



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

Rapport annuel d'activité

2018

Tables des matières

Avant-propos	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi	4
Des tendances diverses dans la continuité	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	12
Un regard sur les refus examinés	14
d. Résultats globaux depuis la création du service	16
2. Délai de gestion	18
III. Questionnaires médicaux.....	19
IV. Rapport du Data Protection Officer	20
V. Contact et procédure	21

Avant-propos

En 2018, le Bureau du suivi a connu sa quatrième année d'activité. Le service fait partie intégrante du monde de l'assurance solde restant dû, et ses rouages sont à présent bien huilés. Dans la continuité de l'exercice précédent, le Bureau du suivi a maintenu sa vitesse de croisière et son fonctionnement fluide. Les divers représentants des assureurs, des patients et des consommateurs interagissent en toute collégialité, ce qui renforce la cohésion du service.

Le Bureau du suivi s'est aussi adapté au bouleversement législatif. L'entrée en vigueur du Règlement général sur la protection des données (RGPD) a donné lieu à toute une série de mesures prises en interne.

Si le nombre de demandes d'intervention a connu un léger tassement en 2018, le Bureau du suivi joue encore et toujours son rôle dans l'accessibilité de l'assurance solde restant dû. Les demandes recevables et analysées ont débouché sur des réformes dans plus d'un quart des cas, à l'initiative du Bureau ou de l'assureur, ce qui représente une légère hausse. En bref, les chiffres de l'année écoulée témoignent d'une certaine stabilité.

Gageons dès lors que le Bureau du suivi continue à faire office de pont entre les candidats-preneurs d'assurances et les entreprises d'assurance, dans le champ précis de ses compétences.

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. En 2019, ce dernier pourra également être suppléé par un vice-président. En effet, des discussions menées en 2018 en vue de la création de la fonction de vice-président ont abouti à la nomination d'un autre magistrat. 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. Étant donné que la plupart des entreprises ont soumis leurs questionnaires les années précédentes, il a surtout été question, en 2018, d'analyser des adaptations ponctuelles.

Comme d'ordinaire, en 2018, le Bureau du suivi s'est également réuni à chaque quinzaine et a compté 25 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 que la situation médicale d'une personne individuelle évolue ensuite autrement (positivement ou négativement).

Des tendances diverses dans la continuité

En 2018, 416 demandes d'intervention ont été adressées au Bureau du suivi, parmi lesquelles 286 ont été jugées recevables et examinées.

En 2018, le Bureau a proposé d'ajuster la décision initiale dans environ 29% des dossiers recevables. Ce pourcentage comprend également des décisions revues par les entreprises d'assurance de leur propre initiative une fois interrogées.

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 2018, seules deux nouvelles propositions émanant du Bureau du suivi n'ont pas été suivies par l'assureur, contre 9 lors de l'année précédente. Lorsqu'un tel cas de figure se présente, le candidat-preneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

b. Vue globale

En 2018, le Bureau du suivi a reçu 416 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 237 demandes relatives à des surprimes et 179 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 couverture.

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^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 et ont été clôturées au 1^{er} mars 2019.

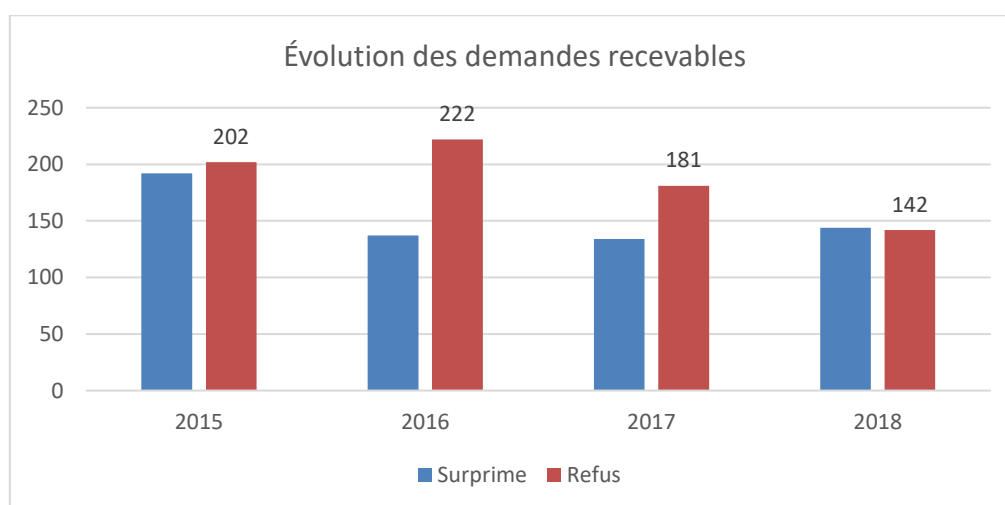
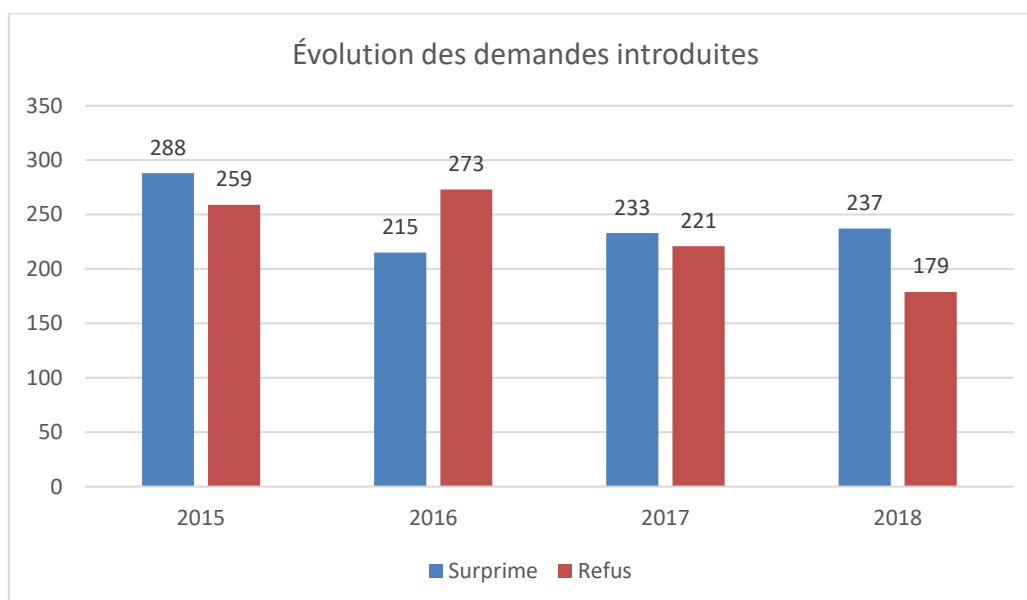


Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018		
	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus
Demandes introduites	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179
Demandes incomplètes	85			71			62			63		
Demandes irrecevables	68			58			77			67		
Demandes recevables et examinées	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21
Nouvelles propositions formulées par l'assureur après demande de dossier	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7

Dans 67 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.

Dans certains cas, il s'avère que la proposition d'assurance avec surprime est signée pour accord par le candidat-preneur d'assurance après introduction d'une demande d'analyse auprès du Bureau du suivi. Dès lors, le Bureau demandera à l'assureur concerné confirmation que la police est déjà conclue. Dans l'affirmative, la demande sera déclarée irrecevable. Dans l'autre cas, le Bureau du suivi interrogera l'assureur concerné.

c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2018, le Bureau du suivi a analysé 286 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, 144 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 142 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2018	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	53	13	40
Cœur et vaisseaux sanguins	49	21	28
Polypathologie	42	15	27
Diabète, intolérance au glucose	30	28	2
Affections psychiques	23	18	5
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	20	13	7
Système nerveux et cerveau	12	9	3
Maladies système ou auto-immunitaire	12	7	5
Reins ou voies urinaires	7	2	5
Maladies infectieuses ou parasitaires	7	5	2
Système digestif ou ventre	6	4	2
Système respiratoire	5	0	5
Muscles et articulations	4	1	3
Handicap (héréditaire ou après accident)	2	2	0
Peau	1	1	0
Sang et ganglions lymphatiques	1	1	0
Autres affections	12	4	8
TOTAL	286	144	142

De manière générale, nous constatons plus que jamais un équilibre entre les surprimes et les refus analysés, pratiquement au dossier près.

Le diabète et la catégorie « polypathologie » représentent plus d'un quart des surprimes examinées. Les affections cardiaques, psychiques et les types de cancers, à l'instar des années précédentes, figurent parmi les catégories les plus régulièrement associées à une surprime médicale. À noter que des cas d'obésité et d'anorexie, compris dans la catégorie « métabolisme », peuvent également se retrouver dans la catégorie « polypathologie » en cas de combinaison avec une affection cardiovasculaire ou psychique, par exemple.

Le trio constitué par les catégories « tumeurs », « cœur » et « polypathologie » représente près de la moitié des refus analysés. Seuls deux cas de candidats diabétiques associés à un refus d'assurance sont à recenser, tandis que parmi les demandes relatives à des affections respiratoires, toutes ont trait à un refus. Cette catégorie comprend entre autres des maladies telles que la mucoviscidose. Le cas des candidats séropositifs qui s'adressent au Bureau du suivi connaît une évolution positive : le VIH est manifestement plus souvent associé à une surprime médicale qu'à un refus d'assurance.

Au vu du caractère individuel de chaque demande examinée, il est impossible de comparer ces 286 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 2018, le Bureau du suivi a examiné 144 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui constitue une légère hausse par rapport au nombre de surprimes examinées en 2017. Après examen, il s'est avéré dans 87 dossiers (60%) 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	16
Diabète, intolérance au glucose	15
Affections psychiques	11
Polypathologie	9
Tumeurs, affections malignes ou cancer	9
Système nerveux et cerveau	8
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	6
Maladies système ou auto-immunitaire	5
Système digestif ou ventre	2
Reins ou voies urinaires	2
Sang et ganglions lymphatiques	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Peau	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
TOTAL	87

Dans 40 dossiers (28%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance. Soulignons que dans l'ensemble desdits dossiers, l'entreprise d'assurance a décidé de suivre l'avis du Bureau du suivi, contrairement aux années précédentes. Au cours des années précédentes, quelques propositions n'avaient pas été suivies.

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 dans le cadre de 17 dossiers, soit 12%. La surprime est alors revue à la baisse, voire annulée par l'assureur.

Au total, ce sont 57 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés suite à la demande de justification du Bureau du suivi introduit par le candidat.

Tableau 4

Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée	
Diabète, intolérance au glucose	10
Affections psychiques	7
Polypathologie	4
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	3
Cœur et vaisseaux sanguins	3
Système digestif ou ventre	2
Autres affections	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Maladies système ou auto-immunitaire	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	2
Système nerveux et cerveau	1
Muscles et articulations	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1

Tableau 5

Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur	
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	4
Diabète, intolérance au glucose	3
Polypathologie	2
Autres affections	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	2

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 2018, le Bureau du suivi a examiné 142 refus d'assurance, ce qui représente une diminution substantielle de 39 dossiers par rapport à 2017.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 114 dossiers – soit 80% 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 n'a pratiquement pas évolué par rapport à 2016 et 2017.

Tableau 6

Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	35
Cœur et vaisseaux sanguins	22
Polypathologie	21
Système respiratoire	5
Maladies système ou auto-immunitaire	5
Autres affections	5
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	4
Reins ou voies urinaires	4
Affections psychiques	3
Système digestif ou ventre	2
Système nerveux et cerveau	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Muscles et articulations	2
Diabète, intolérance au glucose	2

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.

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 21 dossiers (15%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-prenneur d'assurance. Dans 19 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 2 propositions sur les 21 n'ont pas été suivies par les assureurs concernés.

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 7 dossiers (5%), l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative.

Au total, ce sont 26 refus qui ont finalement abouti à une réforme. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée	
Cœur et vaisseaux sanguins	5
Polypathologie	4
Tumeurs, affections malignes ou cancer	3
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	3
Système nerveux et cerveau	1
Reins et système urinaire	1
Muscles et articulations	1
Autres affections	1

Tableau 8

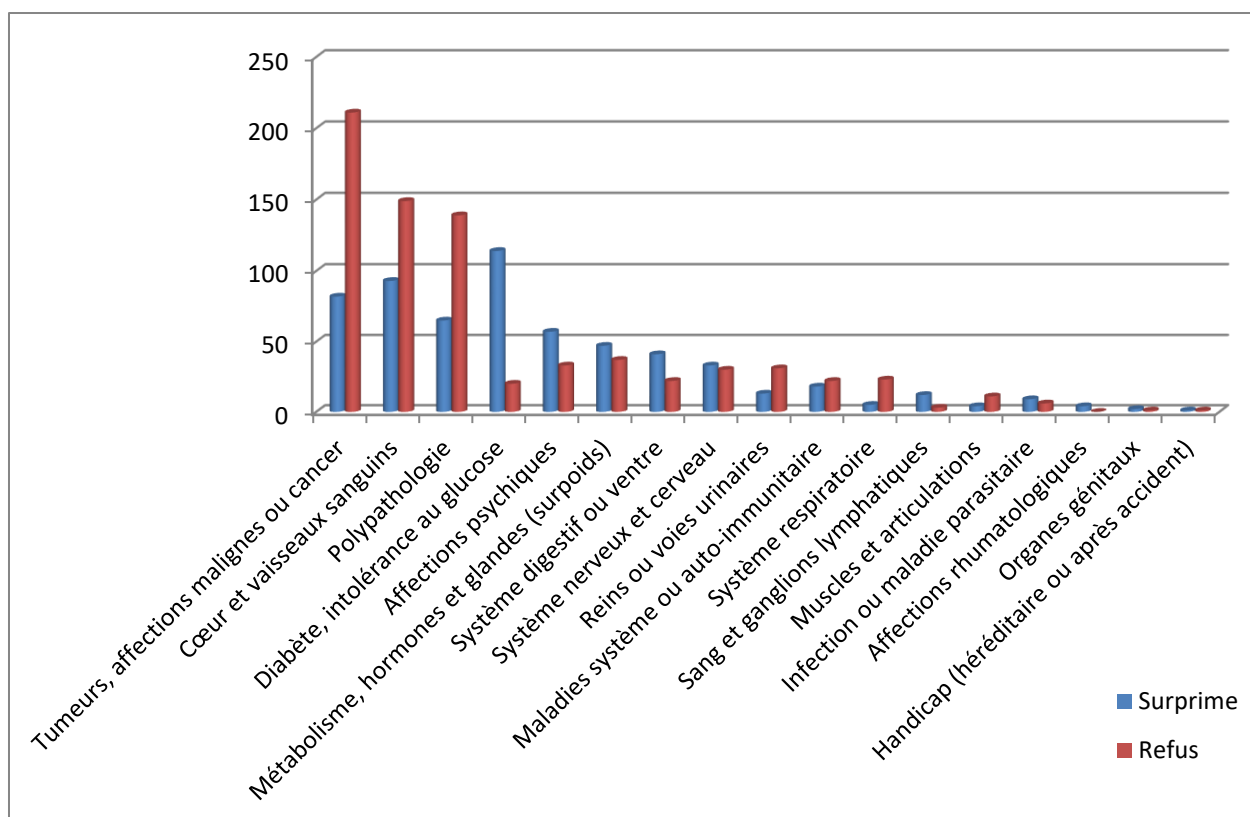
Refus : nouvelle proposition de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	2
Autres affections	2
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Affections psychiques	1
Polypathologie	1

Les 2 dossiers pour lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas suivi la proposition du Bureau du suivi concernent 1 cas de polypathologie et 1 cas dans la catégorie des affections psychiques.

d. Résultats globaux depuis la création du service

Au fil des années: demandes examinées depuis 2015			
Pathologie	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	292	81	211
Cœur et vaisseaux sanguins	243	94	149
Polypathologie	204	65	139
Diabète, intolérance au glucose	134	114	20
Affections psychiques	90	57	33
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	84	47	37
Système digestif ou ventre	63	41	22
Système nerveux et cerveau	63	33	30
Reins ou voies urinaires	44	13	31
Maladies système ou auto-immunitaire	40	18	22
Système respiratoire	28	5	23
Sang et ganglions lymphatiques	15	12	3
Muscles et articulations	15	4	11
Maladies infectieuses ou parasitaire	15	9	6
Autres affections	12	4	8
Affections rhumatologiques	4	4	0
Organes génitaux	4	2	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	4	3	1
Peau	1	1	0
	1355	607	747

Résultats globaux	Total	Surprime	Refus
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	1355	607	747
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	1075	451	624
% du total	79,3%	74,1%	83,5%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	172	99	73
% du total	12,7%	16,3%	9,7%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	18	6	12
% du total	1,3%	0,9%	1,6%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	90	52	38
% du total	6,6%	8,5%	5%



D'un point de vue global, la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme bien-fondée dans 8 dossiers examinés sur 10, avec une légère diminution en 2018 par rapport aux années précédentes. Il ressort également qu'en moyenne, les refus d'assurance appliqués par les entreprises d'assurance sont davantage suivis par le Bureau que les surprimes.

En tout et pour tout, environ 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi. Après les années écoulées, cette proportion n'a pas fondamentalement évolué.

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 données chiffrées de 2018 ne remettent pas en question cet ordre.

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 encore environ la moitié des surprimes examinées.

Les 6 types de maladie les plus fréquentes en matière de surprimes (diabète, cœur, cancers, polypathologie, système digestif et affections psychiques) représentent approximativement 3 dossiers sur 4.

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 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 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 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.

Concrètement, le Bureau du suivi a examiné deux nouveaux questionnaires médicaux provenant d'entreprises d'assurance récemment établies sur le marché belge, un nouveau questionnaire électronique, et quatre questionnaires médicaux adaptés, lesquels avaient fait l'objet d'une approbation au préalable.

Il arrive également 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. Il se peut en effet qu'un intermédiaire, par exemple, utilise par erreur une version antérieure à celle approuvée par le Bureau du suivi. 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.

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 a pris dûment connaissance du contenu des 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. 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.

En 2018, une politique de sécurité générale a été formalisée, et les acteurs ont signé une nouvelle déclaration de confidentialité suite au changement législatif. Un registre interne reprenant l'ensemble des activités du Bureau a été rédigé, une analyse de risque a été faite, et les conventions requises ont été établies avec les parties concernées.

Afin de veiller au respect des nouvelles mesures, un délégué à la protection des données, également appelé Data Protection Officer (DPO), a été désigné. 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.

Il est à relever qu'aucune demande d'accès ni incident n'ont été enregistré en 2018.

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. 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

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 www.opvolgingsbureau.be



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

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles