Bureau voornamelijk nog twee soorten aanvragen:

- wijzigingen die een verzekeraar aan zijn medische vragenlijst heeft aangebracht, en die ter goedkeuring aan het Opvolgingsbureau worden voorgelegd;
- het onderzoek en de goedkeuring van de elektronische medische vragenlijsten die een aantal verzekeringsondernemingen hebben ingevoerd.

In 2025 werd het Opvolgingsbureau door drie verzekeringsondernemingen verzocht zich uit te spreken over wijzigingen of toevoegingen aan bestaande medische vragenlijsten.

Het kan gebeuren 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 Opvolgingsbureau zal de betrokken instantie hier dan op wijzen en vragen om de passage in kwestie te corrigeren.

Bij aanhoudende problemen of wanneer een reactie van de betrokken onderneming of 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 in laatste instantie worden ingeschakeld wanneer de leden van het Opvolgingsbureau terugkerende gebreken vaststellen in de motiveringen en dossiers die een verzekeringsonderneming voorbereidt.

De beoordeling van een medische vragenlijst blijft hoe dan ook een delicate evenwichtsoefening waarbij de privacy van de kandidaat-verzekerde wordt afgewogen tegen de noodzaak voor de verzekeringsonderneming om het te verzekeren risico naar behoren te kunnen beoordelen. Uiteindelijk heeft de medische vragenlijst 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 moet ook het Opvolgingsbureau de bepalingen naleven 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 (de AVG of GDPR). Aangezien de leden en het secretariaat van het Opvolgingsbureau bij de analyse en de codering van dossiers medische gegevens moeten verwerken, heeft de dienst de vereiste 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 hij is ook de referentiepersoon voor vragen van alle betrokken partijen (geregistreerde personen, de leden, het secretariaat, toezichthouders) over de gegevensverwerking door het Opvolgingsbureau.

Naast de invoering van deze specifieke en verplichte maatregelen had de inwerkingtreding van de AVG (GDPR) dan ook 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.

De DPO is bereikbaar per mail, op het adres dpo@opvolgingsbureau.be, en per post gericht aan het Opvolgingsbureau.

V. Samenwerking KCE–Opvolgingsbureau in het kader van het recht om vergeten te worden

Ter herinnering, de wetgeving voorziet voor bepaalde schuldsaldoverzekeringen in een recht om vergeten te worden waardoor personen die al vijf jaar genezen zijn verklaard van een kankeraandoening de mogelijkheid krijgen om een verzekering te sluiten zonder een bijpremie wegens hun medische voorgeschiedenis. De wet in kwestie voorziet ook in kortere wachttijden voor welbepaalde pathologieën (kankeraandoeningen of chronische aandoeningen) die in twee referentieroosters staan opgesomd. Om de twee jaar evalueert het KCE de referentieroosters in het licht van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens en bezorgt het een voorstel tot aanpassing van de referentieroosters aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering. Het Opvolgingsbureau moet dit voorstel vervolgens samen met zijn eigen advies aan de bevoegde politieke autoriteiten verstrekken, die uiteindelijk zullen beslissen of zij de voorgestelde wijzigingen al dan niet doorvoeren.

In 2025 werd het onderzoek gewijd aan schildklierkanker. Tijdens dit proces hebben de onderzoekers van het KCE onderzocht in welke mate en onder welke voorwaarden deze aandoening in de referentieroosters zou kunnen worden opgenomen. Deze werkzaamheden leidden tot de publicatie, in 2026, van een rapport met een reeks voorstellen om de referentieroosters aan te passen.

VI. Contactgegevens en procedure

Procedure om een onderzoek aan te vragen

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

Bovendien moet de schuldsaldoverzekering zijn geweigerd om gezondheidsredenen of moet de bijpremie meer dan 75 % (van de basispremie) bedragen 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** (voorgestelde 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 van de kandidaat-verzekerde opvragen. Het document bevat ook de uitdrukkelijke verklaring dat de schuldsaldoverzekering een hypothecaire lening dekt voor de enige en eigen 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 via [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, het Opvolgingsbureau voor de tarifiering schuldsaldoverzekering.

D/2019/13.852/1

Une version en français est disponible en format pdf sur le site web <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/fr/publications>



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

De Meeûssquare 35
1000 Brussel