

Commissie voor Verzekeringen

Brussel, 23 april 2025

DOC/C2024/6

**Evaluatieverslag
van de reglementering inzake
schuldsaldoverzekeringen II**

De heer Pierre-Yves Dermagne, Vice-Eersteminister en Minister van Economie en Werk heeft bij brief van 24 juni 2024 de Commissie voor Verzekeringen gevraagd om in uitvoering van artikel 218 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen een evaluatierapport op te stellen met betrekking tot de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen.

Dit artikel 218, zoals gewijzigd bij wet van 2 mei 2019, bepaalt:

“De Commissie voor verzekeringen zoals bedoeld in deel 7, titel IV is ermee belast de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk te evalueren. Met dat doel bezorgt zij vierjaarlijks een verslag aan de Koning en aan de Kamer van volksvertegenwoordigers. In geval van wijzigingen aan de bepalingen van dit hoofdstuk of van zijn uitvoeringsbesluiten, wordt het evaluatieverslag twee jaar na de inwerkingtreding ervan bezorgd. Zij kan de door haar aangestelde deskundigen bij haar werkzaamheden betrekken.

Dit verslag gaat vergezeld van een door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verrichte studie, waarin wordt beoordeeld of de tarieven die de verzekeraars hanteren afgestemd zijn op de evolutie van de geneeskundige technieken en van de gezondheidszorg aangaande de belangrijkste betrokken ziektebeelden.”.

Deze reglementering is volledig van kracht sinds 30 december 2014 (artikel 373 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen; artikelen 30-31 Koninklijk Besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet).

Commission des Assurances

Bruxelles, le 23 avril 2025

DOC/C2024/6

**Rapport d'évaluation
sur la réglementation concernant les
assurances solde restant dû II**

Par lettre du 24 juin 2024, Monsieur Pierre-Yves Dermagne, Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Économie et du Travail, a demandé à la Commission des Assurances d'établir un rapport d'évaluation sur la réglementation concernant les assurances solde restant dû, en application de l'article 218 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Cet article 218, tel que modifié par la loi du 2 mai 2019, prévoit ce qui suit :

“La Commission des Assurances, visée dans la partie 7, titre IV, est chargée d'évaluer l'application des dispositions du présent chapitre. Elle remet à cet effet, tous les quatre ans, un rapport au Roi et à la Chambre des représentants. En cas de modifications aux dispositions de ce chapitre ou de ses arrêtés d'exécution, le rapport d'évaluation est remis deux ans après leur entrée en vigueur. Elle peut associer à ses travaux les experts et représentants qu'elle désigne.

Ce rapport sera accompagné d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé évaluant l'adéquation des tarifs appliqués par les assureurs à l'évolution des techniques médicales et des soins de santé dans les principales pathologies concernées.”.

La réglementation susvisée est pleinement en vigueur depuis le 30 décembre 2014 (article 373 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; articles 30 et 31 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire).

Het Evaluatieverslag I dateert van 29 mei 2018 (Commissie voor verzekeringen DOC/C2018/1). Het had betrekking op de periode 2015-2016, zijnde de eerste twee jaar sinds de inwerkingtreding van deze reglementering, (https://www.fsma.be/sites/default/files/legacy/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf).

Le Rapport d'évaluation I date du 29 mai 2018 (Commission des Assurances DOC/C2018/1). Il portait sur la période 2015-2016, soit sur les deux premières années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la réglementation en question (https://www.fsma.be/sites/default/files/legacy/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf).

Oorspronkelijk voorzag artikel 218 van de wet van 4 april 2014 in een tweejaarlijkse evaluatie. Bij wet van 2 mei 2019 houdende diverse bepalingen inzake economie werd deze periodiciteit gewijzigd waardoor de evaluatie vierjaarlijks wordt voorzien. De parlementaire voorbereiding van deze wet licht deze wijziging toe als volgt: *"Met dit artikel wordt tegemoet gekomen aan een gezamenlijke opmerking die de Commissie heeft geformuleerd over de periodiciteit van de evaluatie. Deze wordt verlengd, maar wel blijft er bepaald dat er hoe dan ook een evaluatieverslag wordt opgesteld na twee jaar, indien de regelgeving wijzigingen heeft ondergaan."* (Parl. St. Kamer Doc 54-3570/001, 44).

À l'origine, l'article 218 de la loi du 4 avril 2014 prévoyait une évaluation bisannuelle. La loi du 2 mai 2019 portant dispositions diverses en matière d'économie a modifié cette périodicité pour prévoir une évaluation tous les quatre ans. Les travaux préparatoires de cette loi commentent la modification opérée de la manière suivante : *"Par cet article une remarque commune formulée par la Commission par rapport à la périodicité de l'évaluation est rencontrée. Celle-ci est prolongée, mais il est stipulé qu'en tout cas un rapport d'évaluation devra être dressé après deux ans, si la réglementation a subi des modifications."* (Doc. parl., Chambre, n° 54-3570/001, p. 44).

De Minister licht het verzoek voor dit tweede evaluatierapport toe als volgt: *"De opdracht is om de toepassing van de reglementering te evalueren en constructieve voorstellen te doen ter verbetering waar mogelijk. De toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico is immers belangrijk met het oog op de bescherming van de consument."*

Le Ministre explique sa demande relative à ce deuxième rapport d'évaluation comme suit : *"La mission consiste à évaluer l'application de la réglementation et à formuler des propositions d'amélioration constructives là où cela s'avère possible. Il est en effet important de veiller, dans un souci de protection des consommateurs, à ce que les personnes présentant un risque de santé accru puissent accéder aux assurances solde restant dû et soient en mesure de les payer."*

Dit Evaluatieverslag II heeft betrekking op de periode 2018 tot heden.

Le présent Rapport d'évaluation II couvre la période allant de 2018 à ce jour.

I. HUIDIGE REGLEMENTERING SCHULDSALDOVERZEKERINGEN

1. De huidige reglementering van de schuldsaldoverzekering waarop deze evaluatie betrekking heeft, bouwt voort op de zgn. wet Partyka van 2010 en is van kracht sinds 30 december 2014.

Ze beoogt de toegang te verhogen tot schuldsaldoverzekeringen voor het aangaan van een hypothecair krediet voor de bouw, verbouwing of verwerving van de eigen en enige

I. RÉGLEMENTATION ACTUELLE CONCERNANT LES ASSURANCES SOLDE RESTANT DÛ

1. La réglementation actuelle concernant les assurances solde restant dû, sur laquelle porte la présente évaluation, prend appui sur la loi dite "Partyka" de 2010 et est en vigueur depuis le 30 décembre 2014.

Elle vise à accroître l'accès aux assurances solde restant dû dans le cadre de crédits hypothécaires contractés en vue de la construction, de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation

gezinswoning van de verzekeringnemer en voorziet daarbij in bijzondere maatregelen voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico.

2. De reglementering van deze specifieke schuldsaldoverzekeringen (ook wetgeving-Partyka genoemd) bestaat uit volgende akten:

- wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, Hoofdstuk 5 Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen, artikelen 212 – 224 (BS 30 april 2014), gewijzigd bij wetten van 26 oktober 2015, 6 december 2018, 2 mei 2019 en 5 november 2023 (hierna WVLA);

- Koninklijk Besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet (BS 10 juni 2014, gewijzigd bij KB van 31 juli 2020) (hierna KB);

- Ministerieel besluit van 4 april 2019 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van het Opvolgingsbureau van de tarifiering, en tot opheffing van het Ministerieel besluit van 24 december 2014 tot vaststelling van het huishoudelijk reglement van het Opvolgingsbureau van de tarifiering (BS 11 april 2019);

- Koninklijk Besluit van 4 maart 2015 tot erkenning van de Compensatiekas bedoeld in artikel 220 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (BS 12 maart 2015).

II. ORGANISATIE EN VERLOOP VAN DE WERKZAAMHEDEN

A. Organisatie van de werkzaamheden

De Commissie voor verzekeringen heeft de organisatie van de werkzaamheden voor het opstellen van dit evaluatieverslag besproken op haar vergadering van 19 september 2024, in aanwezigheid van de vertegenwoordigers van de FOD Economie.

propre et unique du preneur d'assurance, et prévoit des mesures particulières pour les personnes présentant un risque de santé accru.

2. La réglementation relative à ces assurances solde restant dû spécifiques (également appelée "législation Partyka") se compose des actes suivants :

- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, chapitre 5 "Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit", articles 212 à 224 (MB 30 avril 2014), telle que modifiée par les lois des 26 octobre 2015, 6 décembre 2018, 2 mai 2019 et 5 novembre 2023 (ci-après "la WVLA") ;

- l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire (MB 10 juin 2014), tel que modifié par l'arrêté royal du 31 juillet 2020 (ci-après "l'AR") ;

- l'arrêté ministériel du 4 avril 2019 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi de la tarification (MB 11 avril 2019), qui abroge l'arrêté ministériel du 24 décembre 2014 visant à établir le règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi de la tarification ;

- l'arrêté royal du 4 mars 2015 portant l'agrément de la Caisse de compensation visée à l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (MB 12 mars 2015).

II. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DES TRAVAUX

A. Organisation des travaux

La Commission des Assurances a discuté de l'organisation des travaux à entreprendre pour établir le présent rapport d'évaluation lors de sa réunion tenue le 19 septembre 2024, en présence des représentantes du SPF Économie.

De voorzitter van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering (hierna OBS) en de voorzitter van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (hierna KCE) werden uitgenodigd voor bespreking op de volgende vergaderingen.

Le président du Bureau du suivi de la tarification (ci-après "le BST") et le président du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après "le KCE") ont été invités à prendre part aux débats lors des réunions suivantes.

In de Commissie voor verzekeringen zetelen, overeenkomstig artikel 321 WvLA vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen, de verzekeringstussenpersonen en de verbruikers, alsook deskundigen.

Conformément à l'article 321 de la WvLA, la Commission des Assurances est composée de représentants des entreprises d'assurance, de représentants des intermédiaires d'assurance et de représentants des consommateurs, ainsi que d'experts.

Sinds 2021 maken vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties deel uit van de delegatie van de verbruikers in de Commissie voor verzekeringen.

Depuis 2021, des représentants des associations de patients font partie de la délégation des consommateurs qui assiste aux réunions de la Commission des Assurances.

Aan de besprekingen in de schoot van de Commissie hebben volgende externe organisaties en instellingen deelgenomen:

Ont également participé aux discussions menées au sein de la Commission des Assurances, au nom d'organisations et institutions externes :

- voor het OBS: de voorzitter en de secretaris;
- twee vertegenwoordigsters van de FOD Economie;
- een vertegenwoordigster van het KCE;
- de Ombudsman van de verzekeringen, tevens lid van de Commissie als deskundige;
- een vertegenwoordigster van de Ombudsman van de verzekeringen.

- le président et le secrétaire du BST ;
- deux représentantes du SPF Économie ;
- une représentante du KCE ;
- l'Ombudsman des assurances, également membre de la Commission en tant qu'expert ;
- une représentante de l'Ombudsman des assurances.

De Commissie voor verzekeringen heeft de evaluatie besproken op de vergaderingen van 24 oktober 2024, 21 november 2024, 19 december 2024 en 23 januari 2025.

La Commission des Assurances a débattu sur l'élaboration du rapport d'évaluation lors de ses réunions des 24 octobre 2024, 21 novembre 2024, 19 décembre 2024 et 23 janvier 2025.

B. Verloop van de werkzaamheden

B. Déroulement des travaux

1. Ter voorbereiding van de eerste vergadering werden volgende informatie overgemaakt:

1. Pour la préparation de la première réunion, les informations suivantes ont été transmises :

- Link naar de jaarverslagen van het OBS: <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/nl/publicaties>;

- un lien renvoyant aux rapports annuels du BST : <https://www.opvolgingsbureau-bureaudusuivi.be/fr/publications> ;

- Link naar de vzw Accesso (beheerder van de Compensatiekas): <https://www.accesso.org/nl/wat-doet-accesso>;

- un lien renvoyant au site web de l'asbl Accesso (gestionnaire de la Caisse de compensation) : <https://www.accesso.org/fr/quel-est-le-rôle-d'accesso> ;

- gegevens van de Ombudsman van de verzekeringen betreffende betwistingen van consumenten over schuldsaldoverzekeringen ter dekking van een hypothecaire lening voor de eigen en enige gezinswoning met een bijpremie van 75% of lager en waarvan de herevaluatie bijgevolg niet onder de bevoegdheid van het OBS valt.

2. Op de eerste twee vergaderingen werd door de voorzitter en de secretaris van het OBS een uitvoerige toelichting gegeven over de werking van het OBS en de evolutie van de werkzaamheden ervan sinds 2018 tot op heden. De voorzitter gaf bijkomende duiding in antwoord op de vragen en voorstellen voorgelegd op de vergaderingen.

De vertegenwoordigster van het KCE gaf toelichting bij de werking van het KCE en de relaties met het OBS.

Het KCE heeft ook een opdracht in het kader van de wetgeving over het recht om vergeten te worden in bepaalde schuldsaldoverzekeringen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (art. 61/1 e.v. WVLA). Deze opdracht valt buiten het bestek van dit evaluatieverslag.

De verschillende delegaties werkten hun aandachtspunten, aanbevelingen en voorstellen uit in nota die aan allen werden meegedeeld. Op basis hiervan werden de besprekingen per topic georganiseerd.

3. De toelichtingen en besprekingen zijn ernstig gevoerd, in openheid en met wederzijdse luisterbereidheid.

4. Hierna volgt een globale beoordeling van de huidige reglementering (III) met vooreerst algemene bemerkingen (A) en vervolgens een algemene toelichting over de concrete toepassing van de wetgeving (B). Vervolgens volgt het overzicht van de specifieke evaluatiepunten met toelichting van standpunten (IV). Tenslotte wordt ingegaan op de rol van het KCE in de evaluatie op basis van artikel 218 WVLA (V).

- des données de l'Ombudsman des assurances concernant des contestations de consommateurs à propos d'assurances solde restant dû souscrites pour la couverture d'un emprunt hypothécaire destiné à leur habitation propre et unique et assorties d'une surprime égale ou inférieure à 75 %, dont la réévaluation ne relève donc pas de la compétence du BST.

2. Lors des deux premières réunions, le président et le secrétaire du BST ont donné des explications détaillées sur le fonctionnement du BST et sur l'évolution de ses activités depuis 2018 jusqu'à ce jour. Le président a fourni des éclaircissements supplémentaires en réponse aux questions posées et aux propositions présentées au fil des réunions.

La représentante du KCE a exposé le fonctionnement du KCE et les relations de ce dernier avec le BST.

Le KCE exerce également une mission dans le cadre de la législation sur le droit à l'oubli dans certaines assurances solde restant dû et assurances incapacité de travail (art. 61/1 et suivants de la WVLA). Cette mission n'entre pas dans le champ du présent rapport d'évaluation.

Les différentes délégations ont développé leurs préoccupations, leurs recommandations et leurs propositions dans des notes qui ont été communiquées à tous. Les discussions ont été organisées par sujet, sur la base de ces notes.

3. Les explications fournies et les discussions menées l'ont été avec sérieux, dans un climat d'ouverture et avec une volonté d'écoute réciproque.

4. Le rapport exposé ci-dessous livre tout d'abord une évaluation globale de la réglementation actuelle (section III), en commençant par des observations générales (A), suivies d'explications générales sur l'application concrète de la législation (B). Il présente ensuite un aperçu des points d'évaluation spécifiques, en explicitant les différentes positions défendues (section IV). Enfin, il aborde le rôle du KCE dans le cadre de l'évaluation à opérer en vertu de l'article 218 de la WVLA (section V).

III. GLOBALE BEOORDELING

A. Algemene bemerkingen

1. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat de wetgeving-Partyka vandaag goed functioneert. Zij zijn van oordeel dat het niet nodig is om de wetgeving aan te passen (behalve wat betreft de studie van het KCE, zie hierna V), noch bijkomende beschermingsmaatregelen in te voeren. Voor kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico is deze wetgeving een grote stap vooruit geweest. Door de uitgebreidheid van de wetgeving zijn zij vandaag zeer goed beschermd. Wie een gezondheidsprobleem heeft en een schuldsaldoverzekering aanvraagt, heeft de garantie dat de te beantwoorden medische vragen vooraf gescreeend en goedgekeurd werden door het OBS, krijgt een gemotiveerde beslissing vanwege zijn verzekeraar binnen een wettelijk vastgelegde antwoordtermijn, kan een herbeoordeling vragen aan het OBS als de beslissing negatief uitvalt en heeft toegang tot een betaalbare schuldsaldoverzekering dankzij de tussenkomst van de Compensatiekas in de bijpremie vanaf 125%.

Zij wijzen erop dat deze wetgeving-Partyka, zeker bij aanvang, de verzekeraars niettemin voor een grote uitdaging stelden. Doordat de wetgeving elke stap van het aanvragen van een schuldsaldoverzekering tot de contractsluiting in detail reguleert, hebben de verzekeraars grote inspanningen moeten leveren om al hun processen aan te passen. Hoewel de verzekeraars zich nu geconformeerd hebben, kan niet ontkend worden dat de toepassing van deze wetgeving nog steeds gepaard gaat met een hoge werklast en hoge kosten voor de verzekeraars.

Deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen bevestigen dat het OBS de wettelijke opdracht met ernst en toewijding vervult, de discussies in het OBS sereen en collegiaal verlopen en beslissingen consensueel worden genomen. De vlotte werking van het OBS is in de eerste plaats te danken aan het engagement en de expertise van alle betrokkenen (leden, voorzitter, secretaris). De analyse en bespreking van alle, vaak complexe,

III. EVALUATION GLOBALE

A. Observations générales

1. Les représentants des entreprises d'assurance affirment que, de nos jours, la législation Partyka fonctionne bien. Ils estiment qu'il n'est pas nécessaire d'adapter cette législation (sauf en ce qui concerne les points soulevés par l'étude du KCE, présentée dans la section V ci-dessous), ni d'instaurer des mécanismes de protection supplémentaires. L'adoption de cette législation a constitué une avancée majeure pour les candidats-assurés présentant un risque de santé accru. Grâce aux nombreux aspects couverts par cette législation, ils sont aujourd'hui très bien protégés. Désormais, toute personne qui souffre d'un problème de santé et sollicite une assurance solde restant dû a la garantie que les questions médicales auxquelles elle devra répondre ont été préalablement examinées et approuvées par le BST, reçoit une décision motivée de la part de son assureur dans un délai de réponse fixé par la loi, peut demander une réévaluation au BST si la décision est négative et a accès à une assurance solde restant dû abordable grâce à l'intervention de la Caisse de compensation dans la surprime à partir du moment où celle-ci dépasse 125 %.

Ils soulignent que cette législation Partyka a néanmoins posé un défi de taille aux assureurs, surtout au début. Dès lors qu'elle réglemente en détail chaque étape de la demande d'une assurance solde restant dû jusqu'au moment de la conclusion du contrat, les assureurs ont dû déployer des efforts importants pour adapter tous leurs processus. Bien qu'ils se soient entre-temps conformés à la législation, il est indéniable que l'application de celle-ci leur occasionne encore une charge de travail notable et des coûts élevés.

Ces représentants des entreprises d'assurance confirment que le BST remplit sa mission légale avec sérieux et dévouement, que les discussions menées en son sein se déroulent de manière sereine et collégiale et que ses décisions sont prises par consensus. Le BST doit son bon fonctionnement en premier lieu à l'engagement et à l'expertise de toutes les personnes qui le composent (membres, président, secrétaire). L'analyse et la discussion de tous les cas, souvent

dossiers vragen bijzonder veel tijd en energie van de leden om de medische dossiers nauwgezet uit te pluizen en de wetenschappelijke studies te doorgronden, ten einde zo objectief mogelijke adviezen te kunnen verlenen.

2. De vertegenwoordigers van de verbruikers bevestigen dat de wetgeving-Partyka ervoor zorgt dat de toegang tot een schuldsaldoverzekering voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico (chronische ziekten) eenvoudiger wordt. Van de verzekeraars wordt er meer transparantie verwacht, er is de beroepsmogelijkheid bij het OBS en de mogelijkheid tot tussenkomst door de Compensatiekas. Naar hun oordeel is deze wet dus zeker een stap in de goede richting maar is er nood aan een aanpassing van de wetgeving om de toegang tot de schuldsaldoverzekeringen verder te verbeteren. Er zijn nog steeds beperkingen waardoor het afsluiten van een betaalbare schuldsaldoverzekering moeilijk is voor personen met een chronische aandoening. Deze personen krijgen wegens hun aandoening reeds te maken met bijkomende financiële kosten. Dit maakt dat bijpremies een extra belasting zijn op het beschikbare budget.

Deze vertegenwoordigers wijzen op een aantal knelpunten en leggen enkele aanbevelingen voor.

3. Hierna onder IV. Specifieke evaluatiepunten volgt een overzicht van de aandachtspunten en de aanbevelingen van de vertegenwoordigers van de verbruikers, met toelichting van de gedetailleerde standpunten hierover van de verschillende delegaties.

B. Algemene toelichting over de concrete toepassing van de wetgeving

1. Opvolgingsbureau voor de tarifiering van schuldsaldoverzekeringen (OBS)

Over de uitvoering van de opdracht en de werking gaven de voorzitter en de secretaris van het OBS volgende toelichting.

1. Het OBS is momenteel samengesteld als volgt: de verzekeringsondernemingen zijn

complexes, qui lui sont soumis demandent beaucoup de temps et d'énergie aux membres qui sont tenus d'examiner minutieusement les dossiers médicaux et de lire attentivement les études scientifiques, afin de rendre des avis aussi objectifs que possible.

2. Les représentants des consommateurs reconnaissent que la législation Partyka permet aux personnes présentant un risque de santé accru (une maladie chronique) d'accéder plus facilement à une assurance solde restant dû. Les assureurs doivent faire preuve d'une plus grande transparence, il est possible de faire appel au BST et une intervention de la Caisse de compensation est prévue. Selon eux, cette législation constitue certainement un pas dans la bonne direction, mais il est nécessaire de l'adapter pour améliorer encore l'accessibilité des assurances solde restant dû. Il existe toujours des restrictions qui empêchent les personnes souffrant d'une maladie chronique d'obtenir une assurance solde restant dû à un prix abordable. Ces personnes doivent déjà faire face à des coûts financiers supplémentaires en raison de leur maladie. Les surprimes constituent dès lors une charge additionnelle qui pèse sur le budget dont elles disposent.

Ces représentants soulèvent un certain nombre de points problématiques et émettent quelques recommandations.

3. Les points problématiques soulevés et les recommandations émises par les représentants des consommateurs sont exposés ci-après dans la section IV. "Points d'évaluation spécifiques", qui explicite aussi les positions défendues à ce sujet par les différentes délégations.

B. Explications générales sur l'application concrète de la législation

1. Bureau du suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû (BST)

Les explications sur l'exécution de la mission et le fonctionnement du BST ont été fournies par son président et son secrétaire.

1. Le BST est actuellement composé comme suit : les entreprises d'assurance sont représentées par

vertegenwoordigd door twee artsen, een actuaire en een vertegenwoordiger van Assuralia; de patiënten/verbruikers zijn vertegenwoordigd door twee artsen, een vertegenwoordiger van een ziekenfonds en een vertegenwoordiger van een vereniging van Belgische consumentenorganisaties.

deux médecins, un actuaire et un représentant d'Assuralia ; les patients/consommateurs sont représentés par deux médecins, le représentant d'une mutuelle et le représentant d'une association d'organisations de consommateurs belges.

Het OBS wordt voorgezeten door een magistraat.

Le BST est présidé par un magistrat.

Het secretariaat van het OBS is gevestigd bij de Ombudsman van de verzekeringen, in een hiervoor specifiek opgerichte cel.

Le secrétariat du BST est établi auprès de l'Ombudsman des assurances, qui a créé une cellule spécifique à cet effet.

2. Het belangrijkste aspect betreffende de werking van het OBS is de stabiliteit. Over de jaren heen is er wederzijds respect gegroeid onder de leden, verlopen de discussies over medische en juridische argumenten op ernstige en serene wijze en zonder problemen en resulteren deze in onpartijdige, consensuele en objectieve analyses. De inzet, discipline en expertise van de leden dragen fundamenteel bij tot het goed verloop en werking van het OBS.

2. L'aspect le plus important du fonctionnement du BST est la stabilité. Au fil des années, un respect mutuel s'est développé entre les membres, tandis que les discussions sur les arguments médicaux et juridiques se déroulent de manière sérieuse et sereine, sans problème, et débouchent sur des analyses impartiales, consensuelles et objectives. L'engagement, la discipline et l'expertise des membres contribuent fondamentalement à la bonne marche du BST.

Gemiddeld worden er een 400 à 500 dossiers per jaar voorgelegd aan het OBS. Daaronder vallen ook vragen voor informatie, of aanvragen die niet-ontvankelijk zijn onder meer omdat de bijpremie 75% of lager is.

Le BST est en moyenne saisi de 400 à 500 dossiers par an. Ce nombre inclut également les demandes d'information et les demandes jugées irrecevables en partie parce que la surprime est égale ou inférieure à 75 %.

De laatste twee jaar is er een daling van de aanvragen bij het OBS, die verband lijkt te houden met de significante daling in de vastgoedmarkt. Globaal gezien blijft het aantal aanvragen bij het OBS van kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico marginaal ten opzichte van de vastgoedmarkt en het totaal aantal daarbij afgesloten hypothecaire kredieten.

Les deux dernières années ont été marquées par une baisse des demandes adressées au BST, ce qui semble tenir au ralentissement important du marché immobilier. Globalement, le nombre de demandes adressées au BST par des candidats-assurés présentant un risque de santé accru reste marginal par rapport au marché immobilier et au nombre total de crédits hypothécaires contractés.

3. De opdracht van het OBS bestaat uit vier onderdelen:

3. La mission du BST comporte quatre volets :

(i) Het belangrijkste onderdeel van de opdracht van het OBS is en blijft het onderzoek van de dossiers waarin de schuldsaldoverzekering geweigerd wordt, of de gevraagde bijpremie meer dan 75% bedraagt (art. 13 KB).

(i) Le volet le plus important de la mission du BST est et reste l'examen des dossiers dans lesquels l'assurance solde restant dû est refusée ou la surprime demandée supérieure à 75 % (art. 13 de l'AR).

Per jaar dient het OBS gemiddeld genomen ongeveer een 300-tal dergelijke dossiers te

Le BST doit en moyenne traiter environ 300 dossiers de ce type par an. Il s'agit de dossiers

beoordelen. Het betreffen complexe dossiers die veelal betrekking hebben op personen die aan een combinatie van ernstige aandoeningen lijden met een belangrijke impact op hun levensverwachting. Ze betreffen alle types van ziekten, fysieke en psychische. Hartaandoeningen, kankers en een combinatie van aandoeningen komen het meest aan bod (Jaarverslag OBS 2023, 17).

Voor ieder dossier vergt dit een zeer ernstige, omvangrijke en tijdsintensieve voorbereiding door de leden van het OBS, met analyse van medische studies, onderzoek en beoordeling van de gegevens en het sterftecijfer weerhouden door de verzekeraar. Het OBS beoordeelt het oversterftepercentage en of de gevraagde bijpremie overeenkomt met de overlijdensstatistieken. Het OBS komt niet tussen in de berekeningswijze van de basis – of bijpremie. Er wordt gezocht naar een wetenschappelijk correct voorstel op basis van de gegevens waarover het OBS beschikt.

De beslissingen worden systematisch genomen op basis van consensus. De inzet van de leden is groot en zeer plichtsbewust. Sommige dossiers omvatten een 100-tal pagina's en iedere veertien dagen worden gemiddeld 20 à 25 dossiers behandeld. Door de inspanningen van de leden wordt de termijn voor het verlenen van advies binnen 15 werkdagen na ontvangst van het volledige dossier gerespecteerd (art. 15, §1 KB).

In de meerderheid van de dossiers onderbouwen de verzekeraars hun voorstel met accurate wetenschappelijke gegevens.

In 15 à 20% van de dossiers doet het OBS een ander voorstel, hetgeen marginaal is in het totale aantal behandelde dossiers.

In de meerderheid van de gevallen volgt de verzekeraar het advies van het OBS.

De adviesaanvraag kan er toe leiden (10 à 30 dossiers per jaar) dat de verzekeraar het initiatief neemt om een nieuw voorstel voor te leggen aan de kandidaat-verzekeringnemer. Dit toont tevens aan dat het OBS bepaalde dossiers kan deblokken of een oplossing kan bespoedigen.

complexes qui concernent pour la plupart des personnes souffrant d'une combinaison de maladies graves ayant un impact significatif sur leur espérance de vie. Ces dossiers portent sur tous les types de maladies, physiques et psychiques. Les affections cardiaques, les cancers et une combinaison d'affections sont les types de maladie les plus fréquents (Rapport annuel 2023 du BST, p. 17).

Chaque dossier requiert des membres du BST une préparation très sérieuse, circonstanciée et chronophage, incluant l'analyse des études médicales, ainsi que l'examen et l'évaluation des données et du taux de mortalité retenu par l'assureur. Le BST évalue le taux de surmortalité et examine si la surprime demandée correspond aux statistiques de décès. Le BST n'intervient pas dans la méthode de calcul de la prime de base ou de la surprime. Il cherche à établir une proposition scientifiquement correcte sur la base des données dont il dispose.

Les décisions sont systématiquement prises par consensus. L'engagement des membres est élevé et reflète une grande conscience professionnelle. Certains dossiers comportent une centaine de pages et 20 à 25 dossiers sont en moyenne traités tous les quinze jours. Grâce aux efforts des membres, le délai dans lequel l'avis doit être rendu, soit dans les 15 jours ouvrables suivant la réception du dossier complet (art. 15, § 1^{er}, de l'AR), est respecté.

Dans la majorité des dossiers, les assureurs étayent leur proposition par des données scientifiques précises.

Dans 15 à 20 % des dossiers, le BST fait une proposition différente, ce qui est marginal par rapport au nombre total de dossiers traités.

Dans la majorité des cas, l'assureur suit l'avis du BST.

La demande d'avis peut amener l'assureur à prendre l'initiative de soumettre une nouvelle proposition au candidat-prenneur d'assurance (10 à 30 dossiers par an). Cela montre aussi que le BST peut débloquer certains dossiers ou accélérer la mise en place d'une solution.

(ii) De controle op de medische vragenlijsten is qua werklast thans veel minder omdat alle op de markt gebruikte medische vragenlijsten die kandidaat-verzekerden dienen in te vullen bij het aanvragen van een schuldsaldoverzekering zijn gecontroleerd door het OBS. Het aanpassen van vragenlijsten of controleren van vragenlijsten van nieuwe verzekeraars komt voor maar blijft in aantal beperkt. Het OBS neemt contact op met de betrokken verzekeraar wanneer een medische vragenlijst niet volledig conform de wetgeving zou zijn.

De expertise en de ernst waarmee de medische vragenlijsten worden onderzocht en besproken worden benadrukt.

(iii) Informatieverstrekking aan consumenten heeft vooral betrekking op de voorwaarden voor de toegang tot het OBS, het indienen van adviesaanvragen, verloop van de procedure en het afsluiten van schuldsaldoverzekeringen. Bij dossiers met een bijpremie van 75% of lager wordt de consument doorverwezen naar de Ombudsman van de verzekeringen die hiervoor bevoegd is.

(iv) Het OBS heeft ook een opdracht, in samenwerking met het KCE, in het kader van de wettelijke regeling van het recht om vergeten te worden in bepaalde schuldsaldoverzekeringen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (art. 61/1 e.v. WVLA). Deze opdracht valt buiten het bestek van dit evaluatieverslag.

De vertegenwoordigers van de verbruikers betreuren dit.

2. Ombudsman van de verzekeringen in geval van bijpremie lager of gelijk aan 75%

1. Wanneer de voorgestelde bijpremie lager of gelijk is aan 75% van de basispremie, heeft deze kandidaat-verzekeringnemer volgens de reglementering geen toegang tot het OBS. In dat geval kan de kandidaat-verzekeringnemer zich wenden tot de Ombudsman van de verzekeringen voor een onderzoek van de voorgestelde bijpremie.

(ii) La vérification des questionnaires médicaux constitue à l'heure actuelle une charge de travail beaucoup moins lourde, parce que tous les questionnaires médicaux utilisés sur le marché qui sont à compléter par les candidats-assurés sollicitant une assurance solde restant dû ont déjà été contrôlés par le BST. L'adaptation de questionnaires ou le contrôle de questionnaires de nouveaux assureurs peut encore se produire, mais ce n'est pas fréquent. Le BST prend contact avec l'assureur concerné lorsqu'un questionnaire médical n'est pas entièrement conforme à la législation.

L'expertise et le sérieux avec lesquels les questionnaires médicaux sont examinés et discutés sont soulignés.

(iii) La communication d'informations aux consommateurs porte principalement sur les conditions d'accès au BST, l'introduction des demandes d'avis, le déroulement de la procédure et la souscription d'une assurance solde restant dû. Pour les dossiers où la surprime est égale ou inférieure à 75 %, les consommateurs sont orientés vers l'Ombudsman des assurances, qui est compétent en la matière.

(iv) La mission du BST comporte également une tâche qu'il exerce, en collaboration avec le KCE, dans le cadre de la réglementation légale relative au droit à l'oubli dans certaines assurances solde restant dû et incapacité de travail (art. 61/1 et suivants de la WVLA). Cette tâche n'entre pas dans le champ du présent rapport d'évaluation.

Les représentants des consommateurs le regrettent.

2. Recours à l'Ombudsman des assurances en cas de surprime égale ou inférieure à 75 %

1. Aux termes de la réglementation, le candidat-preneur d'assurance n'a pas accès aux services du BST lorsque la surprime proposée est égale ou inférieure à 75 % de la prime de base. Dans ce cas, le candidat-preneur d'assurance peut s'adresser à l'Ombudsman des assurances pour que ce dernier examine la surprime proposée.

2. Het overzicht van de gegevens betreffende de aanvragen bij de Ombudsman:

Jaar	Ontvangen aanvragen	Behandelde aanvragen	Herziening van tarificatie	Herziening van tarificatie in %
2017	74	47	18	38 %
2018	59	23	12	52 %
2019	60	27	8	30 %
2020	62	24	9	38 %
2021	63	28	14	50 %
2022	70	32	20	63 %
2023	40	16	4	25 %

De Ombudsman licht toe dat sinds 2017 het aantal ingediende dossiers vrij constant is, met een daling in 2023 die waarschijnlijk verband houdt met een kentering in de vastgoedmarkt.

De ingediende dossiers zitten veelal dicht bij de grens van de bijpremie van 75%. Het gaat om aandoeningen waar er een minder grote invloed is op het overlijdensrisico (zoals psychologische problemen, matig overgewicht, ziekte van Crohn, ...).

3. Net zoals bij het OBS, vraagt de Ombudsman in deze dossiers bij de verzekeraar naar medische studies die de bijpremie kunnen verantwoorden. Gezien de Ombudsman niet beschikt over een geneesheer is het evenwel quasi onmogelijk om de meegeleverde studies in vraag te stellen of te betwisten en kan enkel een globale toetsing van de studies gebeuren. Op basis van deze toetsing blijkt dat de aangeleverde studies de bijpremie niet altijd kunnen verantwoorden, doordat de Hazard Ratio (de verhoogde kans op overlijden tegenover de personen zonder deze aandoening) in deze studies niet overeenstemt met de uiteindelijke voorgestelde bijpremie. In deze dossiers wordt dan ook onderhandeld om de bijpremie af te stemmen op deze Hazard Ratio.

Voorts stelt de Ombudsman vast dat het in de voorgelegde dossiers vaak gaat over een minder goede motivatie en argumentatie van de gevraagde bijpremie, en dat de verzekeraar vaak zelf tot herziening van het voorstel overgaat wanneer de Ombudsman de door hem gebruikte studies opvraagt. De Ombudsman wijst aldus op

2. Aperçu des données relatives aux demandes introduites auprès de l'Ombudsman :

Année	Demandes reçues	Demandes traitées	Révision de la tarification	Révision de la tarification en %
2017	74	47	18	38 %
2018	59	23	12	52 %
2019	60	27	8	30 %
2020	62	24	9	38 %
2021	63	28	14	50 %
2022	70	32	20	63 %
2023	40	16	4	25 %

L'Ombudsman explique que, depuis 2017, le nombre de dossiers déposés est relativement constant, mais qu'il a diminué en 2023 à la suite probablement d'un retournement du marché immobilier.

Les dossiers déposés comportent pour la plupart une surprime proche de la limite de 75 %. Ils portent sur des pathologies dont l'impact sur le risque de décès est moins important (comme les troubles psychologiques, l'obésité modérée, la maladie de Crohn, ...).

3. À l'instar du BST, l'Ombudsman, lorsqu'il est saisi de ces dossiers, demande à l'assureur des études médicales pouvant justifier la surprime. Comme l'Ombudsman n'a pas de médecin à sa disposition, il lui est toutefois quasi impossible de remettre en cause ou de contester les études fournies, celles-ci ne pouvant faire l'objet que d'une appréciation globale. Il ressort de cette appréciation que les études fournies ne peuvent pas toujours justifier la surprime, parce que le Hazard Ratio (le risque de décès accru par rapport aux personnes ne souffrant pas de cette pathologie) tel que mentionné dans ces études ne correspond pas à la surprime qui est finalement proposée. Des négociations sont dès lors menées dans ces dossiers afin d'aligner la surprime sur ce Hazard Ratio.

L'Ombudsman constate par ailleurs que la surprime demandée dans les dossiers qui lui sont présentés est souvent moins bien motivée et argumentée et qu'il est fréquent que l'assureur procède lui-même à une révision de sa proposition lorsque l'Ombudsman lui demande de lui fournir les études qu'il a utilisées.

het belang dat verzekeraars het voorstel goed motiveren en in het bijzonder de medische studies grondig opvolgen.

L'Ombudsman souligne par conséquent qu'il est important pour les assureurs de bien motiver leur proposition et, en particulier, d'assurer un suivi rigoureux des études médicales utilisées.

3. Herziening door de herverzekeraar en gestandaardiseerde waarborg

De reglementering voorziet tevens in een procedure van herziening van het voorstel van de verzekeraar door de herverzekeraar (art. 214 WVLA) en in een gestandaardiseerde waarborg ingeval de verzekeraar een bijpremie aanrekent die meer dan 200% van de basispremie bedraagt (art. 222 WVLA).

Over deze aspecten van de reglementering werd niets opgemerkt noch gezegd.

3. Réévaluation par le réassureur et garantie standardisée

La réglementation prévoit également une procédure de réévaluation de la proposition de l'assureur par le réassureur (art. 214 de la WVLA) et l'octroi d'une garantie standardisée au candidat-assuré dans le cas où l'assureur lui impute une surprime supérieure à 200 % de la prime de base (art. 222 de la WVLA).

Ces aspects de la réglementation n'ont pas fait l'objet de remarques ni de commentaires.

IV. SPECIFIEKE EVALUATIEPUNTEN

1. Gebundeld rond een aantal thema's, volgt hierna het overzicht van de knelpunten aangehaald door, evenals de voorstellen voorgelegd door de vertegenwoordigers van de gebruikers.

Daarbij worden telkens de gedetailleerde standpunten hierover van de verschillende delegaties toegelicht.

De voorstellen waarover de verschillende delegaties het eens zijn, zijn verwoord onder de hoofding "Voorstel".

2. Algemeen zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen van mening dat in de huidige wetgeving-Partyka een evenwicht gezocht en gevonden is tussen de belangen van alle stakeholders, patiënten, consumenten, verzekeraars en kredietgevers.

Zij stellen dat de voorstellen voorgelegd door de vertegenwoordigers van de gebruikers, zoals een grotere toegang tot het OBS door een verlaging van de drempel van 75% bijpremie, een hogere tussenkomst door de Compensatiekas door een verlaging van de drempel van 125% bijpremie en de afschaffing van de medische vragenlijsten onder een bepaalde kapitaal, dat evenwicht doorbreken. Deze voorstellen gaan naar hun mening in ieder geval volledig voorbij aan hoe

IV. POINTS D'ÉVALUATION SPÉCIFIQUES

1. L'on trouvera ci-après, regroupés autour d'un certain nombre de thèmes, un aperçu des points problématiques soulevés par les représentants des consommateurs ainsi que les propositions qu'ils ont soumises.

La position détaillée des différentes délégations sur la question est ensuite à chaque fois exposée.

Les propositions sur lesquelles les différentes délégations se sont accordées sont présentées sous un intitulé "Proposition".

2. Les représentants des entreprises d'assurance estiment dans l'ensemble que la législation Partyka actuelle a cherché et trouvé un équilibre entre les intérêts de toutes les parties prenantes, patients, consommateurs, assureurs et prêteurs.

Ils considèrent que les propositions soumises par les représentants des consommateurs, telles qu'un accès plus large au BST grâce à un abaissement du seuil de 75 % de surprime, une intervention majorée de la Caisse de compensation par une réduction du seuil de 125 % de surprime et la suppression des questionnaires médicaux en dessous d'un certain capital assuré, rompent cet équilibre. À leurs yeux, ces propositions font en tout cas

verzekeringen werken, waarbij het noodzakelijk is om het te verzekeren risico te kunnen beoordelen en de (bij)premie te kunnen afstemmen op het werkelijke risico van de te verzekeren persoon. Ook de ongunstige neveneffecten die ermee gepaard (kunnen) gaan, voor de verzekeraars maar ook voor grote groepen van consumenten, voor de vzw Accesso en voor het OBS, worden daarbij volledig genegeerd.

1. Continuïteit van de werking van het OBS

1. De voorzitter en meerdere leden van het OBS zetelen reeds in het OBS sinds de opstart in 2015. Sommigen daarvan hebben intussen de pensioenleeftijd bereikt. De huidige mandaten lopen af in augustus 2026. Een belangrijke bekommernis is dat het naar verwachting bijzonder moeilijk zal zijn, indien een lid beslist om zijn mandaat te beëindigen, om hiervoor een vervanger te vinden met de nodige medische of technische expertise en die bereid is om zo'n tijdsintensief engagement aan te gaan.

Dit probleem stelt zich bij elk van de delegaties (patiënten, consumenten en verzekeraars) en kan de continuïteit van het Opvolgingsbureau bedreigen.

Bovendien zijn hun huidige werklast en inspanning niet in verhouding tot de financiële vergoeding die de leden ontvangen.

2. De vertegenwoordigers van de gebruikers bevestigen dat het een positieve evolutie is dat er budget vrijgemaakt werd om de artsen die namens de patiënten/consumenten zetelen in het OBS te vergoeden.

Sinds de start in 2015 werd de financiële regeling evenwel niet aangepast. Zij vragen om de huidige regeling te herbekijken.

Sinds 2022 werd het toepassingsgebied van de btw-vrijstelling aangepast waardoor er voor de behandeling van de dossiers in het OBS bovendien btw dient aangerekend te worden. Dit zorgt voor een verhoging van de kostprijs per behandeld dossier met 21%.

totalement fi du mode de fonctionnement des assurances, où il faut pouvoir évaluer le risque à assurer et adapter la (sur)prime au risque réel lié à la personne à assurer. Elles font aussi complètement abstraction des répercussions négatives qu'elles (peuvent) entraîner, pour les assureurs mais aussi pour de grands groupes de consommateurs, pour l'asbl Accesso et pour le BST.

1. Continuité de fonctionnement du BST

1. Le président et plusieurs membres du BST y siègent depuis son entrée en fonction en 2015. Certains d'entre eux ont entre-temps atteint l'âge de la retraite. Les mandats actuels expirent en août 2026. Une préoccupation majeure réside dans le fait qu'il devrait être extrêmement difficile, si un membre décidait de mettre fin à son mandat, de lui trouver un remplaçant disposant de l'expertise médicale ou technique nécessaire et prêt à s'engager dans une mission aussi chronophage.

Ce problème se pose dans chacune des délégations (patients, consommateurs et assureurs) et peut menacer la continuité du Bureau du suivi.

En outre, le travail et les efforts fournis actuellement par les membres sont disproportionnés par rapport aux indemnités financières qu'ils reçoivent.

2. Les représentants des consommateurs confirment que le fait qu'un budget ait été débloqué pour indemniser les médecins qui siègent au BST au nom des patients/consommateurs constitue une évolution positive.

Depuis le début en 2015 le régime financier n'a toutefois pas été adapté. Ils demandent que le régime actuel soit revu.

Depuis 2022, le champ d'application de l'exonération de TVA a été modifié, de sorte que le traitement des dossiers au sein du BST est en outre soumis à TVA. Le prix de revient par dossier traité s'en voit augmenté de 21 %.

Daarnaast werden de tarieven voor de behandeling van een dossier sinds de start nooit aangepast. De reële kost is omwille van indexaties sterk toegenomen waardoor de vergoeding niet meer in verhouding is met de geleverde prestaties.

Voorstel:

De Commissie voor verzekeringen stelt voor om de financiële regeling van het OBS te herzien, zowel de vergoeding van de leden als de voorzitter.

2. Drempel van 75% bijpremie voor de toegang tot OBS

1. De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om de drempel voor de toegang tot het OBS te verlagen van 75% bijpremie naar 50% bijpremie. Zij verwijzen hiervoor naar de cijfers van de Ombudsman waaruit ze afleiden dat in de meeste van deze dossiers de drempel dicht tegen de grens van 75% zit en door de verzekeraars aangeleverde studies de bijpremie niet altijd verantwoorden. Voorts stellen zij dat de Ombudsman zelf aangeeft over onvoldoende medische kennis te beschikken om een grondige controle te doen van de motivering en de voorgestelde bijpremie. Zij stellen tevens dat een bijpremie van 50% tot 75 % zwaar kan doorwegen in het budget van de consument. Uit de cijfers van de Ombudsman sinds 2017 leiden ze af dat in 43% van de behandelde gevallen de tarificatie werd herzien. De Ombudsman geeft aan zelf niet over voldoende medische kennis te beschikken voor een grondige controle van de motivering en de voorgestelde bijpremie. Dit geeft volgens hen aan dat een toegankelijke manier om een herbeoordeling aan te vragen bij een instantie die over de nodige expertise beschikt noodzakelijk is.

Deze vertegenwoordigers erkennen niettemin de grotere werklast voor het OBS indien de drempel zou worden verlaagd en bevestigen dat het belangrijk is dat in dat geval ook de werkingsmiddelen van het OBS verhoogd worden.

De plus, les tarifs de traitement des dossiers n'ont jamais été ajustés depuis le début. Sous l'effet d'indexations, le coût réel a fortement augmenté, ce qui fait que les indemnités ne sont plus en rapport avec les prestations fournies.

Proposition :

La Commission des Assurances propose de revoir le régime financier du BST en ce qui concerne les indemnités perçues tant par les membres que par le président.

2. Seuil de surprime de 75 % pour accéder au BST

1. Les représentants des consommateurs demandent que le seuil d'accès au BST soit ramené d'une surprime de 75 % à une surprime de 50 %. Ils se réfèrent pour cela aux chiffres de l'Ombudsman, dont ils infèrent que, dans la plupart de ces dossiers, le seuil est tout proche de la limite de 75 % et que les études fournies par les assureurs ne justifient pas toujours la surprime appliquée. Ils font également valoir que l'Ombudsman déclare lui-même ne pas disposer de connaissances médicales suffisantes pour procéder à un contrôle approfondi de la motivation fournie et de la surprime proposée. Ils affirment également qu'une surprime de 50 % à 75 % peut peser lourdement sur le budget du consommateur. Ils déduisent des chiffres de l'Ombudsman depuis 2017 que la tarification a été revue dans 43 % des cas traités. L'Ombudsman déclare lui-même ne pas disposer de connaissances médicales suffisantes pour procéder à un contrôle approfondi de la motivation fournie et de la surprime proposée. Cela témoigne selon eux de la nécessité d'avoir un moyen accessible de demander une réévaluation auprès d'une instance disposant de l'expertise nécessaire.

Ces représentants reconnaissent néanmoins qu'un abaissement du seuil accroîtrait la charge de travail du BST et confirment qu'il est important que, dans ce cas, les moyens de fonctionnement du BST soient également renforcés.

2. De Ombudsman verwijst naar de afwezigheid van voldoende medische expertise bij de Ombudsdienst in sommige dossiers en een verlaging van de grens van 75% zou toelaten om deze dossiers voor te leggen aan het OBS.

3. De voorzitter van het OBS wenst over deze vraag tot verlaging van de drempel naar 50% geen standpunt in te nemen. Wel wijst hij erop dat een verlaging tot 50% bijpremie in ieder geval de werklast van het OBS zal verhogen, terwijl die werklast momenteel al hoog is. De leden leveren momenteel reeds extra inspanningen om de adviestertermijn van de 15 werkdagen te halen. Bovendien is, zoals vermeld, de uitgekeerde vergoeding niet in verhouding tot de huidige werklast en inspanningen. Hij wijst tevens op het belang van leden met de nodige technische en medische expertise gezien de veelal complexe dossiers. Voorts verwijst hij naar de toelichting van de Ombudsman dat het in de voorgelegde dossiers vaak gaat over een minder goede motivatie en argumentatie van de gevraagde bijpremie, vermits de verzekeraar vaak zelf tot herziening van het voorstel overgaat wanneer de Ombudsman de door hem gebruikte studies opvraagt. Hieruit blijkt volgens hem dat bij de dossiers die bij de Ombudsman ter beoordeling worden voorgelegd het vooral gaat om motiveringsproblemen, eerder dan om medisch technische problemen.

4. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat de cijfers van de Ombudsman niet representatief zijn voor de te verwachten toename van het aantal dossiers bij het OBS indien de drempel voor het OBS zou worden verlaagd naar 50%. Zij wijzen erop dat een verzekeraar in geval van een bijpremie in de beslissingsbrief aan de kandidaat-verzekeringnemer uitdrukkelijk melding moet maken van de beroepsmogelijkheid bij het OBS voor bijpremies hoger dan 75% maar niet van de beroepsmogelijkheid bij de Ombudsman voor lagere bijpremies. Er kan bijgevolg worden verwacht dat er bij het OBS significant meer aanvragen zullen worden ingediend dan het aantal dat de Ombudsman vandaag behandelt, als de drempel voor het OBS verlaagd zou worden.

2. L'Ombudsman attire l'attention sur l'absence d'expertise médicale suffisante au sein du service de l'Ombudsman dans certains dossiers et un abaissement de la limite de 75 % permettrait de soumettre ceux-ci au BST.

3. Le président du BST ne souhaite pas prendre position sur cette question de l'abaissement du seuil à 50 %. Il souligne cependant qu'une réduction à une surprime de 50 % augmentera en tout état de cause la charge de travail du BST, alors qu'elle est déjà élevée aujourd'hui. Les membres déploient déjà actuellement des efforts supplémentaires pour respecter le délai de 15 jours ouvrables dont ils disposent pour rendre un avis. En outre, comme déjà mentionné, les indemnités perçues ne sont pas à la hauteur de la charge de travail et des efforts actuels. Il souligne également qu'il est important d'avoir des membres ayant l'expertise technique et médicale nécessaire vu la nature souvent complexe des dossiers. Il se réfère d'autre part aux propos de l'Ombudsman expliquant que la surprime demandée dans les dossiers qui lui sont présentés est souvent moins bien motivée et argumentée, la preuve étant qu'il est fréquent que l'assureur procède lui-même à une révision de sa proposition lorsque l'Ombudsman lui demande de lui fournir les études qu'il a utilisées. Selon lui, cela montre que les principaux problèmes dans les dossiers soumis à l'examen de l'Ombudsman sont des problèmes de motivation, plutôt que des problèmes médico-techniques.

4. Les représentants des entreprises d'assurance estiment que les chiffres de l'Ombudsman ne sont pas représentatifs de l'augmentation prévisible du nombre de dossiers soumis au BST si le seuil d'accès au BST était abaissé à 50 %. Ils soulignent qu'en cas de surprime, l'assureur doit, dans le courrier par lequel il fait connaître sa décision au candidat-prenneur d'assurance, explicitement mentionner que ce dernier a la possibilité de faire appel au BST pour les surprimes supérieures à 75 %, mais pas qu'il peut s'adresser à l'Ombudsman pour des surprimes plus faibles. En cas d'abaissement du seuil d'accès au BST, l'on peut par conséquent s'attendre à ce que le nombre de demandes auprès du BST soit nettement plus élevé que celui que l'Ombudsman traite aujourd'hui.

Zij merken op dat de grens van meer dan 75% bijpremie destijds bewust werd ingevoerd teneinde het aantal door het OBS te herbeoordelen dossiers werkbaar te houden en de focus te houden op die dossiers waarvoor een herbeoordeling het meest nuttig is, zijnde de weigeringen en de hogere bijpremies. Een verlaging van de grens van 75% kan het aantal dossiers dat het OBS jaarlijks dient te behandelen gevoelig doen toenemen, zeker indien verzekeraars systematisch die beroepsmogelijkheid moeten communiceren in hun brieven aan de kandidaat-verzekeringnemers.

Zij wijzen nogmaals op de huidige zeer hoge werklast van het OBS die door een verlaging van de drempel alleen maar verder zal stijgen. Zij stellen zich tevens vragen bij de haalbaarheid van een verhoging van het vergaderritme, gelet op het feit dat er nu reeds om de veertien dagen wordt vergaderd over 20 à 25 dossiers. Dit zal de zoektocht naar artsen om te zetelen in het OBS alleen maar verder bemoeilijken.

Derhalve pleiten de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen om de drempel van 75% te behouden teneinde de werkbaarheid en de continuïteit van het OBS niet in gevaar te brengen.

Bovendien is er volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen reeds een oplossing voor kandidaat-verzekerden waarvan de bijpremie niet hoog genoeg is om in aanmerking te komen voor een herbeoordeling door het OBS. Zij kunnen steeds terecht bij de interne klachtendienst van de verzekeraar of indien dit geen soelaas biedt bij de Ombudsman van de Verzekeringen. Deze vertegenwoordigers stellen daarom als alternatief voor om meer ruchtbaarheid te geven aan de reeds bestaande beroepsmogelijkheden in de communicatie aan de kandidaat-verzekeringnemers (zie tevens hierna, 3.1).

3. Informatieverschaffing

1. De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de verzekeraar de (kandidaat)verzekerden niet alleen informeert

Ils font remarquer que la limite de plus de 75 % de surprime a été délibérément introduite à l'époque pour que le nombre de dossiers à réévaluer par le BST reste gérable et que l'on se concentre sur les dossiers qu'il est le plus utile de réévaluer, c'est-à-dire les refus et les surprimes les plus élevées. L'abaissement de la limite de 75 % pourrait augmenter considérablement le nombre de dossiers que le BST doit traiter chaque année, surtout si l'on impose aux assureurs de systématiquement communiquer cette possibilité de recours dans leurs lettres aux candidats-preneurs d'assurance.

Ils rappellent que le BST fait actuellement face à une très grande charge de travail, qui ne fera qu'augmenter si l'on abaisse le seuil. Ils s'interrogent également sur la faisabilité d'une augmentation de la fréquence des réunions, qui sont déjà organisées tous les quinze jours pour traiter à chaque fois 20 à 25 dossiers. Trouver des médecins pour siéger au BST n'en sera que plus compliqué.

Les représentants des entreprises d'assurance préconisent par conséquent de maintenir le seuil de 75 % afin de préserver le fonctionnement et la continuité du BST.

De plus, selon les représentants des entreprises d'assurance, il existe déjà une solution pour les candidats-assurés dont la surprime n'est pas assez élevée pour pouvoir bénéficier d'une réévaluation par le BST. Ils peuvent toujours s'adresser au service interne de traitement des plaintes de l'assureur ou, si cela ne suffit pas à résoudre le problème, à l'Ombudsman des assurances. Ces représentants proposent donc, comme alternative, de mieux faire connaître les possibilités de recours déjà existantes dans la communication aux futurs assurés (voir aussi le point 3.1 ci-dessous).

3. Fourniture d'informations

1. Les représentants des consommateurs demandent que l'assureur informe les (candidats-)assurés non seulement de la possibilité de

over de mogelijkheid zich te wenden tot het OBS (zoals bepaald in art. 213 WVLA), maar eveneens van de mogelijkheid zich te wenden tot de Ombudsman van de verzekeringen in geval van een bij premie gelijk of lager dan 75%.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan akkoord dat sommige kandidaat-verzekerden zich mogelijks niet realiseren dat die mogelijkheden bestaan voor de bijpremies tot 75%. Om dat te verhelpen en te garanderen dat kandidaat-verzekerden sneller hun weg vinden naar de Ombudsman van de verzekeringen, stellen ze voor dat verzekeraars expliciet in hun beslissingsbrieven vermelden dat kandidaat-verzekerden zich bij eventuele vragen of klachten over bijpremies tot 75% kunnen wenden tot de interne klachtendienst van de verzekeraar of indien dit geen soelaas biedt tot de Ombudsman van de verzekeringen.

Voorstel:

De Commissie voor verzekeringen stelt voor dat verzekeraars expliciet in hun beslissingsbrieven vermelden dat kandidaat-verzekerden zich bij eventuele vragen of klachten over bijpremies tot 75% kunnen wenden tot de interne klachtendienst van de verzekeraar of indien dit geen soelaas biedt tot de Ombudsman van de verzekeringen.

2. De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat informatie over het OBS en de Compensatiekas zou worden uitgewerkt in een standaard informatiedocument dat zou worden meegegeven bij elke medische vragenlijst en bij elk antwoord van de verzekeraar op een verzoek tot verzekering van de kandidaat-verzekerde (zie ondertussen door het Parlement aangenomen Wetsvoorstel 56-0302 dat een dergelijk standaard informatiedocument voorziet).

3. De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat verzekeraars ten aanzien van de kandidaat-verzekeringnemers op gebrekkige wijze de weigering van een schuldsaldoverzekering of de berekening van de bij premie motiveren. Naar hun interpretatie van

s'adresser au BST (conformément à l'article 213 de la WVLA), mais aussi de la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman des assurances en cas de surprime inférieure ou égale à 75 %.

Les représentants des entreprises d'assurance reconnaissent que certains candidats-assurés peuvent ne pas se rendre compte que ces options existent pour des surprimes allant jusqu'à 75 %. Pour remédier à cette situation et faire en sorte que les candidats-assurés s'adressent plus facilement à l'Ombudsman des assurances, ils proposent que les assureurs indiquent explicitement dans les courriers par lesquels ils font connaître leur décision aux candidats-assurés que ceux-ci peuvent s'adresser au service interne de réclamation de l'assureur pour toute question ou plainte concernant les surprimes allant jusqu'à 75 % ou, si cela ne suffit pas à résoudre le problème, à l'Ombudsman des assurances.

Proposition :

La Commission des Assurances propose que les assureurs indiquent explicitement dans les courriers par lesquels ils font connaître leur décision aux candidats-assurés que ceux-ci peuvent soumettre toute question ou plainte concernant les surprimes allant jusqu'à 75 % au service interne de réclamation de l'assureur ou, si cela ne suffit pas à résoudre le problème, à l'Ombudsman des assurances.

2. Les représentants des consommateurs demandent que des renseignements sur le BST et la Caisse de compensation soient rassemblés dans un document d'information standardisé qui serait joint à chaque questionnaire médical et à chaque réponse de l'assureur à une demande d'assurance d'un candidat-assuré (voir le projet de loi 56-0302, adopté entre-temps par le Parlement, qui prévoit un tel document d'information standardisé).

3. Les représentants des consommateurs estiment que les raisons données par les assureurs aux candidats-preneurs d'assurance pour motiver un refus de souscrire une assurance solde restant dû ou le calcul de la surprime sont insuffisantes. Selon leur interprétation du rapport

het verslag aan de Koning bij de artikelen 6-8 KB, dienen de verzekeraars uit te leggen op basis van welke studies en op basis van welk overlevens-mortaliteitscijfer in de studies het overlijdensrisico werd ingeschat, en dient daarbij rekening te worden gehouden met de individuele situatie van de verzekerde en niet alleen met algemene en abstracte categorieën per pathologie. Op basis van die motivering moet volgens hen ook in concreto kunnen worden nagegaan of is voldaan aan de vereist van objectieve rechtvaardiging zoals bepaald in de anti-discriminatie wetgeving.

4. Actuariële grondslag van de premie

Het OBS heeft krachtens artikel 217 WVLA de opdracht na te gaan of de voorgestelde bijpremie dan wel de weigering van de verzekering medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen in het licht van de in artikel 218 WVLA vermelde studie van het KCE dat een onafhankelijke actuaaris de methode die gebruikt wordt door het OBS om de oversterfte van een bepaalde ziekte om te zetten in een correcte actuariële bijpremie zou analyseren op basis van een aantal behandelde dossiers met verschillende aandoeningen. Zij vragen ook dat die onafhankelijke actuaaris een analyse/evaluatie maakt van de studies waarnaar verwezen wordt in artikel 219 WVLA. Naar hun mening is het niet normaal dat een verzekeringsonderneming met een volgens hen te dure basispremie een soms meer dan dubbele bijpremie mag aanrekenen, dan een goedkope verzekeraar voor dezelfde kandidaat-verzekeringnemer met hetzelfde profiel.

De voorzitter van het OBS en deskundigen stellen dat er geen wettelijk kader bestaat dat de voorzitter van het OBS zou toelaten om externen toegang te verlenen tot de dossiers van het OBS. Dit zou volgens hen bovendien afbreuk doen aan het beroepsgeheim van de leden van het OBS.

Het OBS evalueert voorts het oversterftepercentage en of de gevraagde bijpremie overeenkomt met de

au Roi relatif aux articles 6 à 8 de l'AR, les assureurs devraient expliquer sur la base de quelles études et de quel taux de survie-mortalité ressortant des études ils ont estimé le risque de décès, en tenant compte de la situation individuelle de l'assuré et pas seulement de catégories générales et abstraites par pathologie. Il devrait également être possible de vérifier in concreto, sur la base de cette motivation, si l'exigence de justification objective telle qu'elle figure dans la législation anti-discrimination est respectée.

4. Fondement actuariel de la prime

En vertu de l'article 217 de la WVLA, le BST a pour mission d'examiner si la surprime proposée ou le refus d'assurance se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

Les représentants des consommateurs demandent, à la lumière de l'étude du KCE visée à l'article 218 de la WVLA, qu'un actuaire indépendant analyse la méthode utilisée par le BST pour convertir la surmortalité d'une maladie donnée en une surprime actuarielle correcte sur la base d'un certain nombre de dossiers traités portant sur différentes affections. Ils demandent également que cet actuaire indépendant analyse/évalue les données scientifiques visées à l'article 219 de la WVLA. À leur avis, il n'est pas normal qu'une entreprise d'assurance dont la prime de base est, selon eux, trop élevée puisse facturer une surprime parfois plus de deux fois supérieure à celle d'un assureur à bas prix pour le même candidat-prenneur d'assurance avec le même profil.

Le président du BST et les experts font valoir qu'il n'existe pas de cadre juridique permettant au président du BST d'accorder à des personnes extérieures un accès aux dossiers du BST. Ils affirment que cela entraînerait de plus une violation du secret professionnel des membres du BST.

Il ajoute que le BST évalue le taux de surmortalité et examine si la surprime demandée correspond aux statistiques de décès. Le BST n'intervient pas

overlijdensstatistieken. Het OBS komt niet tussen in de berekeningswijze van de basis- of bijpremie.

Bovendien merken de delegaties van de Commissie, andere dan de vertegenwoordigers van de verbruikers, op dat de Europese wetgeving een vrijheid van tarifiering voor verzekeringsondernemingen garandeert die volgens het Hof van Justitie voor de verzekeringsondernemingen in ieder geval het recht moet inhouden om de basispremie te bepalen, ongeacht de test van wettelijke bepaling van algemeen belang. De bijpremie is een percentage van deze vrij te bepalen basispremie. Bovendien staat het elke consument vrij om offertes bij meerdere verzekeraars op te vragen en deze met elkaar te vergelijken.

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar de rechtspraak van het Hof van Justitie inzake de test van wettelijke bepaling van algemeen belang en zijn van mening dat het Hof van Justitie consumentenbescherming altijd erkent als een reden van algemeen belang tot afwijking van het beginsel van de contractuele vrijheid (arrest C-518/06).

5. Medische vragenlijsten

5.1. Conformiteit met de wetgeving

1. Krachtens de wettelijke spontane mededelingsplicht bepaald in artikel 58 WVLA moet degene die een schuldsaldoverzekering wenst af te sluiten alle omstandigheden meedelen die hij redelijkerwijze moet beschouwen als gegevens die van belang kunnen zijn voor de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Om te voorkomen dat een kandidaat-verzekerde relevante zaken over het hoofd ziet en zich daarbij blootstelt aan sancties (art. 59-60 WVLA), vraagt een verzekeraar gewoonlijk aan de kandidaat-verzekerde om een medische vragenlijst in te vullen.

Op basis van de artikelen 4 en 5 van het KB heeft het OBS alle medische vragenlijsten onderzocht die kandidaat-verzekerden dienen in te vullen bij het aanvragen van een schuldsaldoverzekering en die aan het OBS voorgelegd werden. Vervolgens werden alle medische vragenlijsten, desgevallend na aanpassing van de door het OBS

dans la méthode de calcul de la prime de base ou de la surprime.

Par ailleurs, les délégations de la Commission, autres que les représentants des consommateurs, remarquent que la législation européenne garantit une liberté tarifaire aux entreprises d'assurance qui, selon la Cour de justice, doit en tout état de cause inclure le droit pour les entreprises d'assurance de déterminer la prime de base indépendamment du test de la disposition légale d'intérêt général. La surprime est un pourcentage de cette prime de base librement déterminable. En outre, tout consommateur est libre de demander des devis à plusieurs assureurs et de les comparer.

Certains représentants des consommateurs se réfèrent à la jurisprudence de la Cour de justice sur le test de la disposition légale d'intérêt général et considèrent que la Cour de justice reconnaît toujours la protection des consommateurs comme un motif d'intérêt général permettant de déroger au principe de la liberté contractuelle (arrêt C-518/06).

5. Questionnaires médicaux

5.1. Conformité à la législation

1. En vertu de l'obligation légale de déclaration spontanée prévue à l'article 58 de la WVLA, toute personne souhaitant souscrire une assurance solde restant dû a l'obligation de déclarer toutes les circonstances qu'elle doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Pour éviter qu'un candidat-assuré n'oublie des éléments pertinents et s'expose ainsi à des sanctions (articles 59 et 60 de la WVLA), l'assureur demande généralement au candidat-assuré de remplir un questionnaire médical.

S'appuyant sur les articles 4 et 5 de l'AR, le BST a examiné tous les questionnaires médicaux que les candidats-assurés doivent remplir lors d'une demande d'assurance solde restant dû et qui lui ont été soumis. Ensuite, tous les questionnaires médicaux ont été, le cas échéant après apport des changements imposés par le BST, approuvés à

opgelegde wijzigingen, unaniem goedgekeurd door de leden van het OBS dat paritair samengesteld is uit vertegenwoordigers van patiënten/consumenten en van verzekeraars.

De Commissie merkt op dat de medische vragenlijsten conform moeten zijn met de vereisten van de artikelen 4 en 5 KB van 10 april 2014 en de (Europese en Belgische) wetgeving op de privacy.

2. Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat er op de markt nog vragenlijsten zijn die niet conform zijn met de wetgeving op de privacy. Een goedkeuring door het OBS belet niet dat rechtbanken deze kunnen controleren op hun wettelijkheid en de staking ervan kunnen bevelen. De vragenlijsten moeten ook conform zijn aan de wetgeving op de privacy (art. 8 EVRM, GDPR, art. 22, tweede lid GW, art. 5 KB van 10 april 2014). Naar hun mening is de vraag "lijdt u aan neuroses, psychoses, angsten, enz." niet wettelijk. In de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) of de ICD-10 (International Classification of Diseases WHO) hebben de begrippen 'neurosen' en 'psychosen' volgens hen geen betrekking op psychische aandoeningen zelf maar op hoofdstuktitels, waarbij onder neuroses verschillende angststoornissen staan. Naar hun mening heeft het hof van beroep te Brussel de 'vragen andere' ('les questions autres') strijdig beoordeeld met de vereisten van nauwkeurigheid en proportionaliteit in art. 5 KB van 10 april 2014 en art. 5 GDBR. Het minimalisatiebeginsel van art. 5 GDPR houdt volgens hen ook het principe in van een beperkt aantal vragen die tevens enkel informeren naar aandoeningen die een significant risico op voortijdig overlijden inhouden. Zij menen dat de bepaling in art. 61, tweede lid WVLA dat de door de verzekerde gekozen arts geen informatie mag geven "betreffende andere personen dan de verzekerde" inhoudt dat de verzekerde geen eigen bestaande genetische ziekte mag meedelen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de verzekeringsstussenpersonen en de deskundigen

l'unanimité par les membres du BST, qui est composé paritairement de représentants des patients/consommateurs et des assureurs.

La Commission souligne que les questionnaires médicaux doivent être conformes aux exigences des articles 4 et 5 de l'AR du 10 avril 2014 et à la législation (européenne et belge) en matière de protection de la vie privée.

2. Certains représentants des consommateurs estiment qu'il existe encore sur le marché des questionnaires qui ne respectent pas la législation en matière de protection de la vie privée. Le fait que des questionnaires aient été approuvés par le BST n'empêche pas que les tribunaux puissent vérifier leur légalité et ordonner que l'on cesse de les utiliser. Les questionnaires doivent aussi être conformes à la législation en matière de protection de la vie privée (article 8 de la CEDH ; RGPD ; article 22, alinéa 2, de la Constitution ; article 5 de l'AR du 10 avril 2014). À leur avis, la question "Souffrez-vous de névroses, de psychoses, d'anxiété, etc." n'est pas légale. Dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ou l'ICD-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS), les termes « névroses » et « psychoses » ne désignent selon eux pas les troubles mentaux eux-mêmes, mais les titres des chapitres, où les névroses regroupent divers troubles anxieux. Selon eux, la Cour d'appel de Bruxelles a jugé les 'questions autres' ('vragen andere') contraires aux exigences de précision et de proportionnalité visées à l'article 5 de l'AR du 10 avril 2014 et à l'article 5 du RGPD. Selon eux, le principe de minimisation énoncé à l'article 5 du RGPD inclut le principe de ne poser qu'un nombre limité de questions ne portant que sur les affections posant un risque significatif de décès prématuré. Ils estiment que la disposition de l'article 61, § 2, de la WVLA selon laquelle le médecin choisi par l'assuré ne peut communiquer aucune information "relative à d'autres personnes que l'assuré" implique que l'assuré ne peut pas divulguer qu'il est atteint d'une maladie génétique existante.

Les représentants des entreprises d'assurance et des intermédiaires d'assurance ainsi que les experts soulignent que les questionnaires

wijzen erop dat de gebruikte medische vragenlijsten voor schuldsaldoverzekeringen zijn goedgekeurd door het OBS, waarin ook de patiënten en verbruikers vertegenwoordigd zijn. Bovendien zijn deze vragenlijsten en de bezwaren van deze vertegenwoordigers van de verbruikers reeds ter beoordeling voorgelegd aan de rechtbanken en tegen deze beslissingen werd er geen voorziening in cassatie ingesteld.

Specifiek met betrekking tot het gebruik van de term “autre” – “andere” in de medische vragenlijsten voor schuldsaldoverzekeringen wordt opgemerkt dat deze term net werd voorgesteld door het OBS ter bescherming van de (kandidaat)verzekerde. De bedoeling daarvan is om de (kandidaat)verzekerde te helpen in het correct en volledig nakomen van de wettelijk opgelegde spontane mededelingsplicht. Een exhaustieve oplijsting van ziekten en aandoeningen is immers niet mogelijk en bovendien komen er steeds nieuwe bij. Bij die vraagstelling wordt tevens context gegeven, zodat het voor de verzekerde duidelijk is dat het niet gaat om banale aandoeningen. Voorts heeft de rechtspraak uitdrukkelijk geoordeeld dat bestaande genetische ziekten waaraan de kandidaat-verzekerde lijdt, door de kandidaat-verzekerde moeten meegedeeld worden, op dezelfde wijze als niet-genetische ziekten. Genetische ziekten die de verzekerde heeft zijn geen genetische gegevens in de zin van artikelen 58 en 61 WvLA.

5.2. Medische vragenlijst onder een bepaalde kapitaal en bepaalde leeftijd afschaffen

1. Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om zoals in de Franse wet Lemoine (Loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur) het gebruik van medische vragenlijsten af te schaffen voor woonkredieten met een kapitaal tot 200.000 euro en een eindvervaldag vooraleer de kredietnemer de leeftijd van 60 jaar bereikt.

Deze regeling in de Franse wet Lemoine trad in werking op 1 juni 2022 (art. 10).

médicaux utilisés pour l'assurance solde restant dû ont été approuvés par le BST, au sein duquel les patients et les consommateurs sont également représentés. En outre, ces questionnaires et les objections de ces représentants des consommateurs ont déjà été soumis pour examen aux tribunaux et leurs décisions n'ont pas fait l'objet d'un pourvoi en cassation.

S'agissant particulièrement de l'utilisation du terme “autre” – “andere” dans les questionnaires médicaux à remplir pour souscrire une assurance solde restant dû, il convient de noter que ce terme a justement été proposé par le BST pour protéger le (candidat-) assuré. Le but est d'aider le (candidat-)assuré à se conformer correctement et complètement à l'obligation légale de déclaration spontanée. En effet, il n'est pas possible de dresser une liste exhaustive des maladies et des affections et, en outre, de nouvelles maladies et pathologies apparaissent sans cesse. Ces questions sont de plus placées en contexte afin que l'assuré comprenne bien qu'il ne s'agit pas d'affections anodines. En outre, la jurisprudence a expressément établi que les maladies génétiques existantes dont souffre le (candidat-) assuré doivent être déclarées par ce dernier, au même titre que les maladies non génétiques. Les maladies génétiques qui touchent l'assuré ne sont pas des données génétiques au sens des articles 58 et 61 de la WvLA.

5.2 Suppression du questionnaire médical en deçà d'un certain capital et d'un certain âge

1. Certains représentants des consommateurs demandent la suppression, comme dans la loi Lemoine en France (Loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur), de l'utilisation de questionnaires médicaux pour les prêts hypothécaires si le capital assuré est inférieur ou égal à 200 000 euros et si le remboursement total du prêt est prévu avant le 60^e anniversaire de l'emprunteur.

Cette disposition de la loi Lemoine est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2022 (article 10).

Over deze wet zijn er momenteel twee officiële rapporten beschikbaar:

- N° 444 Assemblée nationale, Rapport d'information déposé par la Commission des affaires économiques 9 novembre 2022, 38p.

- CCSF, Rapport 2023 Bilan de l'assurance emprunteur, adressé au Parlement en application de la loi du 28 février 2022, 91p. Deze studie évalueert de eerste waarneembare effecten tot mei 2023 betreffende de in juni 2022 afgeschafte medische vragenlijsten.

De Franse markt van schuldsaldoverzekeringen (l'assurance emprunteur) is specifiek. De grote meerderheid van de schuldsaldoverzekeringen wordt afgesloten op basis van collectieve verzekeringen via de banken in het kader van bancassurance. Bij dergelijke contracten is er weinig segmentatie en de kredietnemer kan toetreden mits voldaan aan bepaalde voorwaarden. In de regel werden er ook vóór de Wet Lemoine geen medische vragenlijsten gebruikt in dit soort collectieve contracten en waren hun tarieven weinig gedifferentieerd. Daarnaast bieden klassieke verzekeraars, de zgn. *'assureurs de prix de marché - assureurs alternatifs'* ook individuele contracten aan waarin risicoselectie en tariefdifferentiatie worden toegepast.

In de periode 2022 en mei 2023 kende de Franse vastgoedmarkt een zeer specifieke situatie met erg hoge rentevoeten en bijgevolg minder afgesloten kredieten.

2. Sommige vertegenwoordigers van de gebruikers zijn van mening dat een dergelijke regeling de solidariteit met personen met verhoogde gezondheidsproblemen in schuldsaldoverzekeringen zal verhogen, in aanvulling op het recht om vergeten te worden dat geldt voor een beperkt aantal aandoeningen onder strikte voorwaarden en waarbij soms nog hoge bijpremies mogen toegepast worden. Bovendien zou dit de werklast en de kosten van het OBS verminderen. Volgens hun informatie wijzen de eerste tendenzen van deze afschaffing van medische vragenlijsten in Frankrijk op een belangrijke verlaging van de tarieven van de

Deux rapports officiels concernant cette loi sont actuellement disponibles :

- N° 444 Assemblée nationale, Rapport d'information déposé par la Commission des affaires économiques 9 novembre 2022, 38p.

- CCSF, Rapport 2023 Bilan de l'assurance emprunteur, adressé au Parlement en application de la loi du 28 février 2022, 91p. Cette étude évalue les premiers effets observables jusqu'en mai 2023 de la suppression du questionnaire médical en juin 2022.

Le marché français de l'assurance solde restant dû (l'assurance emprunteur) est particulier. La grande majorité des assurances emprunteur sont souscrites au travers d'assurances groupe bancaires proposées selon le modèle de la bancassurance. Ces contrats offrent peu de segmentation et l'emprunteur peut y adhérer pour autant que certaines conditions soient remplies. Même avant la loi Lemoine, les contrats collectifs de ce type n'utilisaient en règle générale pas de questionnaires médicaux et leurs tarifs étaient peu différenciés. Parallèlement, des assureurs classiques, appelés *'assureurs de prix de marché - assureurs alternatifs'*, proposent quant à eux des contrats individuels appliquant une sélection des risques et une différenciation des tarifs.

Entre 2022 et mai 2023, le marché immobilier français a connu une situation très particulière, avec des taux d'intérêt énormes et, par conséquent, une baisse du nombre de prêts octroyés.

2. Certains représentants des consommateurs estiment qu'un tel système permettrait d'accroître la solidarité en matière d'assurance solde restant dû avec les personnes ayant des problèmes de santé accrus, et viendrait compléter le droit à l'oubli qui s'applique à de strictes conditions à un nombre limité d'affections pour lesquelles des surprimes encore parfois élevées peuvent être appliquées. En outre, cela allègerait la charge de travail et les coûts du BST. Selon leurs informations, les premières tendances de cette suppression des questionnaires médicaux en France vont dans le sens d'une baisse significative des tarifs des

verzekeringen afgesloten via de collectieve verzekeringen door de banken en een verhoging van de tarieven van de zgn. '*assureurs alternatifs*'. Hoewel ze kunnen begrijpen dat er een bepaalde periode nodig is om de wet Lemoine rustig te kunnen beoordelen, merken zij op dat de Franse verzekeringswetgeving vereist dat de voorgelegde vragenlijsten volledig en nauwkeurig zijn en dat het principe van minimalisatie in de GDPR een beperking van de vragen inhoudt omdat ze betrekking moeten hebben op een statistisch verhoogd risico op overlijden.

3. De Commissie voor verzekeringen oordeelt dat alvorens op ernstige wijze uitspraak kan worden gedaan over de concrete toepassing en gevolgen van deze Franse regeling, in ieder geval de eerste wettelijk voorziene driejaarlijkse evaluatie van deze wet Lemoine dient te worden afgewacht.

4. De delegaties in de Commissie voor verzekeringen met uitzondering van sommige vertegenwoordigers van de verbruikers, alsook de voorzitter van het OBS en de vertegenwoordigster van het KCE benadrukken dat de Franse wet Lemoine moet worden beoordeeld in zijn geheel, met alle voor – en nadelen en bijgevolg niet enkel wat betreft de impact op de premies.

Bijzondere aandacht moet daarbij worden gegeven aan de verzekeringstechnische gevolgen.

In private verzekeringen heeft de verzekeraar nood aan voldoende gegevens om het risico en de te verwachten schadelast te beoordelen en op basis daarvan de premie te bepalen. Medische vragenlijsten helpen de verzekerde om die gegevens en omstandigheden mee te delen die relevant zijn bij de beoordeling van het risico op overlijden door de verzekeraar en helpen de kandidaat-verzekerde bijgevolg in de correcte naleving van de wettelijke mededelingsplicht.

Zij wijzen erop dat uit voormelde rapporten blijkt dat de premies van de '*assureurs alternatifs*' die om diverse redenen lager waren dan deze van de collectieve verzekeringen via de banken, sinds de wet Lemoine zijn gestegen, zij het met een grote variatie al naar gelang de verzekeraar. Het 'beste

assurances souscrites par le biais de contrats groupe bancaires et une hausse des tarifs appliqués par les assureurs dits '*alternatifs*'. S'ils comprennent qu'un certain délai est nécessaire pour évaluer sereinement la loi Lemoine, ils font remarquer que la législation française sur les assurances impose que les questionnaires soumis soient complets et précis, et que le principe de minimisation prévu par le RGPD limite les questions dès lors qu'elles doivent porter sur un risque statistiquement accru de décès.

3. La Commission des Assurances juge qu'avant de pouvoir statuer de manière sérieuse sur l'application concrète et les conséquences de ce dispositif français, il est de toute façon nécessaire d'attendre la première évaluation triennale que la loi impose de faire de cette loi Lemoine.

4. Les délégations de la Commission des Assurances, à l'exception de quelques représentants des consommateurs, ainsi que le président du BST et la représentante du KCE soulignent que la loi Lemoine française doit être évaluée dans son ensemble, avec tous ses avantages et ses inconvénients et, par conséquent, pas seulement en termes d'impact sur les primes.

Une attention particulière doit être accordée aux implications en matière de technique de l'assurance.

Dans l'assurance privée, l'assureur a besoin de données suffisantes pour évaluer le risque et la sinistralité attendue et ainsi déterminer la prime. Les questionnaires médicaux aident l'assuré à communiquer les données et les circonstances qui sont pertinentes pour l'évaluation du risque de décès par l'assureur et, par conséquent, aident le candidat-assuré à se conformer correctement à l'obligation légale de déclaration.

Ils soulignent que les rapports précités montrent que les primes des '*assureurs alternatifs*', qui étaient pour diverses raisons inférieures à celles des assurances groupe bancaires, ont augmenté depuis la loi Lemoine, avec toutefois de forts écarts en fonction des assureurs. Le 'meilleur

aanbod” op de markt, zijnde het aanbod van de *assureurs alternatifs* die zich als prijsbrekers in de markt zetten, is weldegelijk veel duurder geworden sinds de invoering van de wet. Daarnaast wordt vastgesteld dat meerdere verzekeraars uitsluitingen hebben opgenomen, zoals voor lopende schadegevallen en voorafbestaande toestand, of dekkingbeperkingen hebben ingevoerd. Het CCSF, Rapport 2023, p. 34 stelt: “La mise en place de telles exclusions revient à reporter la sélection médicale à l’adhésion vers une exclusion de prise en charge au moment du sinistre, à la fois moins claire pour l’assuré et en décalage avec l’esprit de la loi Lemoine : certaines personnes, auparavant couvertes pour les conséquences de pathologies déclarées au moment de l’adhésion suite à acceptation par l’organisme assureur, se verront, dans cette situation, exclues de la couverture. C’est notamment le cas pour l’ensemble des risques aggravés, à l’exception de ceux concernés par le droit à l’oubli. »

Tevens blijkt uit publiek beschikbare informatie dat verzekerden meenden dat ze gedekt waren terwijl dit niet zo zou zijn, hetgeen een risico inhoudt van een toename van klachten bij de Ombudsman en bijgevolg een grotere onzekerheid voor de verzekerden. Ook zouden meerdere verzekeraars geen schuldsaldoverzekering meer aanbieden voor een kapitaal onder 200.000 euro.

Voorts wijzen zij erop dat de Belgische markt niet vergelijkbaar is met de Franse markt waarin de collectieve verzekeringen via de banken de grote meerderheid uitmaken.

Voorts benadrukken zij dat de grootste voorzichtigheid moet worden gehanteerd bij het overnemen van specifieke elementen uit een totaal ander buitenlands systeem. Dit geldt des te meer nu de huidige Belgische wetgeving-Partyka een coherent geheel van maatregelen is waarin een evenwicht is gevonden tussen alle betrokken partijen. Deze wetgeving heeft de toegang vergroot tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd overlijdensrisico en gaat verder dan eender welke buitenlandse wetgeving.

tarif’ du marché, celui des assureurs alternatifs qui se présentent comme des casseurs de prix, est en effet devenu beaucoup plus cher depuis l’introduction de la loi. On observe également que plusieurs assureurs ont mis en place des exclusions, par exemple pour les sinistres en cours et les états préexistants, ou ont introduit des limitations de couverture. À la page 34 du Rapport 2023 du CCSF, l’on peut lire que “La mise en place de telles exclusions revient à reporter la sélection médicale à l’adhésion vers une exclusion de prise en charge au moment du sinistre, à la fois moins claire pour l’assuré et en décalage avec l’esprit de la loi Lemoine : certaines personnes, auparavant couvertes pour les conséquences de pathologies déclarées au moment de l’adhésion suite à acceptation par l’organisme assureur, se verront, dans cette situation, exclues de la couverture. C’est notamment le cas pour l’ensemble des risques aggravés, à l’exception de ceux concernés par le droit à l’oubli.”

Par ailleurs, il ressort d’informations accessibles au public que des assurés pensaient être couverts alors que ce ne serait pas le cas, ce qui risque d’entraîner une augmentation des plaintes auprès de l’Ombudsman et, par conséquent, une plus grande incertitude pour les assurés. Par ailleurs, plusieurs assureurs ne proposeraient plus d’assurance solde restant dû pour un capital assuré inférieur à 200 000 euros.

Ils soulignent en outre que le marché belge n’est pas comparable au marché français, où les assurances groupe bancaires sont largement majoritaires.

Ils soulignent en outre que la plus grande prudence s’impose lors de l’adoption de l’un ou l’autre élément d’un système étranger totalement différent. C’est d’autant plus vrai que la législation belge Partyka actuelle est un ensemble cohérent de mesures dans lequel un équilibre a été trouvé entre toutes les parties concernées. Cette législation a amélioré l’accès à l’assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de décès accru et va plus loin que toute autre législation étrangère.

5. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken tevens op dat, zoals vermeld, het OBS dat paritair samengesteld is uit vertegenwoordigers van patiënten/consumenten en verzekeraars de medische vragenlijsten voor de schuldsaldoverzekerings, desgevallend na aanpassingen, unaniem heeft goedgekeurd. Wie vandaag een schuldsaldoverzekering aanvraagt en daarbij een medische vragenlijst moet invullen, heeft bijgevolg de garantie dat de gestelde medische vragen nauwkeurig en relevant zijn voor de beoordeling van het gezondheidsrisico.

Deze vertegenwoordigers vinden het zeer zorgwekkend dat langs consumentenzijde gepleit wordt voor een afschaffing van het gebruik van medische vragenlijsten naar het voorbeeld van Frankrijk. Dat voorstel staat haaks op hoe het verzekeringsmétier werkt. Het zou betekenen dat verzekeraars als het ware blind verzekeringen moeten aanbieden aan iedereen die daarom vraagt, zonder mogelijkheid om de gezondheidstoestand te kennen en te beoordelen, om een (bij)premie op maat van dat overlijdensrisico te vragen, en om in uitzonderlijke gevallen een verzekering te kunnen weigeren. Dit zal naar hun mening aanleiding geven tot misbruiken. Wie ongeneeslijk ziek is, zou, zonder enige vragen rond zijn gezondheid te moeten beantwoorden, een verzekering kunnen bekomen aan een basistarief. Dat kan een belangrijke impact hebben op het verzekeringsaanbod in België, waarvan ook de gemiddelde consument nadeel kan ondervinden.

Deze vertegenwoordigers raden aan om het effect in Frankrijk te monitoren en opnieuw te evalueren na een periode van minstens 5 jaar, om een duidelijker beeld te hebben van alle neveneffecten en geen overhaaste beslissingen te nemen. Zij vragen zich tevens af of het voorstel dat in feite neerkomt op een acceptatieplicht voor verzekeraars, geen inbreuk vormt op het algemene beginsel van contractvrijheid.

6. Drempel van 125% voor de tussenkomst van de Compensatiekas

1. De artikelen 220 en 223 WvLA regelen de oprichting en tussenkomst van een

5. Les représentants des entreprises d'assurance notent également que, comme mentionné, le BST, qui est composé paritairement de représentants des patients/consommateurs et des assureurs, a approuvé à l'unanimité les questionnaires médicaux pour l'assurance solde restant dû, le cas échéant après modifications. Par conséquent, toute personne qui demande aujourd'hui une assurance solde restant dû et doit remplir un questionnaire médical dans le cadre de cette procédure a la garantie que les questions médicales posées sont précises et pertinentes pour l'évaluation du risque de santé.

Ces représentants trouvent très préoccupant d'entendre des voix s'élever du côté des consommateurs pour demander la suppression des questionnaires médicaux, à l'instar de ce qui se fait en France. Cette proposition va à l'encontre du fonctionnement du métier de l'assurance. Elle signifierait que les assureurs devraient en quelque sorte proposer une assurance à l'aveugle à toute personne qui en ferait la demande, sans avoir la possibilité de connaître ni d'évaluer son état de santé, de demander une (sur)prime à la mesure de ce risque de décès et de pouvoir refuser d'assurer une personne dans des cas exceptionnels. Selon eux, cela donnera lieu à des abus. Les malades incurables pourraient s'assurer à un tarif de base, sans avoir à répondre à des questions sur leur état de santé. Cela pourrait avoir un impact important sur l'offre d'assurance en Belgique, ce qui pourrait également être préjudiciable pour le consommateur moyen.

Ces représentants recommandent de surveiller les effets de la loi française et de les réévaluer d'ici minimum cinq ans, afin d'avoir une vision plus claire de toutes les retombées et de ne pas prendre de décisions hâtives. Ils se demandent également si la proposition, qui équivaut en fait à une obligation d'acceptation pour les assureurs, ne viole pas le principe général de la liberté contractuelle.

6. Seuil de 125 % pour l'intervention de la Caisse de compensation

1. Les articles 220 et 223 de la WvLA règlent la création et l'intervention d'une Caisse de

Compensatiekas. In uitvoering daarvan bepaalt artikel 28 KB inzake de drempel voor de tussenkomst van de Compensatiekas: *“De Compensatiekas komt tussen indien de gevraagde premie meer bedraagt dan 125% van de basispremie, zonder dat haar tussenkomst 800 % van de basispremie mag overschrijden”*.

De Compensatiekas draagt aldus de bijpremie tussen 125% tot 925%. Dit betekent dat de verzekerde maximaal 125% van een bijpremie betaalt en de rest wordt in principe gedragen door de Compensatiekas, tenzij in die uitzonderlijke gevallen waarbij de bijpremie over de 925% gaat. Zo zal de verzekerde met een bijpremie van 500%, daarvan zelf enkel 125% betalen en de 375% wordt gedragen door de Compensatiekas.

De tussenkomst van de Compensatiekas wordt 50/50 verdeeld tussen enerzijds de kredietsector en anderzijds de verzekeringssector.

Dit compensatiemechanisme geldt voor iedereen, ongeacht de aandoening en het inkomen (anders dan in Frankrijk waar het inkomen wel een rol speelt).

2. De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om de drempel van 125% te verlagen, en te brengen op 50%. Zij wijzen erop dat deze regeling van de Compensatiekas tot doel heeft om te komen tot een betaalbare premie. Ondanks de drempel van 125% voor toegang tot de Compensatiekas, zijn er naar hun mening nog veel verschillen in de premies aangerekend aan enerzijds “gezonde” en anderzijds “minder gezonde” personen. Zo is er volgens hen in veel gevallen meer dan 8.000 euro premieverschil voor een verzekeringnemer van 35 jaar met een verzekerd kapitaal van 200.000 euro.

3. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan absoluut niet akkoord met de vraag om de drempel voor de tussenkomst van de Compensatiekas, die thans ligt op een bijpremie van 125%, verder te verlagen. Zij wijzen daarbij op de volgende punten:

compensation. En exécution de ces dispositions, l'article 28 de l'AR énonce, s'agissant du seuil d'intervention de la Caisse de compensation, que *“[l]a 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”*.

La Caisse de compensation prend donc en charge la surprime entre 125 % et 925 %. Cela signifie que l'assuré paie au maximum 125 % de surprime et que le reste est en principe pris en charge par la Caisse de compensation, sauf dans les cas exceptionnels où la surprime dépasse 925 %. Ainsi, l'assuré dont la surprime est de 500 % ne supportera que 125 % de surprime et les 375 % restants seront pris en charge par la Caisse de compensation.

Les interventions de la Caisse de compensation sont prises en charge à 50 % par les établissements de crédit et à 50 % par les entreprises d'assurance.

Ce mécanisme de compensation vaut pour tous, indépendamment de l'affection et des revenus (contrairement à ce qui se passe en France, où les revenus jouent un rôle).

2. Les représentants des consommateurs demandent que le seuil de 125 % soit abaissé et ramené à 50 %. Ils rappellent que le but du dispositif de Caisse de compensation est de parvenir à une prime abordable. Malgré un seuil d'accès à la Caisse de compensation de 125 %, ils estiment qu'il existe encore de nombreuses différences entre les primes facturées aux personnes “en bonne santé”, d'une part, et celles demandées aux personnes “en moins bonne santé”, d'une part. Ainsi, il y a selon eux dans de nombreux cas une différence de prime de plus de 8 000 euros pour un preneur d'assurance de 35 ans et un capital assuré de 200 000 euros.

3. Les représentants des entreprises d'assurance ne sont absolument pas d'accord avec la demande d'abaisser encore le seuil d'intervention de la Caisse de compensation, qui est actuellement fixé à une surprime de 125 %. Ils avancent les points suivants :

- De verzekerde betaalt maximaal 125% bijpremie. Nergens in Europa bestaat er een gelijkaardig solidariteitsmechanisme waarbij bijpremies zo sterk ingeperkt worden ongeacht het verzekerde bedrag, het gezondheidsrisico en het inkomen van de verzekerde. Aldus kunnen zwaar zieke personen nu reeds een schuldsaldoverzekering aangaan aan een soms sterk verlaagde bijpremie. In individuele gevallen is de bijpremie die de persoon zelf nog moet dragen een fractie van de bijpremie die hij volgens zijn werkelijk sterfterisico had moeten betalen. Het is volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen bijgevolg duidelijk dat de Compensatiekas vandaag al haar doelstelling waarmaakt om de schuldsaldoverzekering betaalbaar te maken voor de modale consument. Naar de mening van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen kan uit cijfers van de vzw Accesso (die niet werden meegedeeld) afgeleid worden dat zwaar zieke personen gemiddeld genomen nog een bijpremie van ongeveer 400 euro per jaar zelf moeten betalen, wat neerkomt op ongeveer 33 euro op maandbasis.

- Nu reeds is het voor de vzw Accesso die de Compensatiekas beheert een serieuze uitdaging om de grote hoeveelheid dossiers waarin de Compensatiekas tussenkomt te behandelen binnen de zeer korte tijdspanne die de wetgeving oplegt.

In 2023 was er een tussenkomst van de Compensatiekas in 5.841 dossiers. Door de lange looptijd van de schuldsaldoverzekeringsspolissen is de Compensatiekas vandaag nog in een "opbouwfase". Bijgevolg neemt het aantal dossiers in de Compensatiekas jaar na jaar nog steeds toe. Volgens simulaties uitgevoerd door de vzw Accesso zou de Compensatie op kruissnelheid rond 10.000 dossiers behandelen per jaar.

Het voorstel zou de werklast voor de vzw Accesso doen exploderen en daarmee de goede werking van de Compensatiekas op het spel zetten. Als de drempel verlaagd zou worden naar 50% bijpremie, vervijfvoudigt volgens de vertegenwoordigers van de

- L'assuré paie une surprime de 125 % maximum. Il n'existe nulle part ailleurs en Europe un mécanisme de solidarité similaire avec des surprimes aussi fortement plafonnées, indépendamment du montant assuré, du risque de santé et des revenus de l'assuré. Ainsi, les personnes gravement malades peuvent actuellement déjà souscrire une assurance solde restant dû moyennant une surprime parfois très faible. Dans certains cas, la surprime que la personne doit encore supporter n'est qu'une fraction de la surprime qu'elle aurait dû payer en fonction de son risque de mortalité réel. Selon les représentants des entreprises d'assurance, il est par conséquent clair que la Caisse de compensation remplit dès aujourd'hui son objectif de rendre l'assurance solde restant dû abordable pour le consommateur moyen. De l'avis des représentants des entreprises d'assurance, les chiffres de l'asbl Accesso (qui n'ont pas été divulgués) permettent de déduire que les personnes gravement malades doivent en moyenne encore prendre à leur charge une surprime d'environ 400 euros par an, ce qui correspond à environ 33 euros par mois.

- L'asbl Accesso, qui gère la Caisse de compensation, a aujourd'hui déjà beaucoup de mal à gérer le grand nombre de dossiers dans lesquels la Caisse de compensation intervient dans les délais très courts imposés par la loi.

En 2023, la Caisse de compensation est intervenue dans 5 841 dossiers. Aujourd'hui, en raison de la longue durée des polices d'assurance solde restant dû, la Caisse de compensation se trouve toujours dans une "phase de constitution". Par conséquent, le nombre de dossiers dans la Caisse de compensation continue à augmenter d'année en année. Selon des simulations effectuées par l'asbl Accesso, la Caisse de compensation devrait traiter environ 10 000 dossiers par an en rythme de croisière.

La proposition ferait exploser la charge de travail de l'asbl Accesso et mettrait ainsi en péril le bon fonctionnement de la Caisse de compensation. Selon les représentants des entreprises d'assurance, si le seuil était abaissé à 50 % de surprime, le nombre de dossiers à traiter par la

verzekeringsondernemingen het aantal dossiers voor de Compensatiekas, m.a.w. 50.000 dossiers per jaar op kruissnelheid. Voor de vzw Accesso zou dat beheersmatig totaal onhaalbaar en dus bijzonder problematisch zijn. Er is immers een groot tekort aan middelen om een veelvoud van het huidig aantal dossiers te behandelen.

- Een verlaging van de drempel zou de kost van de compensatie, d.i. de totale bij premie die de Compensatiekas ten laste neemt, sterk doen stijgen. In 2023 kwam de Compensatiekas reeds tussen voor een totaalbedrag van 1,7 miljoen euro. Op kruissnelheid kan dit bedrag naar schatting oplopen tot bijna 3 miljoen euro. Door de drempel te verlagen van 125% bij premie naar 50% bij premie, zou er een tweeledig effect zijn. Vooreerst zou de Compensatiekas een nog groter deel van de bij premie (zijnde 75% extra) op zich moeten nemen voor de verzekeringspolissen waarvoor er vandaag al tussengekomen wordt in de bij premie omdat deze hoger lag dan 125%. Ten tweede zou de Compensatiekas bijkomend ook nog moeten tussenkomen voor de polissen waarvan de bij premie ligt tussen 50% en 125% (en die vandaag dus niet onder het compensatiemechanisme vallen). Volgens ramingen van de verzekeraars zou de kost van de compensatie daardoor 2,5 keer hoger liggen en oplopen tot jaarlijks 7,5 miljoen euro op kruissnelheid.

Doordat de kost van de compensatie voor de helft wordt doorgerekend aan de betrokken verzekeraar (andere helft aan de kredietgever), zou het voorstel om de drempel te verlagen naar 50% er toe leiden dat de (bij)premie die de verzekeraar in werkelijkheid ontvangt om het risico te dekken, nog méér afwijkt van het bedrag dat hij normaal gezien had moeten ontvangen vanuit verzekeringstechnisch oogpunt. Dit zal ook zijn effect hebben op de solvabiliteitsvereisten die de verzekeraar dient te respecteren waarbij rekening moet gehouden worden met de extra risico's die een verzekeraar loopt (total balance sheet approach van Solvency II-regime). Een verzekeraar zou hierdoor een nog groter solvabiliteitskapitaal moeten opzij zetten om zijn engagementen ten allen tijde te kunnen nakomen.

Caisse de compensation serait multiplié par cinq, soit 50 000 dossiers par an en vitesse de croisière. Pour l'asbl Accesso, cela serait totalement irréalisable sur le plan administratif et donc extrêmement problématique. En effet, les moyens manquent cruellement pour traiter un multiple du nombre actuel de dossiers.

- Avec un abaissement du seuil, le coût de la compensation, c'est-à-dire la surprime totale supportée par la Caisse de compensation, augmenterait fortement. En 2023, la Caisse de compensation est déjà intervenue pour un montant total de 1,7 million d'euros. En rythme de croisière, on estime que ce montant pourrait atteindre près de 3 millions d'euros. L'effet d'un abaissement du seuil de surprime de 125 % à 50 % serait double. Tout d'abord, la Caisse de compensation devrait absorber une part encore plus importante de la surprime (à savoir 75 % de plus) pour les polices d'assurance pour lesquelles elle est aujourd'hui déjà intervenue parce que la surprime était supérieure à 125 %. Deuxièmement, la Caisse de compensation devrait en plus intervenir pour les polices dont la surprime se situe entre 50 % et 125 % (et qui ne sont donc pas couvertes par le mécanisme de compensation actuel). Selon les estimations des assureurs, le coût de la compensation serait donc 2,5 fois plus élevé et atteindrait 7,5 millions d'euros par an en rythme de croisière.

La moitié du coût de la compensation étant répercutée sur l'assureur concerné (l'autre moitié l'étant sur le prêteur), la proposition d'abaisser le seuil à 50 % aurait pour conséquence que la (sur)prime que l'assureur percevrait effectivement pour couvrir le risque s'écarterait encore plus du montant qu'il aurait normalement dû recevoir au regard de la technique de l'assurance. Cela aura également un effet sur les exigences de solvabilité que l'assureur doit respecter et qui lui imposent de tenir compte des risques supplémentaires auxquels il est confronté (approche "bilan total" de la directive Solvabilité II). Cela obligerait l'assureur à mettre de côté un capital de solvabilité encore plus important pour pouvoir faire face à ses engagements à tout moment.

- Een verlaging van de drempel kan tevens andere ongunstige neveneffecten in de hand werken, die vooral nadelig zouden zijn voor de consumenten zelf. Gezien de Compensatiekas de door haar ten laste genomen bijpremies doorrekent aan de betrokken ondernemingen, zijnde de betrokken verzekeraar en kredietgever, zouden de individuele verzekeraars volgens dit voorstel een nog- groter deel van het premievolume zelf moeten dragen. Om dat te compenseren, zullen verzekeraars mogelijks hun basistarieven moeten verhogen en zouden sommigen zelfs geneigd kunnen zijn om vaker een verzekering te weigeren. De portefeuille van een verzekeraar moet immers in zijn geheel solvabel blijven en daarbij de solvabiliteit II regeling respecteren.

- Un abaissement du seuil pourrait également avoir d'autres effets secondaires néfastes, qui seraient principalement préjudiciables aux consommateurs eux-mêmes. Étant donné que la Caisse de compensation répercute les surprimes qu'elle prend en charge sur les entreprises concernées, c'est-à-dire l'assureur et le prêteur concernés, les assureurs individuels devraient, en vertu de cette proposition, supporter eux-mêmes une part encore plus importante du volume des primes. En contrepartie, les assureurs pourraient être amenés à devoir augmenter leurs tarifs de base et certains pourraient même être tentés de refuser plus fréquemment d'assurer des gens. Pour respecter la directive Solvabilité II, le portefeuille d'un assureur doit en effet rester globalement solvable.

4. De deskundigen wijzen erop dat de verzekeraar vrij is om de premie te bepalen en het percentage van de bijpremie berekend wordt op deze vrij door de verzekeraar bepaalde premie. Bovendien verbiedt het (Europees en Belgisch) mededingingsrecht afspraken over premies tussen verzekeraars.

4. Les experts rappellent que l'assureur est libre de fixer la prime et que le pourcentage de la surprime est calculé sur cette prime librement fixée par l'assureur. De plus, le droit (européen et belge) de la concurrence interdit toute entente sur les primes entre assureurs.

7. Bundelverkoop

1. Deze bundelverkoop werd niet besproken in de Commissie voor verzekeringen. Dit belangt in de eerste plaats de kredietsector aan en deze is niet vertegenwoordigd in de Commissie voor verzekeringen. Dit evaluatierapport geeft enkel weer wat in de nota's werd gesteld.

2. De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat consumenten die instemden met een bundelverkoop het recht hebben om de schuldsaldoverzekering bij een andere verzekeraar af te sluiten met behoud van de voordelige hypotheekrente indien de initiële verzekeraar het advies van het OBS niet volgt. Zij vragen dit omdat de verzekeraars niet verplicht zijn het advies van het OBS te volgen en hen ook geen acceptatieplicht kan opgelegd worden. Zij vragen tevens dat de kandidaat-verzekerden steeds de mogelijkheid krijgen om de schuldsaldoverzekering te bekijken alvorens de lening wordt afgesloten bij de aan de verzekeraar gekoppelde kredietinstelling, zodat deze een duidelijk beeld krijgt van het totaalbudget voor het krediet en de verzekering.

7. Vente groupée

1. Le sujet des ventes groupées n'a pas été abordé au sein de la Commission des Assurances. Il concerne avant tout le secteur du crédit, qui n'est pas représenté au sein de la Commission des Assurances. Le présent rapport d'évaluation ne reflète que ce qui a été mentionné dans les notes.

2. Étant donné que les assureurs ne sont pas tenus de suivre l'avis rendu par le BST et qu'aucune obligation d'acceptation ne peut leur être imposée, les représentants des consommateurs demandent que les consommateurs qui ont accepté une vente groupée aient le droit de souscrire l'assurance solde restant dû auprès d'un autre assureur tout en conservant le taux d'intérêt hypothécaire avantageux si l'assureur initial ne suit pas l'avis rendu par le BST. Ils demandent également que les candidats-assurés aient toujours la possibilité de parcourir les clauses de l'assurance solde restant dû avant de contracter le prêt auprès de l'établissement de crédit lié à l'assureur, de façon à ce qu'ils aient une idée claire du coût total du prêt et de l'assurance. Ils demandent que les

Indien kandidaat-verzekerden in de precontractuele fase niet eerst geïnformeerd werden over de schuldsaldoverzekering, vragen ze dat zij die instemden met een bundelverkoop het recht hebben om over te stappen naar een andere verzekeraar zonder verhoging van de hypothecaire intrestvoet.

3. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen hebben akte genomen van de vraag van de vertegenwoordigers van de verbruikers om consumenten die instemden met een bundelverkoop, in méér situaties dan vandaag wettelijk is voorzien, het recht te geven om een schuldsaldoverzekering af te sluiten bij een andere verzekeraar met het behoud van de voordelige hypothecaire intrestvoet.

Zij wijzen erop dat de regels over de gebundelde verkoop vastgelegd zijn in het Wetboek van economisch recht en bijgevolg buiten dit evaluatieverslag op grond van artikel 218 WvLA vallen. Bovendien belangt deze vraag in de eerste plaats de kredietsector aan die hierover hun standpunt moeten kunnen geven, doch niet vertegenwoordigd zijn in de Commissie voor Verzekeringen, waardoor dit inhoudelijk niet kan worden besproken in deze Commissie.

V. STUDIE FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (KCE)

Het KCE is een onafhankelijke onderzoeksinstituut die wetenschappelijke adviezen verleent over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg.

Het hoger vermelde artikel 218, tweede lid WvLA bepaalt dat het evaluatieverslag van de Commissie voor verzekeringen dient vergezeld te gaan van een door "het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verrichte studie waarin wordt beoordeeld of de tarieven die de verzekeraars hanteren afgestemd zijn op de evolutie van de geneeskundige technieken en van de gezondheidszorg aangaande de belangrijkste betrokken ziektebeelden."

De vertegenwoordigster van het KCE licht toe dat het KCE deze opdracht niet kan uitvoeren omdat het KCE niet kan beschikken over de gegevens van

candidats-assurés qui ont accepté une vente groupée sans avoir reçu d'informations sur l'assurance solde restant dû avant la signature du contrat aient le droit de changer d'assureur sans relèvement du taux d'intérêt hypothécaire.

3. Les représentants des entreprises d'assurance ont pris acte de la demande des représentants des consommateurs de donner aux personnes qui ont accepté une vente groupée le droit de contracter une assurance solde restant dû auprès d'un autre assureur avec maintien du taux d'intérêt hypothécaire avantageux dans un nombre de situations plus grand que ce que prévoit la loi aujourd'hui.

Ils soulignent que les règles relatives aux ventes groupées sont fixées dans le Code de droit économique et qu'elles ne relèvent donc pas du présent rapport d'évaluation établi en vertu de l'article 218 de la WvLA. En outre, cette question concerne avant tout le secteur du crédit, qui devrait pouvoir donner son avis à ce sujet, mais qui n'est pas représenté au sein de la Commission des Assurances. Elle ne peut donc être abordée sur le fond au sein de cette Commission.

V. ÉTUDE DU CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE)

Le KCE est un centre de recherche indépendant qui rend des avis scientifiques sur des sujets relatifs aux soins de santé.

L'article 218, alinéa 2, de la WvLA dispose que le rapport d'évaluation de la Commission des Assurances doit être accompagné d'une "étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé évaluant l'adéquation des tarifs appliqués par les assureurs à l'évolution des techniques médicales et des soins de santé dans les principales pathologies concernées."

La représentante du KCE explique que le KCE ne peut pas remplir cette mission car il ne peut pas disposer des données relatives aux surprimes, ni

de bijpremies, noch over de toegepaste verhogingen op de basispremies door de verzekeraars.

de celles concernant les augmentations de primes de base pratiquées par les assureurs.

Derhalve verzoekt het KCE om voormeld artikel 218, tweede lid aan te passen in de zin dat het KCE desgevallend voorstellen kan doen betreffende de toepassing van de artikelen 212-224 WvLA en het KB van 10 april 2014 die kunnen worden opgenomen in het evaluatieverslag van de Commissie voor verzekeringen maar geen afzonderlijk specifiek verslag moet opstellen.

Par conséquent, le KCE demande que l'article 218, alinéa 2, précité soit modifié afin que le KCE puisse, le cas échéant, faire des propositions concernant l'application des articles 212 à 224 de la WvLA et de l'AR du 10 avril 2014 pouvant être incluses dans le rapport d'évaluation de la Commission des Assurances, mais ne doit pas préparer un rapport spécial distinct.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om in artikel 218 WvLA de bepalingen inzake de studie van het KCE te schrappen.

Les représentants des entreprises d'assurance proposent de supprimer les dispositions de l'article 218 de la WvLA relatives à l'étude du KCE.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om dit niet te schrappen maar om in gezamenlijk overleg tussen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de verbruikers een onafhankelijk actuaire aan te duiden die samen met het KCE de studie maakt.

Les représentants des consommateurs demandent que cette disposition ne soit pas supprimée mais que les représentants des entreprises d'assurance et ceux des consommateurs désignent de commun accord un actuaire indépendant qui réalise l'étude avec le KCE.

De Voorzitter

La Présidente



Caroline Van Schoubroeck