



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

## ***Rapport annuel d'activité***

***2017***

## ***Tables des matières***

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Avant-propos .....                                            | 3  |
| I.    Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi ..... | 4  |
| Un fonctionnement à vitesse de croisière .....                | 5  |
| II.   Résultats .....                                         | 6  |
| 1.  Chiffres .....                                            | 6  |
| a.  Introduction.....                                         | 6  |
| b.  Vue globale .....                                         | 7  |
| 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.   Contact et procédure .....                              | 19 |

### *Avant-propos*

Le Bureau du suivi connaît désormais sa troisième année d'activité.

Tel que je l'avançais dans les rapports d'activité de 2015 et 2016, le fonctionnement du Bureau du suivi a connu une amélioration positive. À présent, cette amélioration se poursuit.

Les délibérations se déroulent dans un cadre ouvert et constructif.

Je peux ainsi observer qu'en 2017, le fonctionnement du Bureau du suivi a atteint sa vitesse de croisière.

Sur la base des chiffres-clés nous pouvons constater que le Bureau du suivi joue indiscutablement son rôle dans l'accessibilité de l'assurance solde restant dû.

En effet, parmi les dossiers recevables, environ 1 dossier 5 a fait l'objet d'une proposition révisée, soit par le Bureau du suivi, soit à l'initiative de l'assureur concerné.

En 2017, l'évaluation biennale prévue par la loi a été entamée, et le Bureau du suivi y a apporté sa collaboration. Dans ce cadre, nous nous devons d'attendre le rapport de la Commission et les suites que le législateur y apportera.

*Bruno Bulthé*  
*Président*

## I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairement 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 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 Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique et fait office de point de contact pour le consommateur.

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 l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique.

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

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.

Comme d'ordinaire, en 2017, le Bureau du suivi s'est également réuni chaque quinzaine et a compté 28 séances de délibération. Dès lors, le Bureau a pu répondre à l'obligation légale de rendre son avis endéans 15 jours ouvrables dès réception du dossier complet.

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).

### *Un fonctionnement à vitesse de croisière*

En 2017, 454 demandes d'intervention ont été adressées au Bureau du suivi, parmi lesquelles 315 ont été jugées recevables et examinées.

En 2017, le Bureau a proposé d'ajuster la décision initiale dans environ 23% des dossiers recevables.

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.

## 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.

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 2017, une nouvelle proposition émanant du Bureau du suivi n'a pas été suivie par l'assureur dans 9 dossiers. Lorsqu'un tel cas de figure se présente, le candidat-prenneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

## b. Vue globale

En 2017, le Bureau du suivi a reçu 454 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 233 demandes relatives à des surprimes et 221 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 2017 et le 31 décembre 2017 et ont été clôturées au 1<sup>er</sup> mars 2018.

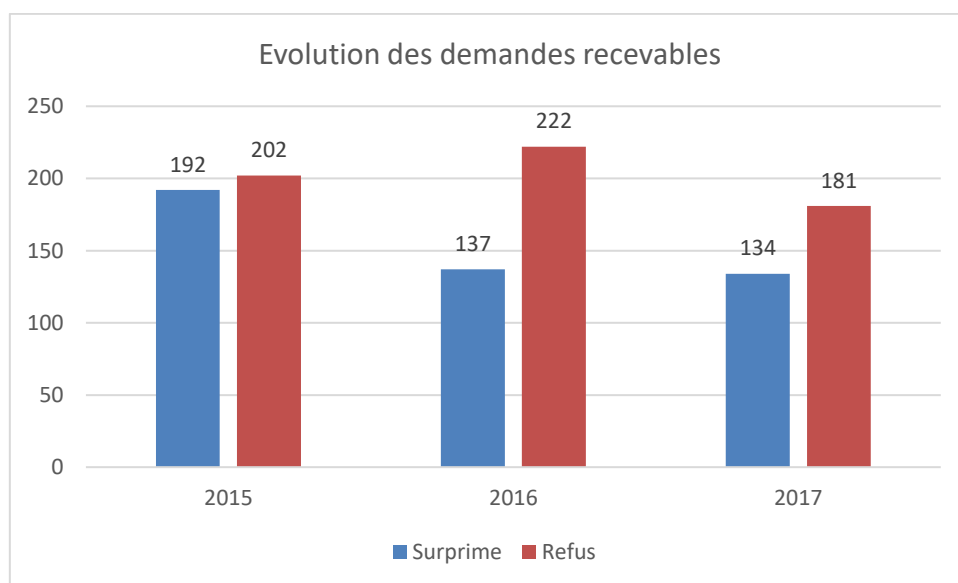
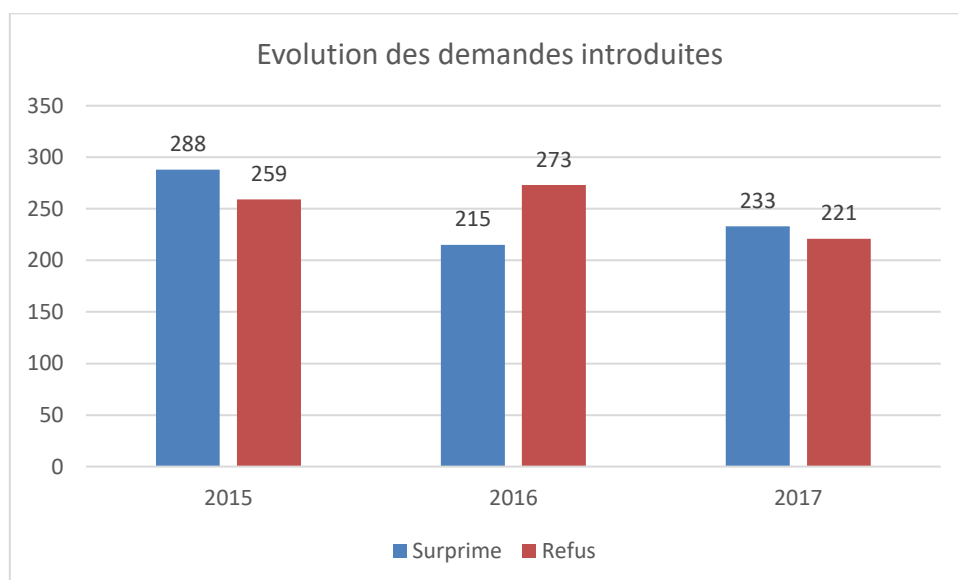


Tableau 1

| <b>Aperçu des demandes introduites<br/>2015 – 2016 - 2017</b>            | 2015       |            |            | 2016       |            |            | 2017       |            |            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                                                          | Total      | Surprime   | Refus      | Total      | Surprime   | Refus      | Total      | Surprime   | Refus      |
| Demandes introduites                                                     | <b>547</b> | <b>288</b> | <b>259</b> | <b>488</b> | <b>215</b> | <b>273</b> | <b>454</b> | <b>233</b> | <b>221</b> |
| Demandes incomplètes                                                     | 85         |            |            | 71         |            |            | 62         |            |            |
| Demandes irrecevables                                                    | 68         |            |            | 58         |            |            | 77         |            |            |
| Demandes recevables et examinées                                         | <b>394</b> | <b>192</b> | <b>202</b> | <b>359</b> | <b>137</b> | <b>222</b> | <b>315</b> | <b>134</b> | <b>181</b> |
| Décisions confirmées par le Bureau du suivi                              | 335        | 163        | 172        | 296        | 106        | 190        | 242        | 94         | 148        |
| Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi                  | 35         | 15         | 20         | 46         | 26         | 20         | 48         | 24         | 24         |
| Nouvelles propositions formulées par l'assureur après demande de dossier | 24         | 14         | 10         | 17         | 5          | 12         | 25         | 16         | 9          |

Dans 77 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 ou l'assurance ne servait pas à la couverture de l'habitation propre et unique.

Tel que relevé en 2016, il n'arrive pratiquement plus qu'un candidat-prenneur d'assurance se présente au Bureau du suivi avec une proposition antérieure à sa création.

Dans certains cas où la demande est déclarée irrecevable, il s'est avéré que la proposition d'assurance avec surprime a été acceptée au moment où l'intervention du Bureau du suivi est demandée. Lorsque le candidat-assuré accepte la proposition de surprime et souscrit l'assurance, le Bureau du suivi doit conclure que la demande d'examen est irrecevable.

### c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de 2017, le Bureau du suivi a analysé 315 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 315 dossiers examinés, 134 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 181 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

| Catégories de maladies analysées en 2017    | Total      | Surprime   | Refus      |
|---------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer      | 73         | 16         | 57         |
| Polypathologie                              | 54         | 19         | 35         |
| Cœur et vaisseaux sanguins                  | 45         | 17         | 28         |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids) | 28         | 16         | 12         |
| Diabète, intolérance au glucose             | 25         | 24         | 1          |
| Affections psychiques                       | 21         | 11         | 10         |
| Système digestif ou ventre                  | 16         | 7          | 9          |
| Système nerveux et cerveau                  | 13         | 5          | 8          |
| Reins ou voies urinaires                    | 13         | 3          | 10         |
| Système respiratoire                        | 8          | 2          | 6          |
| Maladies système ou auto-immunitaire        | 7          | 4          | 3          |
| Sang et ganglions lymphatiques              | 5          | 5          | 0          |
| Muscles et articulations                    | 3          | 2          | 1          |
| Handicap (héréditaire ou après accident)    | 2          | 1          | 1          |
| Organes génitaux                            | 1          | 1          | 0          |
| Affections rhumatologiques                  | 1          | 1          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>315</b> | <b>134</b> | <b>181</b> |

En 2017 aussi, 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.

Les trois types de maladies les plus fréquents pour les refus examinés restent, comme dans le passé, les types de cancer, la catégorie polypathologie et les affections cardiaques et des vaisseaux sanguins. Ces affections représentent 66% des refus examinés.

Au vu du caractère individuel de chaque demande examinée, il est impossible de comparer ces 315 dossiers personnels qui ont été analysés distinctement et de pouvoir en tirer des conclusions univoques, uniquement sur 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 2017, le Bureau du suivi a examiné 134 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui constitue un statuquo par rapport au nombre de surprimes analysées en 2016. Après examen, il s'est avéré dans 94 dossiers (70%) 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 |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| Cœur et vaisseaux sanguins                                    | 15        |
| Polypathologie                                                | 14        |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                        | 13        |
| Diabète, intolérance au glucose                               | 14        |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)                   | 12        |
| Affections psychiques                                         | 6         |
| Système digestif ou ventre                                    | 4         |
| Sang et ganglions lymphatiques                                | 3         |
| Système nerveux et cerveau                                    | 3         |
| Reins ou voies urinaires                                      | 3         |
| Maladies système ou auto-immunitaire                          | 3         |
| Muscles et articulations                                      | 2         |
| Système respiratoire                                          | 1         |
| Handicap (héréditaire ou après accident)                      | 1         |
| <b>TOTAL</b>                                                  | <b>94</b> |

Dans 24 dossiers (18%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance. Dans 21 cas sur 24, l'assureur a été disposé à proposer un contrat aux conditions de cette nouvelle proposition. Ainsi, 88% des nouvelles propositions ont été acceptées par les entreprises d'assurance. Les trois propositions non suivies par les assureurs concernent un dossier d'Affection cardiaque ou des vaisseaux sanguins, un dossier dans la catégorie des Tumeurs et un dossier dans la catégorie du Sang et ganglions lymphatiques.

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 16 cas (12%) le Bureau du suivi a été informé que l'assureur recontactait le demandeur avec une nouvelle proposition.

Au total, ce sont 37 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> |   |
|------------------------------------------------------------------|---|
| Diabète, intolérance au glucose                                  | 8 |
| Affections psychiques                                            | 3 |
| Polypathologie                                                   | 2 |
| Système digestif ou ventre                                       | 2 |
| Système nerveux et cerveau                                       | 2 |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)                      | 2 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                           | 1 |
| Organes génitaux                                                 | 1 |

Tableau 5

| <b>Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur</b> |   |
|---------------------------------------------------------------|---|
| Polypathologie                                                | 3 |
| Affections psychiques                                         | 2 |
| Diabète, intolérance au glucose                               | 2 |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)                   | 2 |
| Maladies système ou auto-immunitaire                          | 1 |
| Système respiratoire                                          | 1 |
| Sang et ganglions lymphatiques                                | 1 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                                    | 1 |
| Affections rhumatologiques                                    | 1 |
| Système digestif ou ventre                                    | 1 |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                        | 1 |

Vu les catégories d'affections très diverses pour 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 2017, le Bureau du suivi a examiné 181 refus d'assurance, ce qui représente une diminution de 18% des refus examinés par rapport à 2016.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 148 dossiers – soit 82% 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 2016.

Tableau 6

| Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer                    | 46 |
| Polypathologie                                            | 30 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                                | 23 |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)               | 11 |
| Reins ou voies urinaires                                  | 9  |
| Affections psychiques                                     | 9  |
| Système digestif ou ventre                                | 7  |
| Système respiratoire                                      | 5  |
| Système nerveux et cerveau                                | 5  |
| Maladies système ou auto-immunitaire                      | 2  |
| Diabète, intolérance au glucose                           | 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 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.

Dans 24 dossiers (13%) le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-prenneur d'assurance. Dans 18 dossiers, l'assureur était néanmoins disposé à proposer une assurance comme le conseillait le Bureau du suivi. Par contre, 6 propositions parmi les 24 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 9 dossiers (5%) 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 27 refus qui ont finalement été réformés et ont finalement fait l'objet d'une proposition. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

| Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée |   |
|-------------------------------------------------|---|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer          | 5 |
| Polypathologie                                  | 3 |
| Système nerveux et cerveau                      | 2 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                      | 2 |
| Système respiratoire                            | 1 |
| Handicap (héréditaire ou après accident)        | 1 |
| Affections psychiques                           | 1 |
| Muscles et articulations                        | 1 |
| Système digestif ou ventre                      | 1 |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)     | 1 |

Tableau 8

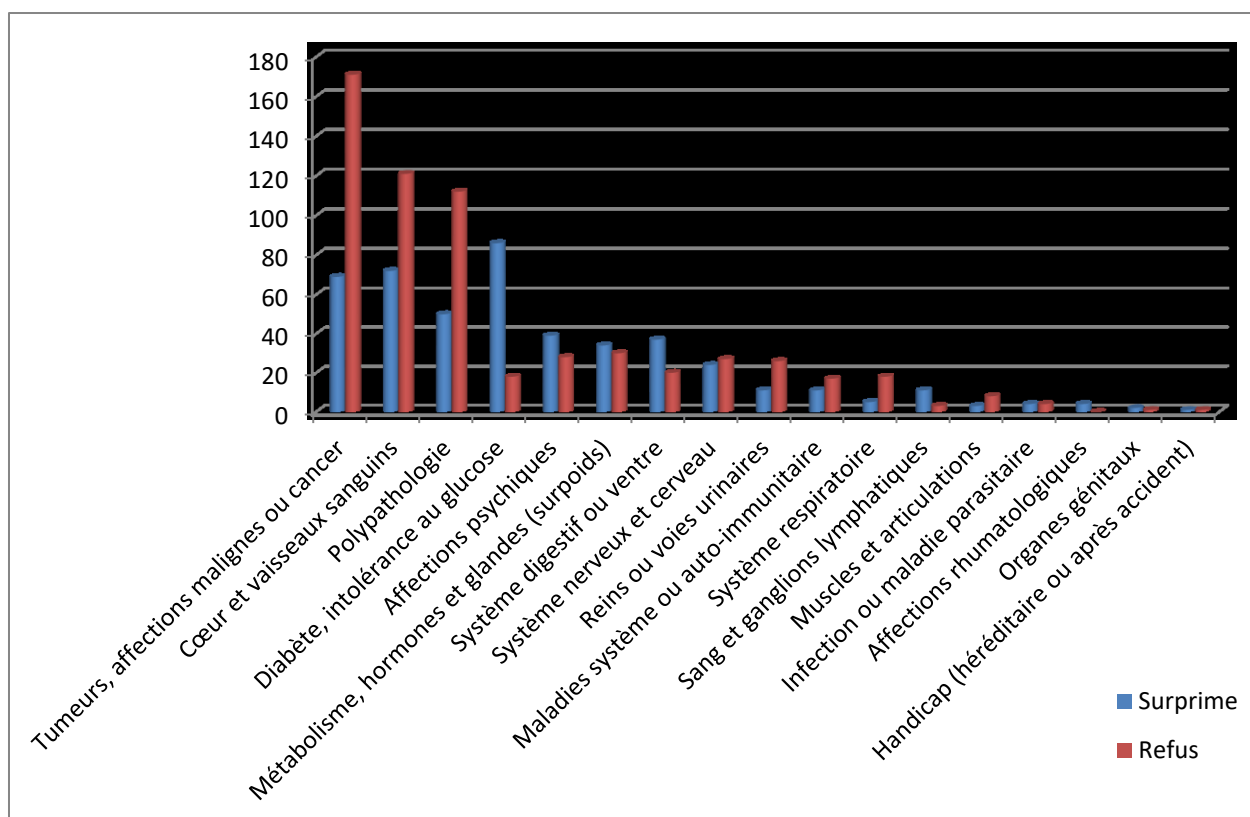
| Refus : nouvelle proposition de l'assureur |   |
|--------------------------------------------|---|
| Tumeurs, affections malignes ou cancer     | 5 |
| Cœur et vaisseaux sanguins                 | 1 |
| Reins ou voies urinaires                   | 1 |
| Système digestif ou ventre                 | 1 |
| Maladies système ou auto-immunitaire       | 1 |

Les 6 dossiers pour lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas suivi la proposition du Bureau du suivi concernent 2 cas de polypathologie, 2 cas d'affection cardiaque ou des vaisseaux sanguins, 1 cas d'affection du système nerveux et cerveau et 1 cas dans la catégorie des tumeurs.

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

| Au fil des années: demandes examinées depuis 2015 |             |            |            |
|---------------------------------------------------|-------------|------------|------------|
| Pathologie                                        | Total       | Surprime   | Refus      |
| Tumeurs, affections malignes ou cancer            | 240         | 69         | 171        |
| Cœur et vaisseaux sanguins                        | 193         | 72         | 121        |
| Polypathologie                                    | 162         | 50         | 112        |
| Diabète, intolérance au glucose                   | 104         | 86         | 18         |
| Affections psychiques                             | 67          | 39         | 28         |
| Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)       | 64          | 34         | 30         |
| Système digestif ou ventre                        | 57          | 37         | 20         |
| Système nerveux et cerveau                        | 51          | 24         | 27         |
| Reins ou voies urinaires                          | 37          | 11         | 26         |
| Maladies système ou auto-immunitaire              | 28          | 11         | 17         |
| Système respiratoire                              | 23          | 5          | 18         |
| Sang et ganglions lymphatiques                    | 14          | 11         | 3          |
| Muscles et articulations                          | 11          | 3          | 8          |
| Infection ou maladie parasitaire                  | 8           | 4          | 4          |
| Affections rhumatologiques                        | 4           | 4          | 0          |
| Organes génitaux                                  | 4           | 2          | 1          |
| Handicap (héréditaire ou après accident)          | 2           | 1          | 1          |
|                                                   | <b>1068</b> | <b>463</b> | <b>605</b> |

| Résultats globaux                                   | Total | Surprime | Refus |
|-----------------------------------------------------|-------|----------|-------|
| Nombre de dossiers recevables et demandes examinées | 1068  | 463      | 605   |
| Confirmation de la décision par le Bureau du suivi  | 873   | 363      | 510   |
| % du total                                          | 81,7% | 78,4%    | 84,3% |
| Proposition de réforme (acceptée par assureur)      | 112   | 58       | 54    |
| % du total                                          | 10,5% | 12,5%    | 8,9%  |
| Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)  | 17    | 7        | 10    |
| % du total                                          | 1,6%  | 1,5%     | 1,7%  |
| Nouvelle proposition émanant de l'assureur          | 66    | 35       | 31    |
| % du total                                          | 6,2%  | 7,6%     | 5,1%  |



D'un point de vue global, 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 5 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 une majorité des dossiers analysés (56% comme au résumé cumulatif de l'année dernière). Il s'agit également des mêmes trois catégories les plus fréquentes parmi les refus analysés. En effet, elles constituent à elles seules deux-tiers des refus examinés.

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 76% 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 est stable par rapport à 2016. 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 2017 en moyenne 17 jours calendrier afin de constituer un dossier et d'éventuellement formuler une réponse à des questions complémentaires du Bureau du suivi.

En 2015 et 2016, un assureur nécessitait en moyenne respectivement 21 et 18 jours afin de compléter le dossier.

Une fois le dossier complet, le Bureau du suivi se prononce en moyenne 16 jours calendrier plus tard.

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

Au cours de l'année 2017, le Bureau du suivi a réexaminé les questionnaires médicaux de 8 assureurs car ceux-ci souhaitent y apporter quelques modifications.

Un assureur a démarré ses activités en assurance solde restant dû et a par conséquent soumis ses questionnaires pour examen.

En outre, les questionnaires électroniques de deux assureurs ont été examinés. Ces questionnaires permettent au candidat-assuré de faire examiner de manière digitale la demande couverture d'assurance. Le délai de réponse pour le candidat à l'assurance s'en voit largement réduit. De plus, uniquement les questions nécessaires, sous forme de cascade, sont posées au candidat à l'assurance.

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.

À l'analyse des questionnaires médicaux, le Bureau du suivi décide de manière consensuelle sur les éventuelles adaptations nécessaires dans les questionnaires soumis. Ensuite, les questionnaires adaptés sont réintroduits pour disposer de l'aval formel.

Par le biais des dossiers introduits, le Bureau du suivi poursuit la vérification des questionnaires médicaux utilisés et s'assure que les assureurs utilisent bel et bien les questionnaires adaptés. Si un problème spécifique est relevé durant l'analyse du dossier, l'entreprise d'assurance sera interrogée à cet égard.

Là où la législation 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.

## IV. 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-preneur 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/2018/13.852/1

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



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

Square de Meeûs, 35  
1000 Bruxelles