



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

Rapport annuel d'activité

2025

Tables des matières

Avant-propos	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi	4
II. Résultats	5
1. Chiffres	5
a. Introduction	5
b. Vue globale	6
c. Les demandes examinées plus en détail.....	8
Un regard sur les surprimés examinés	10
Un regard sur les refus examinés	12
d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi	14
2. Délai de gestion	17
III. Questionnaires médicaux.....	18
IV. Rapport du Data Protection Officer	19
V. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli	20
VI. Contact et procédure	21

Avant-propos

L'année 2025 marque la onzième année d'activité du Bureau du suivi. Depuis sa création, celui-ci poursuit avec constance sa mission : examiner de manière indépendante et rigoureuse les décisions des entreprises d'assurance lorsqu'une assurance solde restant dû est refusée ou assortie d'une surprime médicale importante. Cette mission repose sur l'engagement de ses membres, qui consacrent régulièrement leur expertise à l'analyse approfondie de situations souvent complexes, dans le respect des principes d'équité, de transparence et de dialogue.

Après plusieurs années caractérisées par une relative stabilité, le nombre de demandes introduites auprès du Bureau du suivi a connu une légère progression. En 2025, 449 demandes ont été introduites, contre 381 en 2024. Cette augmentation s'explique notamment par une hausse des dossiers relatifs aux polyopathologies, aux affections cardiovasculaires, aux troubles du métabolisme et aux affections psychiques, autant de situations médicales qui demeurent fréquemment associées à des surprimes importantes ou à des refus d'assurance.

Les chiffres de cette année confirment également certaines tendances observées depuis plusieurs exercices. Les combinaisons de plusieurs affections continuent de prendre une place importante parmi les dossiers analysés. Cette évolution reflète le vieillissement progressif des candidats-assurés ainsi que l'importance croissante de certaines maladies chroniques. Dans le même temps, les progrès de la médecine et l'application du droit à l'oubli continuent d'influencer positivement certaines catégories de dossiers, notamment en matière d'antécédents de cancer.

Malgré l'augmentation du nombre de demandes, les résultats globaux demeurent remarquablement stables. La décision initiale de l'assureur a été confirmée dans près de huit dossiers sur dix, proportion comparable à celle observée depuis la création du Bureau. Cette stabilité témoigne tout à la fois de la qualité des analyses réalisées par les entreprises d'assurance et de la pertinence du rôle de contrôle exercé par le Bureau du suivi. Lorsque des adaptations se révèlent justifiées, celles-ci permettent à de nombreux candidats-assurés d'accéder à une couverture mieux adaptée à leur situation médicale.

Dans un environnement médical, juridique et assurantiel en constante évolution, le Bureau du suivi continuera à exercer sa mission avec la même exigence scientifique, le même souci d'objectivité et la même volonté de concilier les intérêts légitimes des candidats-assurés et ceux des assureurs. Cette approche équilibrée constitue, depuis plus d'une décennie, le fondement de son action et demeure plus que jamais d'actualité.

Avec mes salutations distinguées,

Bruno Bulthé
Président

I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairement de représentants des patients et des consommateurs d'une part et de représentants des assureurs d'autre part. Il est présidé par un magistrat indépendant, Bruno Bulthé, et André De Muylder assure quant à lui la vice-présidence.

Le Bureau est constitué de deux membres effectifs et deux membres suppléants désignés par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ; un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les patients ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.

Le secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service de l'Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique et fait office de point de contact pour le consommateur. Il assure une permanence quotidienne afin d'encoder des demandes, de demander les dossiers aux compagnies et d'établir l'agenda des séances. Le secrétariat s'occupe de transmettre des questions, des remarques ou des avis entre les correspondants auprès des compagnies, d'une part, et les membres du Bureau, d'autre part. Il peut également fournir des renseignements d'ordre strictement général, par téléphone ou par e-mail.

Le président et les membres se réunissent en moyenne tous les quinze jours pour discuter et trancher des dossiers préparés au préalable.

À la requête du candidat-preneur d'assurance, de l'Ombudsman des Assurances ou d'un membre, le Bureau du suivi examine la décision d'une entreprise d'assurance lorsqu'une assurance solde restant dû est refusée ou une surprime médicale supérieure à 75% est appliquée pour raisons médicales. L'assurance solde restant dû doit être liée à un crédit hypothécaire dont l'objet est la construction, l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique. Le Bureau du suivi vérifie alors que la décision prise par une entreprise d'assurance se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le Bureau du suivi a également pour tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions posées dans les questionnaires médicaux utilisés par les entreprises d'assurance. Les entreprises ayant déjà soumis leurs questionnaires à l'analyse du Bureau au cours des années précédentes, cette fonction se limite désormais à l'approbation de certaines modifications et, exceptionnellement, à l'analyse de nouveaux documents dans leur intégralité.

À l'examen du refus ou de la surprime médicale, le Bureau du suivi vérifie le lien entre le risque de décès du candidat-assuré et celui d'une personne moyenne ne présentant aucun risque de santé spécifique. Le Bureau effectue une analyse approfondie de l'état de santé de chaque personne individuelle et examine si la décision de l'entreprise d'assurance est objectivée, études médicales scientifiques à l'appui. Au vu de la durée bien souvent longue que l'assurance couvre (de 20 à 30 ans, la plupart du temps), le Bureau tente d'identifier les pronostics à long terme. Il n'est bien entendu pas exclu que la situation médicale d'une personne individuelle évolue ensuite autrement (positivement ou négativement).

II. Résultats

1. Chiffres

a. Introduction

Le Bureau du suivi analyse la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée et a la possibilité soit d'adhérer à la décision, soit de proposer une autre décision, toujours dans l'intérêt du candidat-assuré : une surprime ne pourra en aucun cas être revue à la hausse.

En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle 16/2011, il n'est pas possible d'obliger une entreprise d'assurance de proposer une assurance solde restant dû, ni de contraindre un candidat à souscrire un contrat à des conditions précises. La liberté de contracter subsiste.

La législation stipule d'une part qu'une proposition formulée par le Bureau du suivi doit être « contraignante ». Or, d'autre part, le Bureau du suivi ne peut obliger aucune partie à conclure un contrat, tel que confirmé par la Cour constitutionnelle.

En d'autres termes, un assureur peut a priori se réserver le droit d'offrir ou non une assurance. En revanche, si ledit assureur décide de proposer une assurance, il devra s'en tenir à la proposition du Bureau du suivi. Il ne lui est pas autorisé de déroger à celle-ci et de proposer d'autres conditions.

Lorsqu'une nouvelle proposition du Bureau du suivi n'est pas appliquée par une compagnie, le candidat-prenneur d'assurance a la possibilité de s'adresser à un autre assureur.

b. Vue globale

En 2025, le Bureau du suivi a reçu 449 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 228 demandes relatives à des surprimes et 221 relatives à des refus d'assurance. Ces chiffres sont donc en augmentation par rapport à 2024.

Parfois, l'assureur n'est pas disposé à offrir une couverture au moment souhaité par le candidat-prenneur d'assurance, mais lui propose de réévaluer la situation à une date ultérieure afin d'avoir du recul par rapport à un diagnostic posé récemment ou à un traitement encore en cours, pour ne citer que deux exemples. Il sera alors question d'un ajournement de la décision. Le Bureau du suivi considèrera un ajournement comme un refus d'assurance, dans la mesure où l'assureur n'est pas (encore) disposé à offrir une couverture.

Lorsque le droit à l'oubli s'applique au dossier examiné, le Bureau du suivi ne manque pas de le rappeler à l'assureur concerné. Il s'en remet exclusivement à la grille de référence prévue à cet effet lorsque les conditions prévues dans cette grille sont remplies.

Voici un récapitulatif des demandes globales depuis 2015, où la distinction entre surprimes et refus peut être observée.

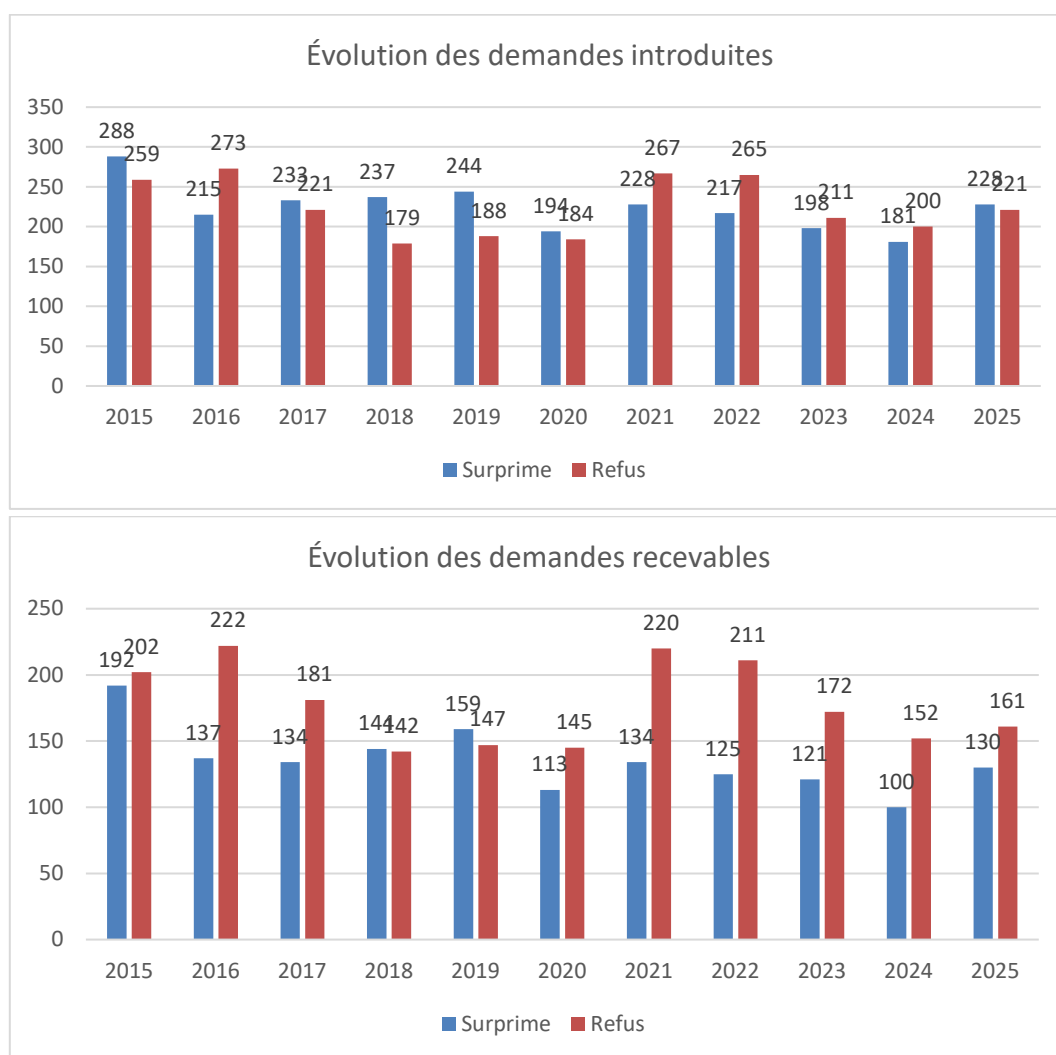


Tableau 1 (Tot. = Total - Sur. = surprimes – Ref. = Refus)

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.	Tot.	Sur.	Ref.
Demands introduites	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188	378	194	184	495	228	267	482	217	265	409	198	211	381	181	200	449	228	221
Demands incomplètes	85			71			62			63			47			51			62			65			52			73			79		
Demands irrecevables	68			58			77			67			79			69			79			81			64			56			79		
Demands recevables et examinées	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
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	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
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17	32	18	14	43	27	16	44	21	23	37	17	20	40	20	20	51	34	17
Nouvelles propositions de l'assureur	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. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2025, le Bureau du suivi a analysé 291 cas où l'assureur a décidé d'appliquer une surprime ou un refus d'assurance en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

Parmi ces dossiers examinés, 130 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 161 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2025	Total	Surprime	Refus
Polypathologie	54	21	33
Tumeurs, affections malignes ou cancer	47	8	39
Cœur et vaisseaux sanguins	42	16	26
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	30	20	10
Affections psychiques	26	14	12
Diabète, intolérance au glucose	24	22	2
Reins ou voies urinaires	15	6	9
Système nerveux et cerveau	13	9	4
Système respiratoire	11	5	6
Maladies système ou auto-immunitaire	7	2	5
Système digestif ou ventre	6	1	5
Sang et ganglions lymphatiques	4	0	4
Muscles et articulations	4	2	2
Autres affections	3	0	3
Handicap	2	2	0
Maladies infectieuses ou parasitaires	2	2	0
Peau	1	0	1
TOTAL	291	130	161

En 2025, l'activité a connu une progression marquée des surprimes examinées (+30 dossiers) et des refus (+9 dossiers). Cette évolution peut notamment s'expliquer par la forte augmentation du nombre de crédits hypothécaires octroyés en 2025 par rapport à 2024.

La polypathologie demeure la catégorie la plus fréquemment rencontrée, bien que son importance relative diminue par rapport à 2024. À l'inverse, les dossiers liés aux tumeurs, aux affections cardiovasculaires, aux affections psychiques ainsi qu'aux reins et voies urinaires enregistrent les plus fortes progressions.

Les tumeurs et affections malignes restent la catégorie la plus souvent associée à un refus d'assurance, tandis que le diabète et les troubles du métabolisme continuent de donner lieu majoritairement à l'application de surprimes. Dans l'ensemble, les résultats de 2025 témoignent d'une diversification des profils médicaux examinés et d'une augmentation du nombre de dossiers traités.

De manière générale, il convient de rappeler que les refus ne sont pas toujours « définitifs ». En effet, une compagnie peut proposer un ajournement jusqu'à un délai précis. Pour certaines maladies chroniques et certains types de cancer, ces délais sont définis dans la grille de référence instaurée par

le droit à l'oubli. Il se peut qu'une compagnie attende ainsi l'issue d'une opération, la fin d'un traitement ou le délai à partir duquel le risque diminue. Cette période d'attente peut aller de quelques mois à quelques années, selon le cas. Le candidat-assuré est dès lors invité, par la suite, à réintroduire une demande auprès de la compagnie concernée.

Comme chaque année, il est néanmoins impossible de tirer des conclusions univoques uniquement sur la base de ces 291 dossiers analysés, qui ne représentent en fin de compte qu'un bref échantillon du marché de l'assurance solde restant dû.

Un regard sur les surprimes examinées

En 2025, le Bureau du suivi a examiné 130 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui représente une augmentation substantielle de 30% par rapport à 2024. Parmi ces 130 dossiers, le Bureau du suivi a confirmé la décision des entreprises d'assurance dans 87 cas. Au cours de l'année écoulée, la proportion de décisions confirmées a donc été de 67%. On constate ainsi une légère baisse dans la convergence d'opinions, bien que le Bureau du suivi estime donc que les surprimes appliquées par les assureurs se justifient dans 2 cas sur 3. Voici leur répartition :

Tableau 3

Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Polypathologie	18
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	15
Cœur et vaisseaux sanguins	11
Affections psychiques	12
Tumeurs, affections malignes ou cancer	7
Reins ou voies urinaires	6
Système nerveux et cerveau	5
Système respiratoire	5
Diabète, intolérance au glucose	3
Muscles et articulations	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Maladies systémiques et auto-immunes	1
Système digestif et ventre	1
Autres affections	1
TOTAL	87

Dans 34 dossiers (26%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance. Sur ces 34 nouvelles propositions, 28 ont été suivies par les entreprises d'assurance, qui ont alors adapté les conditions du contrat en conséquence. À six reprises, donc, la compagnie n'a pas appliqué les conditions proposées par le Bureau. En définitive, le pourcentage de nouvelles propositions suivies reste élevé en matière de surprimes révisées, bien qu'il ait diminué par rapport à l'année précédent.

Dans certains cas, l'entreprise d'assurance constate, lors de la constitution de son dossier pour le Bureau du suivi, que la décision initiale peut être rectifiée et elle a alors formulé une nouvelle proposition à son candidat de sa propre initiative. Cette situation est survenue à neuf reprises cette année.

Au total, sur les 130 dossiers relatifs à des surprimes soumis à l'analyse du Bureau du suivi, 37 ont abouti à une réforme (28%).

Tableau 4

Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée	
Diabète, intolérance au glucose	15
Système nerveux et cerveau	3
Polypathologie	2
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	2
Handicap (héréditaire ou après accident)	2
Affections psychiques	1
Autres affections	1
TOTAL	28

Tableau 5

Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur	
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	3
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Tumeurs et affections cancéreuses malignes	1
Diabète, intolérance au glucose	1
Système nerveux et cerveau	1
Maladie infectieuse ou parasitaire	1
TOTAL	9

Comme chaque année, les surprimes relatives au diabète font l'objet d'un certain nombre de nouvelles propositions. En dehors de ce constat, il est difficile de déterminer quelles sont les affections plus susceptibles de déboucher sur une réforme, sur proposition du Bureau ou à l'initiative de l'assureur.

À noter que le Bureau du suivi doit être attentif aux règles relatives au droit à l'oubli, qui peut plafonner une surprime si toutes les conditions relatives à une pathologie reprise dans la grille de référence sont remplies. Cet argument d'ordre légal clôt tout débat, et les assureurs sont tenus de l'appliquer si toutes les conditions sont réunies.

Un regard sur les refus examinés

En 2025, le Bureau du suivi a examiné 161 refus d'assurance, soit 9 de plus qu'en 2024. Le Bureau du suivi a estimé dans 137 dossiers – soit 85% des cas – que le refus se justifiait d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance. Le pourcentage de refus jugés raisonnables d'un point de vue médical et au regard des techniques de l'assurance par le Bureau du suivi a ainsi augmenté de 5% par rapport à l'année précédente.

Tableau 6

Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Polypathologie	28
Tumeurs, affections malignes ou cancer	35
Cœur et vaisseaux sanguins	24
Affections psychiques	11
Reins ou voies urinaires	9
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	8
Système respiratoire	5
Maladies systémiques et auto-immunitaires	4
Sang et ganglions lymphatiques	3
Système digestif ou ventre	3
Système nerveux et cerveau	2
Muscles et articulations	2
Diabète, intolérance au glucose	1
Peau	1
Autres affections	1
TOTAL	137

La catégorie « polypathologie » est reléguée à la deuxième place, tandis que nous avons connu une recrudescence des demandes liées à des affections cancéreuses. La catégorie « métabolisme », qui se caractérise ici par les cas extrêmes d'obésité morbide, continue sa progression.

De manière générale, on peut estimer qu'un refus pour raisons médicales peut avoir trois causes :

- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à court terme paraît défavorable ;
- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à plus long terme paraît défavorable ;
- L'évolution ou le pronostic de la maladie est (encore) insuffisamment décrite par la science. Ceci peut être dû au manque de recul scientifique d'une maladie rare, de l'effet d'une (nouvelle) thérapie ou d'un traitement récent, la possibilité de stabilisation d'une affection, etc.

L'état de santé de tout un chacun pouvant évoluer au fil du temps, un refus n'est en théorie jamais définitif, comme en témoignent les ajournements appliqués par les assureurs, ou les délais prévus par le droit à l'oubli. Il est également possible que l'entreprise d'assurance refuse de proposer un contrat lorsque le candidat-assuré ne fournit pas tous les éléments médicaux demandés, de sorte que l'entreprise d'assurance concernée ne peut évaluer le risque. Lorsque le Bureau du suivi l'estime approprié, il énonce dans son avis que des éléments médicaux sont manquants pour évaluer adéquatement l'état de santé. Il invite dès lors la compagnie à demander les éventuels rapports complémentaires nécessaires à une analyse fiable de l'état de santé du candidat.

Dans 17 dossiers (11%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-preneur d'assurance. En 2025, seules 7 propositions du Bureau sur 17 ont réellement été suivies par les assureurs.

Tout comme cela a été le cas pour les surprimes, les entreprises d'assurance concernées ont pu revoir leur décision de refus lors de la préparation du dossier. Là où elle avait initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 7 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que 4% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce.

Au total, ce sont 14 refus qui ont finalement abouti à une réforme directe. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée	
Système digestif ou ventre	2
Affections psychiques	1
Métabolisme, hormones ou glandes	1
Diabète	1
Système nerveux ou cerveau	1
Polypathologie	1
TOTAL	7

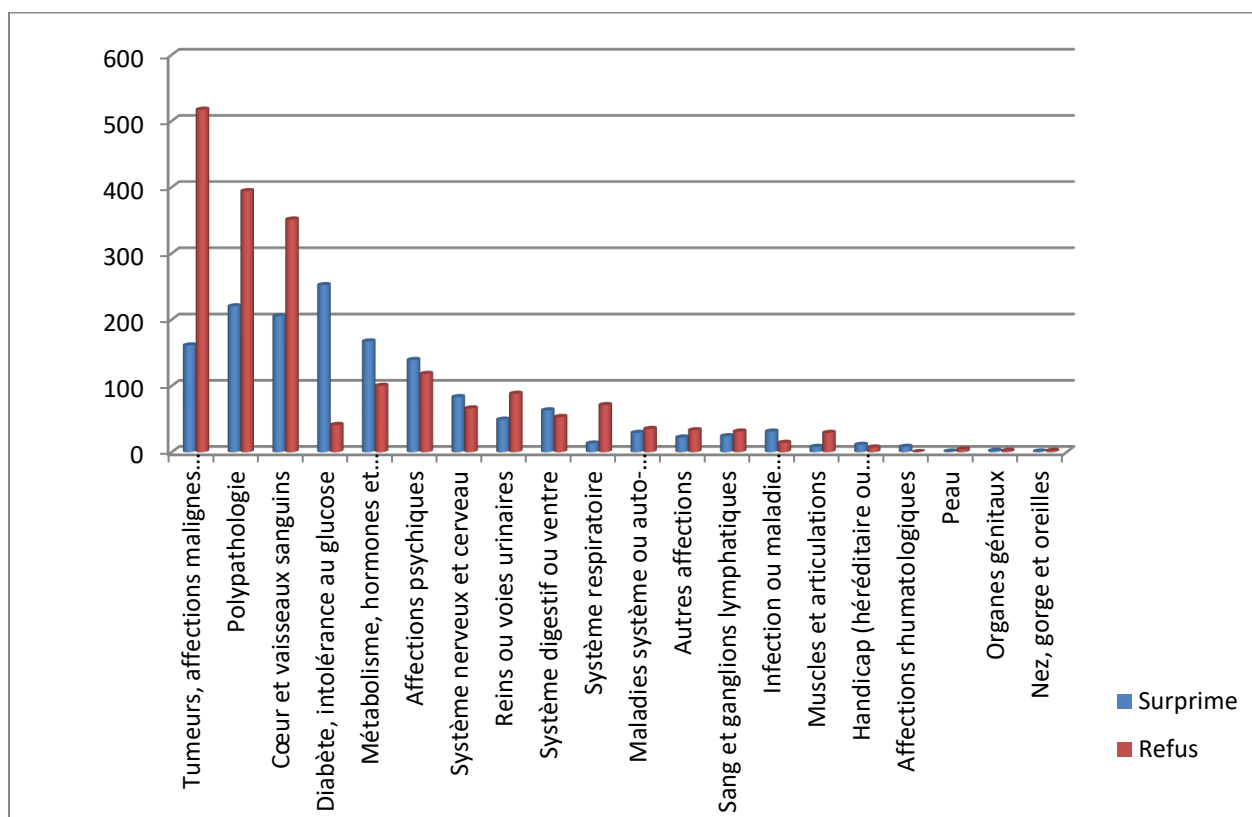
Tableau 8

Refus : nouvelle proposition de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	4
Système respiratoire	1
Maladies systémiques ou auto-immunes	1
Système nerveux ou cerveau	1
TOTAL	7

d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

Pathologie	Total	Surprim es	Refus
Tumeurs / cancers	678	161	517
Polypathologie	614	220	394
Cœur et vaisseaux	556	205	351
Diabète	293	252	41
Métabolisme / surpoids	267	167	100
Affections psychiques	257	139	118
Système nerveux	149	83	66
Reins / voies urinaires	137	49	88
Système digestif	116	63	53
Système respiratoire	84	13	71
Maladies auto-immunitaires	64	29	35
Autres affections	55	22	33
Sang / ganglions	55	24	31
Maladies infectieuses	45	31	14
Muscles / articulations	37	8	29
Handicap	18	11	7
Affections rhumatologiques	8	8	0
Peau	5	1	4
Organes génitaux	4	2	2
Nez, gorge, oreilles	3	1	2
TOTAL	3 445	1 489	1 956

Résultats globaux	Total	Surprimes	Refus
Dossiers recevables examinés	3 445	1 489	1 956
Décisions confirmées	2 743	1 116	1 627
% du total	79,6 %	74,9 %	83,2 %
Réforme acceptée	407	244	163
% du total	11,8 %	16,4 %	8,3 %
Réforme non acceptée	77	27	50
% du total	2,2 %	1,8 %	2,6 %
Proposition de l'assureur	218	102	116
% du total	6,3 %	6,9 %	5,9 %



L'analyse cumulée des demandes examinées entre 2015 et 2025 confirme la prédominance des tumeurs, affections malignes ou cancers (678 dossiers), suivies par la polypathologie (614 dossiers) et les affections liées au cœur et aux vaisseaux sanguins (556 dossiers). Ces trois catégories représentent à elles seules plus de la moitié des dossiers traités, illustrant leur poids majeur dans les activités du Bureau du suivi.

Sur l'ensemble de la période, 3 445 dossiers recevables ont été examinés. La décision initiale de l'assureur a été confirmée dans 79,6 % des cas, ce qui témoigne d'une grande stabilité des évaluations réalisées.

Les propositions de réforme acceptées par les assureurs représentent 11,8 % des dossiers examinés, tandis que les propositions non retenues ne concernent que 2,2 % des dossiers. Ces chiffres montrent que le dialogue entre le Bureau du suivi et les assureurs aboutit le plus souvent à une solution acceptable lorsqu'une révision de la décision est jugée nécessaire.

L'année 2025 s'inscrit globalement dans la continuité des exercices précédents. Les principales catégories de pathologies restent inchangées, avec une présence marquée des dossiers de polypathologie, de cancer et d'affections cardiovasculaires. Le taux élevé de confirmations des décisions démontre la stabilité du processus d'évaluation malgré l'évolution des profils médicaux soumis à l'examen.

L'analyse par type de décision montre des différences importantes selon les pathologies. Certaines catégories, comme le diabète ou les affections liées au métabolisme et au surpoids, donnent plus fréquemment lieu à des surprimes qu'à des refus. À l'inverse, les tumeurs, les affections respiratoires ou les pathologies rénales demeurent associées à une proportion élevée de refus. Cette répartition

reflète les différences de risque appréciées par les assureurs selon la nature et la gravité des affections concernées.

Sur plus de dix années d'activité, les statistiques mettent en évidence une grande stabilité des décisions, une collaboration efficace avec les assureurs et une répartition des pathologies relativement constante dans le temps. Les chiffres de 2025 confirment les tendances observées au cours des années précédentes et ne révèlent pas de modification structurelle majeure dans la nature des dossiers examinés ni dans les résultats des interventions du Bureau du suivi.

2. Délai de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, le Bureau du suivi vérifie entre autres si :

- elle concerne une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base ou un refus en raison de l'état de santé du candidat-assuré
- le but de l'assurance est de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique

Une fois qu'il est clairement établi que la demande est recevable, l'entreprise d'assurance a deux semaines pour fournir au Bureau du suivi tous les éléments dont elle dispose et qui sont nécessaires à l'examen du dossier. Il est demandé à l'entreprise d'assurance de motiver sa décision de manière circonstanciée et de compléter le dossier par les éléments médicaux que le candidat-assuré lui a fournis.

Le Bureau du suivi constate que le délai de réponse est stable par rapport aux années précédentes. Globalement, l'entreprise d'assurance fournit les renseignements requis endéans le délai imparti de 15 jours.

Dès que le dossier est complet, le Bureau du suivi dispose à son tour d'un délai de 15 jours ouvrables afin d'examiner la demande introduite.

D'ordinaire, le Bureau du suivi traite les dossiers endéans ledit délai. Néanmoins, dans certains cas où le Bureau du suivi demande des informations complémentaires ou des précisions, le délai de traitement peut se voir rallongé. De manière générale, la gestion complète d'un dossier prend environ un mois.

Au fil du temps, une routine et une méthodologie se sont mises en place et le Bureau du suivi constate également que tous les intéressés (entreprises d'assurance, membres du Bureau, secrétariat) poursuivent cette évolution positive manifeste.

III. Questionnaires médicaux

De manière générale, les questionnaires médicaux des entreprises d'assurance ont été soumis à l'analyse du Bureau du suivi dans l'année qui a suivi son entrée en vigueur, en 2015, et dans une moindre mesure en 2016. Depuis lors, le Bureau a principalement reçu deux types de demandes :

- Des modifications apportées à un questionnaire médical par un assureur, qui en informe le Bureau du suivi en vue de son approbation.
- L'analyse et l'approbation de questionnaires médicaux électroniques mis en place par un certain nombre d'entreprises d'assurance.

En 2025, le Bureau du suivi a été sollicité par trois entreprises d'assurance afin de se prononcer sur des modifications ou des ajouts dans des questionnaires médicaux existants.

Il peut arriver qu'une question attire l'attention d'un candidat lorsqu'il remplit un questionnaire, ou qu'un membre du Bureau du suivi remarque un passage non conforme au cours de l'analyse d'un dossier. Dans ce cas, le Bureau du suivi ne manque pas de le signaler à l'instance concernée et demande de rectifier le passage en question.

En cas de problèmes persistants et à défaut de réaction de la part de l'entreprise ou de l'intermédiaire concerné, le Bureau du suivi se réserve le droit d'interpeller la FSMA, autorité de contrôle du secteur. La FSMA peut en outre être sollicitée, en dernier recours, lorsque les membres du Bureau du suivi relèvent des manquements récurrents dans les motivations et les dossiers préparés par une entreprise d'assurance.

Il convient de rappeler que l'analyse d'un questionnaire médical relève d'un équilibre délicat entre la vie privée du candidat-assuré et la nécessité de l'entreprise d'assurance de pouvoir évaluer adéquatement le risque à assurer. Rappelons également qu'un questionnaire médical a finalement pour but d'aider le candidat-assuré à remplir son obligation de déclaration tel que prévu légalement.

IV. Rapport du Data Protection Officer

Comme l'ensemble des instances concernées, le Bureau du suivi doit respecter les dispositions du Règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD). Étant donné que les membres et le secrétariat sont amenés, dans l'analyse ou l'encodage des dossiers, à traiter des données médicales, le service a pris les mesures additionnelles qui s'imposent. Il convient toutefois de signaler qu'au vu du caractère hautement sensible de certaines données, les précautions de rigueur s'appliquaient déjà auparavant.

Un délégué à la protection des données, également appelé Data Protection Officer (DPO), veille au respect des règles en matière de protection des données. Le DPO fait directement rapport au président du Bureau et dispose de moyens suffisants (en temps, en ressources humaines et matérielles et en budget).

Le DPO est bien évidemment le point de contact obligatoire en cas de fuite de données, mais également la personne de référence pour les questions de la part des parties concernées (personnes reprises, membres et secrétariat, voire autorités) relatives au traitement des données par le Bureau.

Hormis ces mesures bien précises et imposées, l'entrée en vigueur du RGPD n'a dès lors pas bouleversé le fonctionnement du Bureau. En effet, dès la création du service, au vu du caractère sensible des données traitées, la plupart de ces pratiques étaient déjà mises en place.

Le DPO peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@bureaudusuivi.be, ou par courrier postal adressé au Bureau du suivi.

V. Collaboration KCE – Bureau du suivi dans le cadre du droit à l’oubli

Pour rappel, la législation prévoit un droit à l’oubli pour certaines assurances solde restant dû, offrant aux personnes qui sont depuis 5 ans déclarées guéries d’une affection cancéreuse, l’occasion de souscrire une assurance sans surprime liée à ces antécédents. Cette loi établit également des délais d’attente réduits pour certaines pathologies (cancéreuses ou chroniques) énoncées dans deux grilles de référence. Le KCE réévaluera tous les deux ans les grilles de référence, en fonction des progrès médicaux et des données scientifiques disponibles, et communiquera une proposition d’adaptation de ces grilles au Bureau du suivi de la tarification. Le Bureau du suivi devra ensuite les communiquer, assorties de son propre avis, aux autorités politiques compétentes qui décideront finalement d’acter ou non les modifications proposées.

En 2025, le sujet d’étude a été le cancer de la thyroïde. Au cours de ce processus, les chercheurs du KCE ont examiné dans quelle mesure et sous quelles conditions cette affection pouvait être reprise dans les grilles de référence. Ce travail a abouti à la publication d’un rapport en 2026 reprenant une série de propositions en vue d’adapter les grilles de référence en conséquence.

VI. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

L'assurance solde restant dû doit concerner un prêt hypothécaire pour l'habitation propre et unique. De plus, cette assurance solde restant dû doit avoir été refusée pour des raisons de santé ou la surprime doit être supérieure à 75% (de la prime de base) en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

L'entreprise d'assurance indiquera dans sa lettre de décision si ces conditions sont remplies.

- Comment ?

Le candidat-prenneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances ou un des membres du Bureau du suivi peuvent introduire une demande d'examen.

Les éléments suivants sont nécessaires afin de pouvoir entamer l'analyse de la décision :

- Une **demande** d'examen adressée au Bureau du suivi ;
- Une copie ou un scan de la **décision de l'assureur** (proposition de surprime ou refus)
- Une **autorisation** (exemplaire disponible sur le site, fournir l'original par la poste avec une copie recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées). Avec ce document, le Bureau du suivi peut demande le dossier médical du candidat-assuré. Le document comporte également une déclaration expresse que l'assurance solde restant dû couvre un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique et qu'il est possible que le Bureau du suivi puisse se renseigner à ce propos auprès du Cadastre.

La demande d'examen doit être introduite par écrit, par la poste, courriel ou par [le formulaire de contact](#) sur le site internet.

Coordonnées de contact

Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles

info@bureaudusuivi.be

www.bureaudusuivi.be

Tél. : 02 547 57 70

Fax : 02 547 59 75

E.R. Bruno Bulthé, Président, *Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*.

D/2019/13.852/1

Een Nederlandstalige versie is beschikbaar in Pdf-formaat op de website <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/nl/publicaties>



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

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles