



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

## ***Rapport annuel d'activité***

***2016***

## ***Tables des matières***

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Avant-propos .....                                            | 3  |
| I.    Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi ..... | 4  |
| 1.    Présentation .....                                      | 4  |
| 2.    Fonctionnement .....                                    | 5  |
| 3.    Constatations.....                                      | 6  |
| Un apprentissage continu .....                                | 6  |
| Une stabilisation du fonctionnement.....                      | 6  |
| II.   Résultats .....                                         | 8  |
| 1.    Chiffres .....                                          | 8  |
| a.    Introduction.....                                       | 8  |
| b.    Vue globale .....                                       | 9  |
| c.    Les demandes examinées plus en détail .....             | 10 |
| Un regard sur les surprimes examinées .....                   | 11 |
| Un regard sur les refus examinés .....                        | 13 |
| d.    Résultats globaux 2015 et 2016 à la loupe.....          | 15 |
| 2.    Délai de gestion .....                                  | 17 |
| III.  Questionnaires médicaux.....                            | 18 |
| IV.   Point d'attention .....                                 | 19 |
| V.    Contact et procédure .....                              | 20 |

### Avant-propos

Le Bureau du suivi a connu sa deuxième année d'activité en 2016.

Il devient ainsi possible, pour la première fois, de comparer certaines conclusions avec la première année de fonctionnement.

Étant donné que le Bureau du suivi traite des dossiers médicaux individuels et ne lance une analyse que sur demande explicite, la comparaison de données chiffrées doit bien entendu s'effectuer avec une certaine prudence.

Tel qu'avancé dans le rapport d'activité de 2015, le fonctionnement du Bureau du suivi a connu une amélioration positive en 2016. Il ressort de cette année que le Bureau a surmonté les premières épreuves liées à sa création. Les délibérations se déroulent dans un cadre ouvert et constructif et les dossiers sont examinés en profondeur. La nouvelle nomination d'un médecin auprès de la représentation des patients est venue renforcer ladite délégation et signifie une meilleure répartition de la préparation et de la délibération des dossiers. De même, le remplacement des représentants des consommateurs démissionnaires a été mené à bien.

Les chiffres issus de cette deuxième année d'activité démontrent que le Bureau du suivi joue indéniablement son rôle dans l'accessibilité de l'assurance solde restant dû. En effet, parmi les dossiers recevables au cours des deux années de fonctionnement écoulées, environ 1 sur 6 a fait l'objet d'une révision suite à l'intervention du Bureau du suivi qui, fort de ce constat, a entamé l'année 2017 avec confiance.

Dans le cadre de ses compétences, le Bureau du suivi observe que l'application du critère de « l'habitation propre et unique » n'est pas toujours évidente. Le Bureau recommande qu'une attention particulière soit accordée à ce point, dans le cadre de l'évaluation biennale prévue par la loi. Une précision semble appropriée dans les cas où une personne souhaitant emprunter en vue d'acquérir une habitation possède déjà un autre bien qu'elle a l'intention de vendre.

*Bruno Bulthé*  
*Président*

## I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

### 1. Présentation

Le Bureau du suivi est composé de 4 membres effectifs et de 4 membres suppléants. Il est présidé par un magistrat indépendant. Le Président et les membres sont nommés pour 6 ans.

Le Bureau est constitué comme suit :

- 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 ;
- Un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.
- Un secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique.

Ce secrétariat fait également office de point de contact pour le consommateur. En 2016 également, nombreux sont les candidats-assurés, mais aussi intermédiaires en assurances, qui ont pris contact avec le secrétariat avec des questions concernant notamment la procédure à suivre afin d'introduire une demande d'examen.

Le Bureau est investi de deux missions clairement définies par la loi.

D'une part, le Bureau du suivi peut examiner 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. Pour que le Bureau puisse intervenir, l'assurance en question doit être liée à un crédit hypothécaire dont l'objet est l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique.

D'autre part, le Bureau du suivi a pour tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions posées dans les questionnaires médicaux utilisés par les entreprises d'assurance.

Le Bureau du suivi est composé paritairement. Les différentes délégations utilisent généralement un roulement des membres entre représentants effectifs et suppléants.

En 2016, le Bureau du suivi s'est réuni 25 fois en séance de délibération, d'ordinaire chaque quinzaine dans le but de répondre à l'obligation légale stipulant qu'un avis doit être émis dans les 15 jours ouvrables dès réception du dossier complet.

## 2. Fonctionnement

Le Bureau du suivi vérifie que la décision prise par une entreprise d'assurance se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance, et ce à la requête du candidat-prenneur d'assurance, de l'Ombudsman des Assurances ou d'un membre du Bureau proprement dit.

Pour ce faire, dans chaque dossier soumis à son analyse, le Bureau du suivi demande à l'assureur concerné sa motivation spécifique et le dossier médical qui a été transmis et devra dans chaque cas individuel indiquer les éléments spécifiques qui l'ont amené à prendre cette décision. La décision prise par l'entreprise d'assurance doit aussi être étayée par des études et statistiques pertinentes

Sur la base de ces éléments apportés, le Bureau du suivi examinera si la décision peut s'objectiver compte tenu du dossier médical et de la technique assurantielle.

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, avec le recul, que la situation médicale d'une personne individuelle évolue autrement (positivement ou négativement).

### 3. Constatations

#### Un apprentissage continu

Dans chaque dossier, une évaluation réfléchie doit être faite à partir de l'état de santé individuel et du matériel statistique apporté. Sur cette base, un pronostic plus général et l'évolution potentielle de l'état de santé est recherché.

Dans le rapport d'activité de 2015, le Bureau du suivi notait la constante amélioration de l'argumentation des décisions des entreprises d'assurance au fil du temps. Cette tendance s'est confirmée en 2016.

Au cours de l'analyse des dossiers, le Bureau du suivi relève régulièrement des changements positifs dans la motivation des entreprises d'assurance sur le plan qualitatif. L'expérience desdites entreprises ainsi que les commentaires du Bureau du suivi leur permettent de perfectionner leur méthode de travail. Le Bureau du suivi est sensible à la qualité des pièces de motivation et continue à en assurer le suivi. Il est à ce titre épaulé par la fédération professionnelle du secteur, Assuralia, qui sensibilise ses membres en la matière et les aide à développer leur motivation si nécessaire.

Les connaissances techniques et médicales évoluent. La publication de nouvelles études peut remettre certaines positions en question. Il est par conséquent souhaitable que le matériel de référence soit le plus récent possible. Or, un paradoxe survient : une étude récente dont le champ recouvre une période de 20 ans n'évaluera pas les techniques de traitement les plus récentes. En effet, les résultats à long-terme que fournissent ces techniques et l'impact sur l'assurabilité ne sont pas encore connus.

#### Une stabilisation du fonctionnement

En 2016, 488 demandes d'intervention ont été adressées au Bureau du suivi, parmi lesquelles 359 ont été jugées recevables et examinées.

En 2016, le Bureau a proposé d'ajuster la décision initiale dans environ 18% des dossiers recevables.

Il ressort des chiffres transmis par Assuralia, l'association professionnelle des assureurs, que 281.182 personnes ont souscrit une assurance solde restant dû destinée à couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique en 2016. Ce chiffre comprend 17.087 personnes (6,1%) ayant payé une surprime médicale. Dans 3.249 cas, la surprime médicale était supérieure à 75% par rapport à la prime de base.

Le nombre de demandes soumises à l'examen du Bureau du suivi demeure relativement restreint eu égard au marché dans son ensemble.

Le Bureau du suivi peut uniquement traiter les dossiers pour lesquels un examen a été demandé. Le candidat-prenneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances ou un membre du Bureau peut introduire une demande d'analyse. Il convient de noter que les demandes concernent souvent des

personnes ayant un passif médical très particulier et sensible qui ne peuvent pas souscrire d'assurance solde restant dû ou uniquement moyennant surprime supérieure à 75%.

En outre, la législation prévoit un mécanisme de solidarité qui fait en sorte de plafonner les surprimes financièrement très élevées à 125% de la prime de base, ce qui rend les assurances solde restant dû plus abordables<sup>1</sup>. Tel que prescrit légalement, le mécanisme de la Caisse de compensation prend automatiquement effet, sans que le preneur d'assureur ne doive introduire une demande d'analyse de sa surprime auprès du Bureau du suivi. Bien entendu, il est possible qu'un candidat-preneur d'assurance se satisfasse du plafonnement de la surprime à 125% sans consulter le Bureau du suivi.

Il reste difficile, après deux ans, de tirer une conclusion générale à propos de l'application de législation visant à améliorer l'accès à l'assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de décès accru. Le Bureau du suivi n'examine en effet des dossiers individuels que lorsqu'il est enjoint à le faire.

Le Bureau du suivi examine minutieusement les dossiers et vérifie si la décision de l'assureur se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance. À quelques rares exceptions près, le Bureau se prononce de manière consensuelle dans les dossiers analysés. Soit le Bureau peut conseiller de réformer la décision et de proposer une assurance moyennant surprime (moindre) au candidat-preneur d'assurance, soit il juge que la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée est fondée. Par conséquent, le Bureau du suivi a un rôle régulateur mais peut également, de par son analyse neutre et objective, informer le candidat-preneur d'assurance à propos du bien-fondé de la décision prise par l'entreprise d'assurance.

Il convient de souligner à nouveau que les demandes introduites auprès du Bureau du suivi sont (potentiellement) très diverses et complexes. D'une part, la situation médicale des candidats-preneurs d'assurance qui s'adressent au Bureau du suivi présentent des différences considérables. D'autre part, les assureurs se distinguent également par leur politique d'acceptation et de prime. Il peut s'avérer judicieux, pour un candidat-assuré, de consulter plusieurs entreprises d'assurance à titre comparatif.

---

<sup>1</sup> La Caisse de compensation intervient si la surprime réclamée s'élève à plus de 125 % de la prime de base, sans que son intervention ne puisse dépasser 800 % de la prime de base. (Art. 28, AR du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, MB 10 juin 2014)

## II. Résultats

### 1. Chiffres

#### a. Introduction

Le Bureau du suivi analyse la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée et a la possibilité de soit adhérer à la décision, soit proposer une autre décision.

En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle 16/2011, il n'est pas possible d'obliger une entreprise d'assurance (ou un preneur d'assurance) de souscrire une assurance solde restant dû et la liberté de contracter subsiste<sup>2</sup>.

Une assurance est un contrat basé sur un aléa : il doit subsister un élément d'incertitude.

Suivant que le risque (relatif) de décès augmente, il est de moins en moins répondu à cette condition de fait aléatoire afin de pouvoir encore parler d'assurance.

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.

En 2016, une nouvelle proposition émanant du Bureau du suivi n'a pas été suivie par l'assureur dans 6 dossiers. Lorsqu'un tel cas de figure se présente, le candidat-prenneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

---

<sup>2</sup> Question parlementaire du 28 décembre 2015 de Madame Leen Dierick.

## b. Vue globale

En 2016, le Bureau du suivi a reçu 488 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 215 demandes relatives à des suppressions et 273 relatives à des refus d'assurance.

Parfois, l'assureur propose au candidat-prenneur d'assurance de revoir le dossier plus tard avec de nouvelles données médicales et l'on parlera alors d'un ajournement de la décision.

Le Bureau du suivi considérera un ajournement comme un refus d'assurance, vu que l'assureur n'est pas (encore) disposé à offrir une assurance.

Le Bureau du suivi a examiné lors de chaque demande quel type de pathologie était à l'origine de la surprime ou du refus et a regroupé les pathologies par catégories. Pour les dossiers où plus d'une affection était à l'origine de la décision, la catégorie 'poly-pathologie' a été créée.

Les données statistiques exposées concernent des demandes introduites entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016 et elles ont été clôturées au 1<sup>er</sup> mars 2017.

Tableau 1

| Aperçu des demandes introduites<br>2015 – 2016                                 | 2015  |          |       | 2016  |          |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|
|                                                                                | Total | Surprime | Refus | Total | Surprime | Refus |
| Demandes introduites                                                           | 547   | 288      | 259   | 488   | 215      | 273   |
| Demandes incomplètes                                                           | 85    |          |       | 71    |          |       |
| Demandes irrecevables                                                          | 68    |          |       | 58    |          |       |
| Demandes recevables et<br>examinées                                            | 394   | 192      | 202   | 359   | 137      | 222   |
| Décisions confirmées par le<br>Bureau du suivi                                 | 335   | 163      | 172   | 296   | 106      | 190   |
| Nouvelles propositions<br>formulées par le Bureau du suivi                     | 35    | 15       | 20    | 46    | 26       | 20    |
| Nouvelles propositions<br>formulées par l'assureur après<br>demande de dossier | 24    | 14       | 10    | 17    | 5        | 12    |

Dans 58 cas, le Bureau du suivi a estimé que la demande soumise était irrecevable. Dans ces cas, la surprime médicale ne dépassait pas les 75% de la prime de base, la décision était antérieure à l'entrée en vigueur du Bureau du suivi<sup>3</sup> ou l'assurance ne servait pas à la couverture de l'habitation propre et unique. Cependant, il n'arrive pratiquement plus qu'un candidat-prenneur d'assurance se présente au Bureau du suivi avec une proposition antérieure à sa création.

<sup>3</sup> Le Bureau du suivi est entré en fonction le 30 décembre 2014, ceci est la date de publication de son règlement d'ordre intérieur au Moniteur belge.

### c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de 2016, le Bureau du suivi a analysé 359 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 les 359 dossiers examinés, 137 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 222 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

| Catégories de maladies analysées en 2016    | Totaal     | Bijpremie  | Weigering  |
|---------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer      | 84         | 20         | 64         |
| Polypathologie                              | 68         | 16         | 52         |
| Cœur et vaisseaux sanguins                  | 57         | 19         | 38         |
| Diabète, intolérance au glucose             | 28         | 23         | 5          |
| Affections psychiques                       | 24         | 14         | 10         |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids) | 23         | 10         | 13         |
| Système nerveux et cerveau                  | 17         | 7          | 10         |
| Système digestif ou ventre                  | 16         | 10         | 6          |
| Reins ou voies urinaires                    | 11         | 5          | 6          |
| Système respiratoire                        | 8          | 2          | 6          |
| Maladies du système et auto-immunitaires    | 6          | 2          | 4          |
| Muscles et articulations                    | 6          | 1          | 5          |
| Sang et ganglions lymphatiques              | 4          | 4          | 0          |
| Infection ou maladie parasitaire            | 4          | 2          | 2          |
| Organes génitaux                            | 2          | 1          | 1          |
| Affections rhumatologiques                  | 1          | 1          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>359</b> | <b>137</b> | <b>222</b> |

Plus de la moitié des surprimes examinées se rapportent à des types de cancer, à une combinaison d'affections (polypathologie), à une affection cardiaque ou des vaisseaux sanguins, ou au diabète.

Comme en 2015, les trois types de maladies les plus fréquents pour les refus examinés sont les types de cancer, la catégorie polypathologie et les affections cardiaques et des vaisseaux sanguins. Ces affections représentent environ 70% des refus examinés.

En 2015, le Bureau du suivi a examiné 40 dossiers appartenant à la catégorie polypathologie, dont 25 refus. En 2016, ce chiffre a augmenté, passant à 68 dossiers dont 52 refus.

Au vu de la hausse significative dans ladite catégorie, le nombre de dossiers complexes semble avoir augmenté par rapport à l'année précédente.

Au vu du caractère individuel de chaque demande examinée, il est impossible de comparer ces 359 dossiers personnels qui ont été analysés distinctement et de pouvoir en tirer des conclusions univoques, uniquement sur la base des éléments de motivation et de la décision prise par le Bureau du suivi. Ceci pourrait d'une part engendrer de fausses attentes et, d'autre part, également mener à des déductions erronées.

### Un regard sur les surprimes examinées

En 2016, le Bureau du suivi a examiné 137 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui constitue une diminution de 29% par rapport aux surprimes analysées en 2015. Après examen, il s'est avéré dans 106 dossiers (77%) que la décision de l'entreprise d'assurance d'appliquer une surprime médicale se justifiait raisonnablement et a dès lors été suivie par le Bureau du suivi.

Tableau 3

| Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Diabète, intolérance au glucose                               | 18 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                        | 17 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                                    | 15 |
| Polypathologie                                                | 14 |
| Métabolisme, hormones et glandes                              | 10 |
| Affections psychiques                                         | 9  |
| Système digestif ou ventre                                    | 6  |
| Système nerveux et cerveau                                    | 4  |
| Sang et ganglions lymphatiques                                | 3  |
| Reins ou voies urinaires                                      | 3  |
| Infection ou maladie parasitaire                              | 2  |
| Système respiratoire                                          | 1  |
| Organes génitaux                                              | 1  |
| Affections rhumatologiques                                    | 1  |
| Muscles et articulations                                      | 1  |
| Maladies du système et auto-immunitaires                      | 1  |

Dans 19% des dossiers (26 cas), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance. Dans 24 cas sur 26, l'assureur a été disposé à proposer un contrat aux conditions de cette nouvelle proposition. Ainsi, 92% des nouvelles propositions ont été acceptées par les entreprises d'assurance. Les deux propositions non suivies par les assureurs concernent une affection cardiaque ou des vaisseaux sanguins pour l'une, et un dossier dans la catégorie maladies du système et auto-immunitaires pour l'autre.

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 d'initiative une nouvelle proposition à son candidat.

Ainsi, dans 5 cas (3,7%) le Bureau du suivi a été informé que l'assureur recontactait le demandeur avec une nouvelle proposition.

Au total, ce sont 29 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés suite à la demande de justification du Bureau du suivi.

Tableau 4

| <b>Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée</b> |   |
|------------------------------------------------------------------|---|
| Affections psychiques                                            | 5 |
| Diabète, intolérance au glucose                                  | 5 |
| Système digestif ou ventre                                       | 4 |
| Système nerveux et cerveau                                       | 3 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                                       | 2 |
| Reins ou voies urinaires                                         | 2 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                           | 2 |
| Polypathologie                                                   | 1 |

Tableau 5

| <b>Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur</b> |   |
|---------------------------------------------------------------|---|
| Ademhalingsstelsel                                            | 1 |
| Bloed of lymfeklieren                                         | 1 |
| Hart en bloedvaten                                            | 1 |
| Polypathologie                                                | 1 |
| Tumoren, kwaadaardige aandoeningen of kanker                  | 1 |

Vu les catégories d'affections très diverses parmi lesquelles tant le Bureau du suivi que les assureurs concernés ont fait une nouvelle proposition de surprime, il n'est pas possible de déterminer l'un ou l'autre type d'affection plus susceptible de faire l'objet d'une nouvelle proposition par le Bureau du suivi.

### Un regard sur les refus examinés

En 2016, le Bureau du suivi a examiné 222 refus d'assurance, ce qui représente une hausse de 8% des refus examinés par rapport à 2015.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 190 dossiers – soit 85% des cas – que le refus se justifiait d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

La proportion de refus jugés raisonnables par le Bureau du suivi n'a pratiquement pas évolué par rapport à 2015.

Tableau 6

| Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                    | 60 |
| Polypathologie                                            | 46 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                                | 33 |
| Métabolisme, hormones et glandes                          | 10 |
| Affections psychiques                                     | 7  |
| Reins ou voies urinaires                                  | 6  |
| Système respiratoire                                      | 5  |
| Muscles et articulations                                  | 5  |
| Système digestif ou ventre                                | 5  |
| Diabète, intolérance au glucose                           | 5  |
| Système nerveux et cerveau                                | 3  |
| Infection ou maladie parasitaire                          | 2  |
| Maladies du système et auto-immunitaires                  | 2  |
| Organes génitaux                                          | 1  |

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 d'évidence scientifique d'une maladie rare, de l'effet d'une (nouvelle) thérapie ou un traitement récent, la possibilité de stabilisation d'une affection, etc.

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 à ce que l'entreprise d'assurance concernée n'a pu évaluer le risque.

Ainsi, il serait peut-être conseillé dans certains cas, que l'assureur rappelle sa demande de pièces médicales manquantes dans sa lettre de refus.

Dans 20 dossiers (9%) le Bureau du suivi a établi une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance.

Néanmoins, 4 propositions parmi les 20 n'ont pas 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 elles avaient initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 12 dossiers (5,4%) le Bureau du suivi a été informé que l'entreprise reprenait contact de sa propre initiative avec son candidat en formulant une nouvelle proposition.

Au total, ce sont 28 refus qui ont finalement pris la forme d'une proposition. Ces 28 nouvelles propositions ont été faites dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

| Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée |   |
|-------------------------------------------------|---|
| Système nerveux et cerveau                      | 4 |
| Polypathologie                                  | 3 |
| Affections psychiques                           | 2 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer          | 2 |
| Système respiratoire                            | 1 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                      | 1 |
| Système digestif ou ventre                      | 1 |
| Métabolisme, hormones et glandes                | 1 |
| Maladies du système et auto-immunitaires        | 1 |

Tableau 8

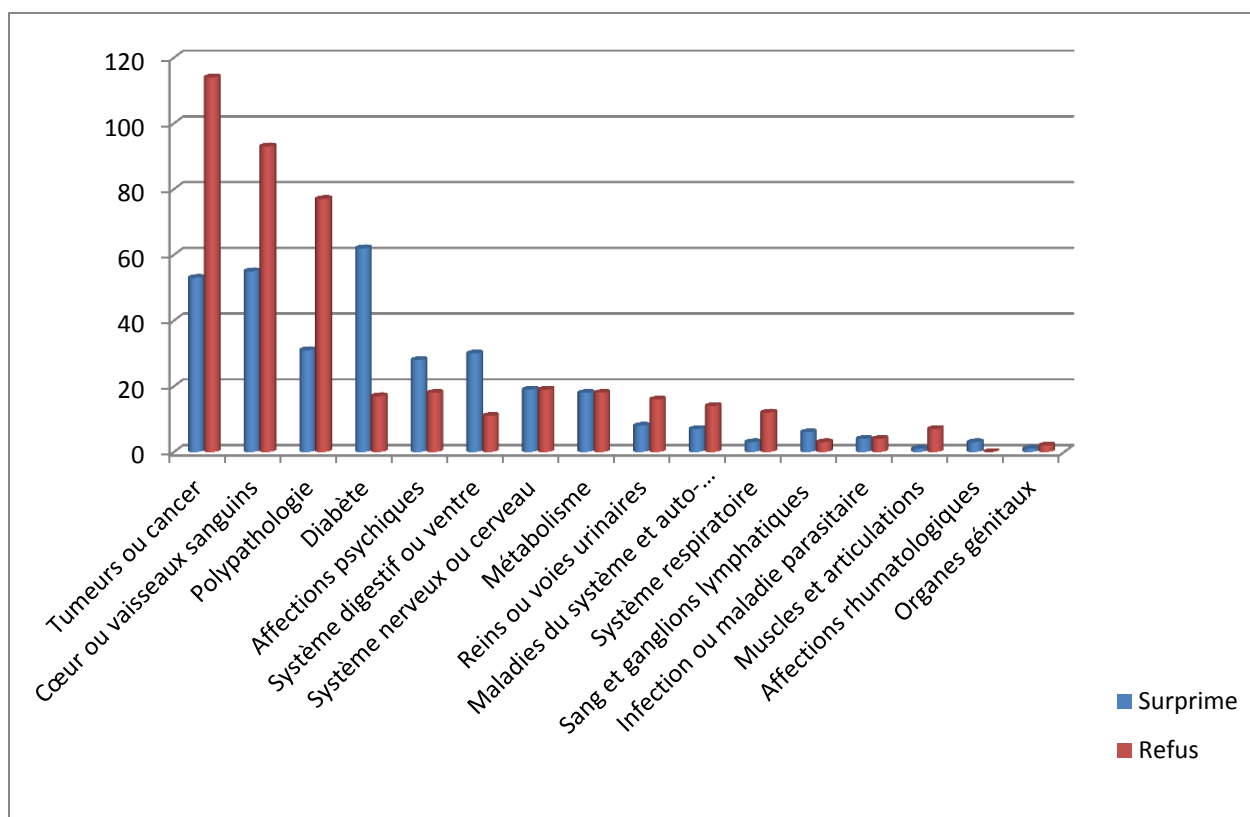
| Refus : nouvelle proposition de l'assureur |   |
|--------------------------------------------|---|
| Cœur et vaisseaux sanguins                 | 3 |
| Métabolisme, hormones et glandes           | 2 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer     | 2 |
| Système nerveux et cerveau                 | 2 |
| Maladies du système et auto-immunitaires   | 1 |
| Polypathologie                             | 1 |
| Affections psychiques                      | 1 |

Les 4 dossiers pour lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas suivi la proposition du Bureau du suivi concernent 2 cas de polypathologie, 1 cas d'affection cardiaque ou des vaisseaux sanguins et 1 cas d'affection du système nerveux et cerveau.

#### d. Résultats globaux 2015 et 2016 à la loupe

| 2 années cumulées : dossiers examinés en 2015 e 2016 |       |           |       |
|------------------------------------------------------|-------|-----------|-------|
| <i>Tableau 9</i>                                     |       |           |       |
| Pathologie                                           | Total | Surprises | Refus |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer               | 167   | 53        | 114   |
| Cœur et vaisseaux sanguins                           | 148   | 55        | 93    |
| Polypathologie                                       | 108   | 31        | 77    |
| Diabète, intolérance au glucose                      | 79    | 62        | 17    |
| Affections psychiques                                | 46    | 28        | 18    |
| Système digestif ou ventre                           | 41    | 30        | 11    |
| Système nerveux et cerveau                           | 38    | 19        | 19    |
| Métabolisme, hormones et glandes                     | 36    | 18        | 18    |
| Reins ou voies urinaires                             | 24    | 8         | 16    |
| Maladies du système et auto-immunitaires             | 21    | 7         | 14    |
| Système respiratoire                                 | 15    | 3         | 12    |
| Sang et ganglions lymphatiques                       | 9     | 6         | 3     |
| Infection ou maladie parasitaire                     | 8     | 4         | 4     |
| Muscles et articulations                             | 8     | 1         | 7     |
| Affections rhumatologiques                           | 3     | 3         | 0     |
| Organes génitaux                                     | 3     | 1         | 2     |
|                                                      | 754   | 329       | 425   |

| Résultats cumulés des deux années                   | Total  | Surprises | Refus  |
|-----------------------------------------------------|--------|-----------|--------|
| <i>Tableau 10</i>                                   |        |           |        |
| Nombre de dossiers recevables et demandes examinées | 754    | 329       | 425    |
| Confirmation de la décision par le Bureau du suivi  | 629    | 268       | 361    |
| % du total                                          | 83,42% | 81,46%    | 84,94% |
| Proposition de réforme (acceptée par assureur)      | 73     | 37        | 36     |
| % du total                                          | 9,68%  | 11,25%    | 8,47%  |
| Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)  | 8      | 4         | 4      |
| % du total                                          | 1,06%  | 1,22%     | 0,94%  |
| Nouvelle proposition émanant de l'assureur          | 41     | 19        | 22     |
| % du total                                          | 5,44%  | 5,78%     | 5,18%  |



D'un point de vue global, sur les années 2015 et 2016 confondues, il peut être observé que la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme bien-fondée dans 8 dossiers examinés sur 10. Cette proportion est légèrement plus élevée s'agissant des refus examinés par le Bureau du suivi. Par conséquent, globalement, environ 1 dossier sur 6 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi.

Concernant les types de maladie, on peut observer que le Bureau du suivi est le plus souvent sollicité par des candidats-assurés ayant des antécédents de cancer, une problématique cardiaque ou une combinaison d'affections (polypathologie). Ces trois catégories représentent 56% des dossiers analysés. Il s'agit également des catégories qui reviennent le plus fréquemment parmi les refus analysés. En effet, elles constituent à elles seules 67% de tous les refus.

Les surprimes les plus fréquemment analysées par le Bureau du suivi ont trait au diabète, aux affections cardiaques et des vaisseaux sanguins et à des types de cancer. Ces trois catégories représentent environ la moitié des surprimes examinées.

Les 6 types de maladie les plus fréquents en matière de surprimes (diabète, cœur, cancers, polypathologie, système digestif et affections psychiques) constituent 79% des examens réalisés.

## 2. Délai de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, sa recevabilité est examinée :

- Cela concerne-t-il 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-il de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique ?
- La décision à examiner, date-t-elle d'après l'entrée en vigueur du Bureau du suivi ?

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 il 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 s'est amélioré par rapport à 2015. 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 d'un délai de 15 jours ouvrables (3 semaines) 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, nous pouvons estimer que la durée moyenne de gestion d'un dossier prend environ 5 semaines afin de demander les informations nécessaires auprès de l'assureur, de disposer d'un dossier complet et de prendre une décision au sein du Bureau du suivi.

Les entreprises d'assurance nécessitent en moyenne 18 jours calendrier afin de constituer un dossier et d'éventuellement formuler une réponse à des questions complémentaires du Bureau du suivi. En 2015, 21 jours étaient nécessaires. Une fois le dossier complet, le Bureau du suivi se prononce en moyenne 16 jours calendrier plus tard.

Une routine et une certaine méthode de travail 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

Au cours de l'année 2016, le Bureau du suivi a à nouveau examiné les questionnaires médicaux d'un certain nombre d'assureurs parce que ceux-ci souhaitent y apporter quelques modifications.

Il convient de souligner 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 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.

Dans le cadre de l'analyse de questionnaires médicaux, il existe au sein du Bureau du suivi un consensus concernant les éléments qui n'ont pas leur place dans un questionnaire médical. Les éventuelles demandes d'adaptation de questionnaires médicaux sont également tranchées de manière consensuelle. À ce titre, le questionnaire sectoriel, soumis par Assuralia au Bureau du suivi et approuvé en 2015 une fois les adaptations requises intégrées, fait office de matrice.

Par le biais des dossiers introduits, le Bureau du suivi continue de superviser les questionnaires médicaux utilisés. Si un problème spécifique est relevé durant l'analyse du dossier, l'entreprise d'assurance sera interrogée à cet égard.

Le Bureau du suivi fait preuve de compréhension par rapport au fait que les adaptations demandées dans les questionnaires médicaux ne soient pas toujours faciles à appliquer dans le chef des entreprises d'assurance (tant sur le plan informatique qu'au niveau de l'impact sur la procédure d'acceptation propre à une entreprise).

En décembre 2016, toutes les entreprises d'assurance ayant soumis leurs questionnaires médicaux à analyse en 2015 ont été invitées à refournir leurs questionnaires médicaux actuels. Ainsi, le Bureau du suivi a pu obtenir un aperçu clair des questionnaires médicaux en circulation et vérifier, par la même occasion, si les adaptations demandées ont bel et bien été intégrées.

Là où la législation<sup>4</sup> prévoit un délai strict d'un mois pour l'examen et la prise de décision concernant les questionnaires médicaux soumis, force est de constater que ce délai semble parfois insuffisant dans la pratique.

En effet, l'analyse des questionnaires médicaux coïncide avec l'examen des dossiers soumis, mais il faut aussi chercher le consensus afin de convenir d'une proposition de reformulation.

---

<sup>4</sup> Art.4, 2° alinéa, AR du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

## IV. Point d'attention

### Critère de l'habitation propre et unique : une clarification nécessaire

Pour qu'un dossier introduit auprès du Bureau du suivi soit recevable, un certain nombre de conditions doivent être remplies. Il doit notamment s'agir d'une assurance solde restant dû demandée pour garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire souscrit en vue de l'acquisition ou de la rénovation de l'habitation (familiale) « propre et unique ».

En 2015, le Bureau du suivi relevait déjà que la législation ne précise pas ce que recouvre la notion de "l'habitation familiale propre et unique". Le rapport au Roi relatif à l'AR du 10 avril 2014 stipule uniquement qu'il a été décidé de ne pas reprendre la définition prévue par la législation fiscale

Pour ces raisons, le Bureau du suivi a sollicité l'avis tant du SPF Économie que de la FSMA quant à l'application du critère de « l'habitation (familiale) propre et unique ». Au sens strict, le candidat-assuré ne peut pas être déjà propriétaire d'une autre habitation. Dès lors, une clarification semble opportune dans le cas où une personne, au moment de souscrire un emprunt en vue d'acquérir une habitation, possède déjà un autre bien mais a l'intention de vendre ce-dernier après avoir emménagé dans le nouveau logement.

Le Bureau du suivi recommande qu'une attention particulière soit accordée à ce point dans le cadre de l'évaluation biennale prévue par la loi. Une précision de la notion de l'habitation familiale propre et unique semble s'imposer dans le cadre de la législation concernée.

## V. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

- À quel sujet?

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](mailto:info@bureaudusuivi.be)

[www.bureaudusuivi.be](http://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/2017/13.852/1

*Een Nederlandstalige versie is beschikbaar in Pdf-formaat op de website [www.opvolgingsbureau.be](http://www.opvolgingsbureau.be)*



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

de Meeûssquare, 35  
1000 Brussel