

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 25 juni 2009

DOC C/2009/1

ADVIES

**over de problematiek van de verzekerbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico : voorstel voor een tarifieringsbureau schuldsaldoverzeker-
ring.**

1. INLEIDING

De Minister van Financiën heeft advies gevraagd betreffende het wetsvoorstel strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en teneinde de verzekerbaarheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand (DOC 52K0823). In dat kader legde de Minister eveneens de vraag voor om een bespreking te voeren over de algemene problematiek inzake de verzekerbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

De Commissie heeft op 22 januari 2009 hierover een eerste advies DOC-C-2008-5 verleend. Dit advies beperkte zich tot een algemeen overzicht van de problematiek van verzekerbaarheid van personen met een verhoogd risico omwille van hun gezondheidstoestand en de (juridisch) technische opmerkingen bij het voornoemd wetsvoorstel en een tweede wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringsbetreft (DOC 52K1252), voorgesteld door de heer Laeremans, Voorzitter van de Kamercommissie voor het Bedrijfsleven. Dit advies besluit dat de ruimere problematiek inzake verzekerbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico en een adequate juridische regeling verder zouden worden besproken met het oog op een omstandig advies.

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 25 juin 2009

DOC C/2009/1

AVIS

sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé : création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû.

1. INTRODUCTION

Le ministre des Finances a demandé un avis sur la proposition de loi visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé (DOC 52 0823). À cette occasion, le ministre a également demandé à la Commission des Assurances d'étudier de manière générale la question de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Le 22 janvier 2009, la Commission a rendu un premier avis à ce sujet (DOC-C-2008-5). Cet avis se limitait à donner un aperçu général du problème de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé et à formuler des remarques techniques (et juridiques) sur la proposition de loi précitée et sur une deuxième proposition de loi, modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû. Cette deuxième proposition de loi a été soumise aux délibérations de la Commission par Monsieur Laeremans, président de la Commission Économie de la Chambre. Dans les conclusions de ce premier avis, la Commission faisait savoir qu'elle continuait à examiner la question globale de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état

De besprekingen in de schoot van de Commissie zijn voortgezet. Hieraan hebben ook de verschillende patiëntenverenigingen, met name het Vlaams Patiëntenplatform, de Vlaamse Liga tegen Kanker, de Ligue des Usagers des Services de Santé, de Association Belge du Diabète en het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, en de Ombudsdienst Verzekeringen deelgenomen.

De betrokken geconsulteerde verenigingen en de vertegenwoordigers van de verbruikers hebben concrete vragen voorgelegd om tot oplossingen te komen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen hebben voorstellen tot oplossing naar voor gebracht. In eerste instantie legde Assuralia een voorstel voor tot oprichting van een tarifieringsbureau voor schuldsaldoverzekeringen. Naar aanleiding van de besprekingen gaven de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen aan dat de sector tevens bereid is om de behandeling van verzekeringsaanvragen transparanter te maken. Het gaat vooral om de problematiek van de medische vragenlijsten en de medische keuring, en dit in alle verzekeringen en dus niet alleen in de schuldsaldoverzekering.

Omdat de problematiek bijzonder omvangrijk is en het, gezien de werkzaamheden en de vragen in het Parlement, van belang is dat de adviezen tijdig worden ingediend heeft de Commissie beslist om de werkzaamheden verder te faseren.

Het voorliggend advies heeft betrekking op het voorstel van Assuralia inzake de oprichting van een tarifieringsbureau voor de schuldsaldoverzekering. Zoals reeds vermeld in het eerste advies DOC-C-2008-5, werd door de betrokkenen immers aangegeven dat de nood aan een adequate oplossing in het bijzonder voor de schuldsaldoverzekeringen urgent is.

De Commissie zet ondertussen de bespreking van de problematiek inzake de transparantie en behandeling van de verzekeringsaanvragen, voor alle verzekeringen, verder en zal in een volgende fase een advies verlenen over de medische vragenlijst en de medische keuring. De vertegenwoordigers van de verzekeraars werken aan een lijst met medische standaardvragen conform de toepasselijke wetgeving naar inhoud en vorm. Deze kunnen als model dienen voor de individuele verzekeringsondernemingen, die dan de vrijheid hebben om voor bepaalde producten andere en/of bijkomende vragen te stellen. Er zijn tevens twee brochures in voorbereiding (ten behoeve van het publiek en de verzekeringsondernemingen) die toelichting geven bij het gebruik van de in het kader van de verzekeringsaanvraag verzamelde medische gegevens.

de santé et à rechercher un cadre juridique adéquat, en vue de rendre un avis circonstancié à ces sujets.

La Commission a donc poursuivi ses discussions. Plusieurs associations de patients y ont été associées, à savoir la *Vlaams Patiëntenplatform*, la *Vlaamse Liga tegen Kanker*, la Ligue des usagers des services de santé et l'Association belge du diabète. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et le Service Ombudsman des Assurances y ont également participé.

Les associations consultées et les représentants des consommateurs ont formulé des demandes concrètes pour répondre aux problèmes rencontrés.

Les représentants des entreprises d'assurances ont avancé des propositions de solution. Dans un premier temps, Assuralia a proposé de créer un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû. Suite aux discussions en Commission, les représentants des entreprises d'assurances ont indiqué que le secteur était également disposé à améliorer la transparence du traitement des demandes d'assurance. La préoccupation des associations de patients et des consommateurs portait surtout sur les questionnaires médicaux et l'examen médical, dans toutes les assurances et non pas seulement en assurance solde restant dû.

Cette problématique de la transparence et du traitement des demandes d'assurance est particulièrement large. Or, vu les travaux en cours et les questions posées au Parlement, il importait de rendre les avis à temps. La Commission a donc décidé de continuer à travailler par phases.

Le présent avis concerne la proposition d'Assuralia de création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû. Comme déjà mentionné dans l'avis DOC-C-2008-5, les parties concernées avaient en effet indiqué que l'urgence d'élaborer une solution adéquate se faisait surtout sentir en assurance solde restant dû.

Entre-temps, la Commission poursuit l'examen des problèmes liés à la transparence et au traitement des demandes dans toutes les assurances. Elle rendra prochainement un avis sur les questionnaires et l'examen médicaux. Les représentants des assureurs travaillent à l'établissement d'une liste de questions médicales standard conformes, sur la forme et sur le fond, à la législation en vigueur. Les entreprises d'assurances individuelles pourront utiliser ces questions comme modèles et seront libres de poser des questions différentes et/ou complémentaires si la demande concerne certains produits. Assuralia prépare également deux brochures (destinées au public et aux entreprises d'assurances) qui expliquent l'utilisation des données médicales récoltées dans le cadre des demandes d'assurance.

Hierna worden vooreerst, in aanvulling van het advies DOC C-2008-5, de principes weergegeven waarvan de betrokken geconsulteerde verenigingen en vertegenwoordigers van de verbruikers uitgaan en worden hun concrete vragen om tot oplossingen te komen, toegelicht (II).

Vervolgens wordt het Assuralia-voorstel voor een stappenplan tot aanvraag van een schuldsaldoverzekering en de oprichting van een tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen, zoals nader uitgewerkt op basis van de besprekingen in de Commissie, toegelicht (III). De doelstellingen en krachtlijnen (III, A), de concrete uitwerking (III, B) en de engagementen die de (her)verzekeringsondernemingen hiervoor willen aangaan (III, C) worden verduidelijkt. De algemene beoordeling van dit voorstel door de verschillende delegaties binnen de Commissie en door de geconsulteerde verenigingen is opgenomen in punt IV. Hun concrete bemerkingen zijn uitgewerkt in punt V.

-♦-

2. DE CONCRETE VRAGEN VAN DE GECONSULTEERDE VERENIGINGEN EN VERBRUIKERS

De patiëntenverenigingen en vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico zou gestreefd worden naar een werkelijke toegang tot de belangrijkste verzekeringen waarbij de verzekeringsprestatie of de premie afhankelijk is van een onzeker voorval dat iemands leven of fysieke integriteit aantast. Zij vragen voor deze verzekeringen aanvaardbare polisvoorwaarden en betaalbare premies. Zij wensen dat zij voor ieder concept dat de problematiek van patiënten en ex-patiënten wenst aan te pakken, vanaf het begin betrokken zouden worden bij iedere actie die wordt genomen of ieder orgaan dat opgericht moet worden.

Zoals aangegeven in het advies DOC-C-2008-5 van 22 januari 2009, wijzen de patiëntenverenigingen er op dat personen met een chronische ziekte of een handicap vaak in het bijzonder problemen hebben om een betaalbare schuldsaldoverzekering te sluiten. De verzekeringsondernemingen rekenen hoge bijpremies aan of weigeren een verzekeringsovereenkomst te sluiten. Op die manier worden kandidaat-verzekerden ook belemmerd in hun handelingsvrijheid om een hypothecair krediet af te sluiten voor het bouwen, verbouwen of kopen van een woning.

Specifiek voor de schuldsaldoverzekering vragen deze verenigingen een grotere transparantie voor de consument door een verplichte informatie over de factoren die de

La section II ci-après expose, en complément de l'avis DOC C-2008-5, les principes sur lesquels se basent les associations de patients consultées et les représentants des consommateurs ainsi que leurs demandes concrètes pour répondre aux problèmes rencontrés.

La section III présente la proposition d'Assuralia, qui consiste en une "feuille de route" pour la demande d'une assurance solde restant dû et en la création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû. Cette proposition a été affinée sur la base des discussions en Commission. Sont successivement exposés les objectifs et lignes de force de la proposition (III, A), sa mise en œuvre concrète (III, B) et les engagements que les entreprises de (ré)assurance(s) sont disposées à prendre (III, C). La section IV donne l'évaluation générale que font de la proposition les différentes délégations représentées au sein de la Commission et les associations consultées. Leurs remarques sont détaillées à la section V.

-♦-

2. DEMANDES DES ASSOCIATIONS CONSULTÉES ET DES CONSOMMATEURS

Les associations de patients et les représentants des consommateurs demandent que l'on s'efforce de garantir aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé un accès réel aux assurances les plus importantes dont la prestation ou la prime dépendent d'un événement incertain susceptible de porter atteinte leur intégrité physique ou de mettre leur vie en danger. Ils demandent que ces personnes puissent souscrire de telles assurances à des conditions de police acceptables et moyennant des primes raisonnables. Ils souhaitent, pour tout concept touchant à la problématique des patients et des ex-patients, être associés dès le départ à toute action entreprise ou à tout organe à créer.

Comme elles l'ont fait dans l'avis DOC-C-2008-5 du 22 janvier 2009, les associations de patients attirent l'attention sur les problèmes rencontrés par les malades chroniques et les personnes handicapées pour conclure, en particulier, une assurance solde restant dû à un prix abordable. Les entreprises d'assurances tarifent des surprimes élevées ou refusent d'assurer le risque. Cette situation restreint la liberté des candidats à l'assurance lorsqu'ils négocient un crédit hypothécaire en vue de construire, rénover ou acheter une habitation.

S'agissant spécifiquement des assurances solde restant dû, ces associations demandent d'améliorer la transparence pour le consommateur en imposant aux assureurs de l'in-

premie bepalen, een informatie- en motiveringsverplichting voor de verzekeraar wanneer hij bijpremies aanrekent of een verzekering weigert, dwingende termijnen voor de behandeling van de aanvraag en de ontwikkeling van een aangepast solidariteitssysteem voor betaalbare schuldsaldoverzekeringen, waarbij van de verzekeraars meer aandacht voor solidariteit tussen gezonde en niet-gezonde mensen wordt gevraagd.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding (hierna 'het Centrum') wijst er op dat segmentatie op grond van de gezondheidstoestand door schuldsaldoverzekeraars mogelijk is op voorwaarde dat de segmentatie de rechtvaardigingstoets van de internationale antidiscriminatieregels en van de drie Belgische wetten van 10 mei 2007 inzake discriminatie doorstaat. Dit houdt in dat segmentatie kan als de gezondheidstoestand een determinerende factor is voor de risicobeoordeling en als de segmentatie objectief en redelijk wordt verantwoord op grond van accurate, recente en relevante gegevens. Dit betekent dat de segmentatie een legitiem doel moet dienen en dat ze passend en noodzakelijk is om de gestelde doelstelling te bereiken. Dit impliceert dat de verzekeraar actief moet zoeken naar oplossingen die zo weinig mogelijk afbreuk doen aan het principe van gelijke behandeling en dat de inschakeling van een mogelijk toekomstig tarifieringsbureau pas wordt overwogen als er geen andere mogelijkheden meer zijn.

Het Centrum vraagt dat voor alle relevante vormen van verzekering zou gezocht worden naar oplossingen met betrekking tot onderscheiden die gemaakt worden op grond van een van de beschermde criteria.

-♦-

3. VOORSTEL VAN ASSURALIA: TARIFIERINGS-BUREAU VOOR SCHULDSALDOVERZEKERINGEN

Assuralia heeft een voorstel tot oplossing voor de schuldsaldoverzekeringen uitgewerkt en aan de Commissie voorgelegd. Het voorstel gaat uit van Assuralia en krijgt de steun van de herverzekeringsondernemingen.

De Commissieleden hebben dit voorstel besproken en er bemerkingen bij gemaakt. Op basis van deze bemerkingen is het voorstel nog aangepast, zodat dit resulteert in het hierna beschreven voorstel.

A. Doelstelling en krachtlijnen

Het doel van het voorstel is het aanreiken van een oplossing voor personen die, omwille van hun gezondheids-

former des facteurs qui déterminent la prime, d'instaurer une obligation d'information sur - et de motivation de - toute surprime ou refus d'assurance, de fixer des délais contraignants pour le traitement de la demande, ainsi que de développer un système de solidarité adapté permettant d'offrir des assurances solde restant dû à un prix abordable et où les assureurs seraient plus attentifs à la solidarité entre personnes en bonne et en mauvaise santé.

Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (ci-après "le Centre") signale que les entreprises d'assurances qui pratiquent l'assurance solde restant dû peuvent segmenter les risques en fonction de l'état de santé des assurés, à la condition que la segmentation soit justifiée conformément aux règles anti-discrimination internationales et aux trois lois belges du 10 mai 2007 tendant à lutter contre les discriminations. En d'autres termes, la segmentation est admise si l'état de santé est un facteur déterminant de l'évaluation du risque et si elle est objectivement et raisonnablement justifiée, sur la base de données précises, récentes et pertinentes. La segmentation doit donc servir un objectif légitime et être adéquate et nécessaire au regard de celui-ci. Par conséquent, l'assureur doit rechercher activement des solutions qui portent le moins possible atteinte au principe d'égalité de traitement et l'intervention d'un bureau de tarification ne doit être envisagée que si toutes les autres possibilités ont été épuisées.

Le Centre demande que, dans toutes les formes d'assurance où cela s'avère nécessaire, l'on recherche des solutions permettant d'éliminer les différences opérées sur la base d'un des critères protégés.

-♦-

3. PROPOSITION D'ASSURALIA : BUREAU DE TARIFICATION POUR LES ASSURANCES SOLDE RESTANT DU

Assuralia a élaboré une proposition de solution en ce qui concerne les assurances solde restant dû et l'a soumise à la Commission. La proposition est soutenue par les entreprises de réassurance.

Les membres de la Commission ont examiné cette proposition et formulé un certain nombre de remarques, sur la base desquelles le texte original a été amendé pour donner le résultat décrit ci-après comme la "proposition Assuralia".

A. Objectif et lignes de force

L'objectif de la proposition est de définir un modus operandi permettant de proposer une assurance solde restant

toestand, op de verzekeringsmarkt thans geen geschikte schuldsaldoverzekering vinden en hierdoor geen lening kunnen bekomen voor het verwerven van een eerste eigen woning.

De gegevens die toelichting geven bij de keuzes die aan het Assuralia-voorstel ten grondslag liggen, zijn :

- in 2007 bedroeg het gemiddelde verzekerd kapitaal in de schuldsaldoverzekering 95.000 euro, de gemiddelde looptijd van die verzekering is 21 jaar;
- 40 % van de schuldsaldoverzekeringen wordt aangebracht via het bankkanaal, 40 % via de verzekeringsmakelaars. Dit betekent dus dat in een groot aantal gevallen de tussenpersoon zijn klanten zal bijstaan en door het vragen van een tarifiering bij verschillende verzekeraars, de concurrentie zal kunnen laten werken;
- het gemiddelde kredietbedrag in 2007 bedroeg 102.290 euro gekoppeld aan een woning van gemiddeld 120.000 euro (www.upc-bvk.be);
- in 2007 zijn 208.000 kredieten toegekend;
- er wordt geschat dat 2000 tot 4000 aanvragen voor een schuldsaldoverzekering per jaar zouden geweigerd worden. Aan de herverzekeraars is gevraagd om hun ervaring met Aeras om te zetten naar de Belgische situatie en daaruit blijkt dat het in België om 2000 dossiers gaat. Dit houdt dus in dat ongeveer 1 % van de 200.000 kredieten op een niet-courante manier beoordeeld worden.

Het voorstel omvat enerzijds een stappenplan dat een kandidaat-verzekerde bij de aanvraag tot een schuldsaldoverzekering kan volgen wanneer hij geconfronteerd wordt met een weigering tot verzekering of een zeer hoge bijpremie en anderzijds de oprichting van een tarifieringsbureau voor schuldsaldoverzekeringen.

Het op te richten tarifieringsbureau zou ingeschakeld worden wanneer een kandidaat-verzekerde, omwille van zijn verhoogd medische risico, zowel bij de verzekeringsonderneming als bij diens herverzekeraar geen of slechts tegen een zeer hoge bijpremie een schuldsaldoverzekering kan bekomen en hij zijn dossier aan het tarifieringsbureau wenst voor te leggen.

Het tarifieringsbureau zal dit risico dan herevalueren en, wanneer dit mogelijk wordt geacht, een verzekering aanbieden. Het gaat om een standaardverzekering waarvoor een aantal beperkingen gelden, zoals een beperkt verzekerd bedrag, een wachttijd van 1 jaar tijdens dewelke de verzekerde alleen verzekerd is voor overlijden tengevolge

dû adéquate aux personnes qui, du fait de leur état de santé, n'en trouvent pas sur le marché de l'assurance et ne peuvent donc pas obtenir de crédit pour l'acquisition d'une première habitation.

Les données suivantes éclairent les choix sous-jacents à la proposition Assuralia :

- en 2007, le capital assuré moyen en assurance solde restant dû s'élevait à 95.000 euros et la durée moyenne de l'assurance était de 21 ans;
- le canal bancaire apporte 40 % des assurances solde restant dû ; les courtiers d'assurances en apportent également 40 %. Dans un grand nombre de cas, l'intermédiaire assistera donc ses clients et pourra faire jouer la concurrence en demandant des tarifs à plusieurs assureurs;
- en 2007, le montant emprunté moyen s'élevait à 102.290 euros et se rapportait à une habitation de 120.000 euros en moyenne (www.upc-bvk.be);
- en 2007, 208.000 crédits ont été octroyés;
- selon les estimations, entre 2000 et 4000 demandes d'assurances solde restant dû seraient refusées chaque année. Assuralia a demandé aux réassureurs de transposer leur expérience du système Aeras dans le contexte belge. Il en ressort qu'en Belgique, il serait recouru à un tel système pour 2000 dossiers. En d'autres termes, environ 1 % des 200.000 crédits sont évalués de manière non courante.

La proposition comporte, d'abord, une feuille de route que le candidat à l'assurance solde restant dû pourra suivre s'il est confronté à un refus d'assurance ou à une surprime très élevée. La proposition prévoit ensuite la création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû.

Il serait fait appel au bureau de tarification si, d'une part, le candidat à l'assurance, du fait du risque médical aggravé qu'il présente, se voit signifier, tant par son assureur que par le réassureur de celui-ci, qu'il ne peut obtenir d'assurance solde restant dû ou ne peut en obtenir que moyennant une surprime très élevée et si, d'autre part, le candidat à l'assurance souhaite soumettre son dossier au bureau de tarification.

Le bureau de tarification réévaluera le risque et proposera une assurance si cela est jugé possible. Il s'agira alors d'une assurance standard, soumise à un certain nombre de limitations : montant assuré limité, période d'attente d'un an au cours de laquelle l'assuré ne le sera qu'en cas de décès résultant d'un accident, durée équivalente à maximum

van een ongeval, en een looptijd van maximaal 75 % van de looptijd van het initiële krediet.

Het tarifieringsbureau ontvangt van de verzekerde de volledige, verzekeringstechnisch correcte premie.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars stellen dat dit voorstel slechts toepassing kan krijgen wanneer de andere betrokken partijen, met name de kredietsector en de overheid, eveneens hierin hun rol spelen. Indien de overheid wenst dat de privé-markt een oplossing biedt, moet de overheid zelf ook haar sociale rol opnemen. De verzekeringssector is niet bereid om de technische verliezen voor deze producten alleen te dragen.

De overheid dient zelf te bepalen op welke manier zij de premie voor de klant betaalbaar zal houden. Dit zou kunnen via een systeem zoals de woon-bonus voor de hypotheek leningen. Op gelijkaardige wijze kan gedacht worden aan een fiscale regeling voor mensen met een verhoogd medisch risico.

B. Concrete uitwerking

Het voorstel is opgebouwd uit zes onderscheiden en chronologisch opgebouwde stappen.

Stap 1 : Aanvraag van schuldsaldoverzekering door een persoon bij een verzekeringsonderneming

Een persoon vraagt, rechtstreeks of via tussenkomst van een tussenpersoon, een schuldsaldoverzekering aan bij een verzekeringsonderneming van zijn keuze. Hij geeft hierbij alle informatie op die relevant is en wettelijk gevraagd mag worden door de verzekeringsonderneming zodat deze met kennis van zaken het risico kan beoordelen en een contract kan sluiten.

Stap 2 : Beoordeling van de aanvraag door de verzekeringsonderneming

De verzekeringsonderneming onderzoekt of en tegen welke voorwaarden een schuldsaldoverzekering aangeboden kan worden. In eerste instantie zal de onderneming zich een precies beeld vormen van het ter verzekering aangeboden risico. Indien de kandidaat-verzekerde een verhoogd medisch risico vertoont, zal de onderneming hier toe advies inwinnen bij de raadgevend geneesheer. Op deze manier wordt een correcte beoordeling van het medische risico gegarandeerd.

Indien de verzekeringsonderneming oordeelt dat de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde niet toelaat om een schuldsaldoverzekering aan te bieden of dat de gezondheidstoestand van die aard is dat een zeer hoge

75 % de la durée du crédit initial.

Le client payera au bureau de tarification la totalité de la prime, calculée conformément à la technique de l'assurance.

Les représentants des assureurs font valoir que la proposition ne pourra être appliquée que si les autres parties prenantes, à savoir le secteur du crédit et les pouvoirs publics, contribuent à sa mise en œuvre. En effet, si les pouvoirs publics souhaitent que le marché propose une solution, ils doivent, à leur tour, assumer leur rôle sur le plan social. Le secteur de l'assurance refuse de supporter seul les pertes techniques qui seront liées à ces produits.

Les pouvoirs publics doivent déterminer par quel moyen ils rendront la prime abordable pour les clients concernés. Ils pourraient le faire par un système semblable au bonus logement dans le domaine des crédits hypothécaires. De même, l'on pourrait envisager un régime fiscal particulier pour les personnes exposées à un risque médical aggravé.

B. Mise en œuvre concrète

La proposition est structurée en six étapes distinctes et chronologiques.

Étape 1 : Demande d'assurance solde restant dû auprès d'une entreprise d'assurances

Un candidat demande, directement ou via un intermédiaire, une assurance solde restant dû auprès de l'entreprise d'assurances de son choix. Ce faisant, il fournit toutes les informations pertinentes que l'entreprise d'assurances peut demander en vertu de la loi afin de pouvoir évaluer le risque en connaissance de cause et de proposer un contrat.

Étape 2 : Évaluation de la demande par l'entreprise d'assurances

L'entreprise d'assurances étudie si et à quelles conditions elle peut proposer une assurance solde restant dû. Dans un premier temps, l'entreprise se fera une idée précise du risque qui lui est soumis. Si le candidat à l'assurance présente un risque médical aggravé, l'entreprise recueillera l'avis de son médecin-conseil. L'évaluation correcte du risque médical est ainsi garantie.

Si l'entreprise d'assurances juge que l'état de santé du candidat à l'assurance ne lui permet pas de proposer une assurance solde restant dû ou que l'état de santé du candidat est tel qu'elle doit lui demander une surprime très impor-

bijpremie¹ aan de klant gevraagd moet worden, dan legt de verzekeringsonderneming de verzekeringsaanvraag voor aan zijn herverzekeraar voor een "2nd opinion"^{2 3}. Het is een verzekeringsonderneming niet toegelaten om de klant een verzekering af te wijzen, zonder dat hij deze "2nd opinion" heeft gevraagd. Hierdoor wordt het medische acceptatiebeleid van de verzekeringsonderneming "ge-challenged".

De herverzekeraars volgen de ontwikkelingen op medisch vlak nauwlettend op. Indien blijkt dat de toepassing van een nieuwe medische techniek een reële impact heeft op de verzekeraarbaarheid van een bepaalde aandoening, gaan herverzekeraars over tot het actualiseren van hun acceptatie- en tarifieringsregels. Op deze manier staat de "2nd opinion" steeds garant voor de meest correcte inschatting van het verhoogde medische risico.

In andere omstandigheden, nl. indien de verzekeringsonderneming oordeelt dat de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde toelaat om een schuldsaldoverzekering aan te bieden tegen een aanvaardbare (bij)premie⁷, zal de verzekeringsonderneming een concreet verzekeringsaanbod doen aan de aanvrager.

Elke verzekeraar werkt samen met een herverzekeraar. Ook indien de gevraagde dekking in eigen retentie van de verzekeraar valt, moet het individuele dossier dat onder de retentiedrempel ligt, toch worden voorgelegd aan de herverzekeraar.

Stap 3 : Herevaluatie van de aanvraag door de herverzekeraar

Indien vereist (zie stap 2) wordt de verzekeringsaanvraag opnieuw geëvalueerd door de herverzekeraar ("2nd opinion"). De herverzekeraar maakt dus op zijn beurt een objectieve beoordeling van het ter verzekering aangeboden risico. Hij steunt hierbij op zijn eigen expertise en erva-

tante⁴, elle soumet la demande d'assurance à son réassureur pour une "deuxième opinion"^{5 6}. L'entreprise d'assurances n'est pas autorisée à refuser une assurance au candidat sans avoir demandé cette "deuxième opinion". La politique d'acceptation de l'entreprise d'assurances en matière médicale sera ainsi mise à l'épreuve.

Les réassureurs suivent attentivement l'évolution des traitements médicaux. S'il s'avère que l'application d'une nouvelle technique médicale a une incidence réelle sur l'assurabilité d'une affection donnée, les réassureurs actualisent leurs règles d'acceptation et de tarification. La "deuxième opinion" garantit donc que le risque médical aggravé sera toujours évalué le plus correctement possible.

Si l'entreprise d'assurances juge au contraire que l'état de santé du candidat à l'assurance lui permet de proposer une assurance solde restant dû contre paiement d'une (sur)prime acceptable⁸, elle fait une offre au demandeur.

Chaque assureur collabore avec un réassureur. Si la couverture demandée entre dans la limite de rétention de l'assureur, le dossier individuel doit néanmoins être soumis au réassureur.

Étape 3 : Réévaluation de la demande par le réassureur

Si nécessaire (cf. étape 2), le réassureur réévalue la demande d'assurance ("deuxième opinion"). À son tour, il procède donc à une évaluation objective du risque proposé à l'assurance. Pour ce faire, il s'appuie sur ses propres expertise et expérience de l'assurance de risques médicaux

¹ Het niveau van bijpremie *an sich* is hierbij niet de bepalende factor, maar wel de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde: vanaf een bepaalde "ernst" van aandoening vraagt de verzekeringsonderneming een "2nd opinion" van zijn herverzekeraar. De meerkans die een persoon heeft om te overlijden, bijv. uitgedrukt onder de vorm van een oversterftepercentage (limiet nader te bepalen), is een objectiveerbaar gegeven en dient als graadmeter.

² Tenzij het gaat om een verzekeringsaanvraag die niet valt binnen de voorwaarden die het tarifieringsbureau stelt (zie stap 4).

³ De kandidaat-verzekerde zelf hoeft hiervoor geen actie te ondernemen.

⁴ Le facteur déterminant sera l'état de santé du candidat à l'assurance et non le niveau de la surprime en soi : à partir d'un certain niveau de gravité d'une affection, l'entreprise d'assurances demandera une "deuxième opinion" à son réassureur. La probabilité de décès d'une personne par rapport à une autre — exprimée par exemple sous la forme d'un pourcentage d'excédent de mortalité (limite à préciser) — est une donnée objectivable et servira d'indicateur.

⁵ Sauf si la demande d'assurance ne satisfait pas aux conditions à respecter pour être traitée par le bureau de tarification (voir étape 4).

⁶ Le candidat à l'assurance ne doit effectuer aucune démarche à cet effet.

⁷ De gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde, bijv. uitgedrukt onder de vorm van een oversterfte-percentage, dient hierbij als graadmeter, niet het niveau van bijpremie.

⁸ L'indicateur sera l'état de santé du candidat à l'assurance, exprimé par exemple sous la forme d'un pourcentage d'excédent de mortalité, et non le niveau de la surprime.

ring wat betreft het verzekeren van medisch verzwaarde risico's. De verzekeringsonderneming verstrekt aan de herverzekeraar alle relevante medische gegevens waarover hij beschikt. De kandidaat-verzekerde hoeft dus niet opnieuw de volledige medische procedure (vragenlijst, medisch onderzoek, ...) te doorlopen.

Eenmaal de herverzekeraar zijn herevaluatie heeft afgerond, brengt hij de verzekeringsonderneming schriftelijk op de hoogte van zijn oordeel.

Er kunnen zich 2 situaties voordoen :

- Ofwel komt de herverzekeraar tot dezelfde bevinding als de verzekeringsonderneming, nl. dat de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde niet toelaat om een schuldsaldoverzekering aan te bieden of dat de gezondheidstoestand van die aard is dat een zeer hoge bij premie aan de klant gevraagd moet worden. In dit geval zal de verzekeringsonderneming de aanvrager inlichten dat, indien hij dit wenst⁹, hij zijn verzekeringsaanvraag kan voorleggen aan het tarifieringsbureau.

Ofwel wijkt het oordeel van de herverzekeraar af van dit van de verzekeringsonderneming. In dit geval zal de verzekeringsonderneming het oordeel van de herverzekeraar volgen (dat meer voordelig is voor de aanvrager) en alsnog een concreet verzekeringsaanbod doen aan de aanvrager.

Naast het eigenlijke advies bezorgt de herverzekeraar aan de verzekeringsonderneming ook een apart formulier waarin hij bevestigt advies te hebben verleend aan de verzekeringsonderneming betreffende de verzekeringsaanvraag van de kandidaat-verzekerde in kwestie en zijn beslissing motiveert. In deze gevallen waar de uiteindelijke beslissing van de verzekeringsonderneming ongunstig is voor de kandidaat-verzekerde, voegt de verzekeringsonderneming dit formulier toe in zijn antwoord aan de kandidaat-verzekerde. Dit formulier toont tegenover de kandidaat-verzekerde aan dat de verzekeringsonderneming daadwerkelijk een "2nd opinion" heeft gevraagd aan zijn herverzekeraar.

Stap 4 : Inschakeling van het tarifieringsbureau door de verzekeringsonderneming

Een verzekeringsaanvraag kan aan het tarifieringsbureau worden voorgelegd indien aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan :

aggravés. L'entreprise d'assurances fournit au réassureur toutes les données médicales pertinentes dont elle dispose. Le candidat à l'assurance ne doit donc pas reparcourir toutes les étapes de la procédure médicale (questionnaire, examen, etc.).

Lorsque le réassureur a clôturé sa réévaluation, il informe l'entreprise d'assurances par écrit de son appréciation.

Deux situations peuvent se présenter :

- soit le réassureur arrive à la même conclusion que l'entreprise d'assurances, à savoir que l'état de santé du candidat à l'assurance ne permet pas de proposer une assurance solde restant dû ou est tel qu'il y a lieu de demander une surprime très élevée. Dans ce cas, l'entreprise d'assurances informe le demandeur que, s'il le souhaite¹⁰, il peut soumettre sa demande d'assurance au bureau de tarification;

soit l'appréciation du réassureur diverge de celle de l'entreprise d'assurances. Dans ce cas, l'entreprise d'assurances suit le jugement du réassureur (qui est plus favorable au demandeur) et fait une offre au demandeur.

Outre l'avis proprement dit, le réassureur procure à l'entreprise d'assurances un formulaire séparé par lequel il confirme lui avoir rendu un avis sur la demande d'assurance du candidat concerné et dans lequel il motive sa décision. Si la décision finale de l'entreprise d'assurances est défavorable au candidat, celle-ci joint ce formulaire à sa réponse au candidat. Le formulaire lui prouvera que l'entreprise d'assurances a bien demandé une "deuxième opinion" à son réassureur.

Étape 4 : Sollicitation du bureau de tarification par l'entreprise d'assurances

Une demande d'assurance peut être soumise au bureau de tarification s'il est satisfait à chacune des conditions suivantes :

⁹ De kandidaat-verzekerde is niet verplicht om zich (meteen) tot het tarifieringsbureau te wenden. Hij kan er ook voor opteren om (eerst) een andere verzekeringsonderneming aan te spreken ("laten spelen van concurrentie").

¹⁰ Le candidat à l'assurance n'est pas obligé de s'adresser (immédiatement) au bureau de tarification. Il peut également choisir d'introduire (d'abord) une nouvelle demande auprès d'une autre entreprise d'assurances (afin de faire jouer la concurrence).

1. Het gaat om een kandidaat-verzekerde met een dermate verhoogd medisch risico dat het niet of slechts tegen een zeer hoge bijpremie mogelijk is om op de reguliere verzekeringsmarkt een schuldsaldoverzekeringspolis te vinden. Het volstaat dat één verzekeringsonderneming, hierin gevolgd door zijn herverzekeraar, tot deze bevinding komt (zie stappen 2 en 3). Als voorwaarde stellen dat de kandidaat-verzekerde meerdere ondernemingen moet aangesproken hebben, lijkt om meerdere redenen (belastend voor klant, tijdverlies, ...) niet de meest aangewezen optie.
2. Het gaat om een aanvraag¹¹ voor een schuldsaldoverzekeringspolis gekoppeld aan een hypothecair krediet (met vaste annuïteiten of kapitaalaflossingen¹²) voor het verwerven of verbouwen van de enige eigen woning. Het tarifieringsbureau beoogt dus personen te helpen die een eigen woning wensen te verwerven of te verbouwen, maar die omwille van het ontbreken van een schuldsaldoverzekeringspolis onvoldoende garanties kunnen bieden aan de bankinstelling voor het bekomen van een lening. De verzekeringssector ondersteunt hiermee het "recht op wonen".

Wanneer een kandidaat-verzekerde zijn verzekeringsaanvraag voorlegt aan het tarifieringsbureau (zie stap 3), zal het tarifieringsbureau in eerste instantie nakijken of dit dossier compleet is (volledig ingevulde verzekeringsaanvraag, compleet medisch dossier)¹³ en of aan de toetredingsvoorwaarden is voldaan. Indien dit in orde blijkt te zijn, zal het tarifieringsbureau evalueren of een verzekering aangeboden kan worden en, zo ja, een concreet voorstel aan de aanvrager doen.

Teneinde de toegang tot de schuldsaldoverzekeringspolis te optimaliseren, biedt het tarifieringsbureau een gestandaardiseerde verzekering aan die gekenmerkt wordt door :

- Een begreemd verzekerd bedrag :

1. Le candidat à l'assurance présente un risque médical tellement élevé qu'il ne peut trouver d'assurance solde restant dû sur le marché classique de l'assurance ou ne peut en trouver que moyennant une surprime très élevée. Cette condition est respectée dès lors qu'une entreprise d'assurances, suivie par son réassureur, arrive à cette conclusion (voir étapes 2 et 3). En effet, pour plusieurs raisons (charge pour le client, perte de temps), poser comme condition que le candidat à l'assureur sollicite plusieurs entreprises n'apparaît pas comme le choix le plus approprié.
2. La demande¹³ concerne une assurance solde restant dû liée à un crédit hypothécaire (remboursable par annuités fixes ou avec amortissement en capital¹⁴) souscrit en vue de l'acquisition ou de la transformation d'une habitation propre et unique. L'objectif du bureau de tarification serait donc d'aider les personnes qui souhaitent acquérir ou transformer une habitation propre mais qui, en l'absence d'assurance solde restant dû, ne peuvent offrir de garanties suffisantes à l'établissement de crédit et n'obtiennent donc pas de prêt. Par cette mesure, le secteur de l'assurance entend contribuer à concrétiser le "droit à l'habitat".

Lorsqu'un candidat à l'assurance soumet une demande d'assurance au bureau de tarification, celui-ci vérifie d'abord si le dossier est complet (demande d'assurance correctement remplie, dossier médical complet)¹⁵ et s'il est satisfait aux conditions d'accès. Si c'est le cas, le bureau de tarification évalue s'il y a possibilité d'assurer le risque et, si oui, fait une proposition concrète au demandeur.

Afin d'optimiser l'accès à l'assurance solde restant dû, le bureau de tarification offre une assurance standard dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Montant assuré limité.

¹¹ De aanvraag moet plaatsvinden vóór het verlijden van de kredietakte. Dit is een manier om antiselectie, nl. het feit dat men zich wenst te verzekeren omdat men weet dat het risico onafwendbaar is, in zekere mate te vermijden. In afwijking van dit principe krijgen personen met een lopend krediet, wiens aanvraag voor een schuldsaldoverzekeringspolis vóór de inwerkingtreding van het tarifieringsbureau geweigerd werd, één jaar de tijd om hun aanvraag voor te leggen aan het tarifieringsbureau.

¹² Door een zekere vorm van schuldafbouw op te leggen, vergroot de kans op verzekerbaarheid.

¹³ La demande doit être introduite avant la passation de l'acte de crédit. L'objectif de cette exigence est d'éviter, dans une certaine mesure, l'anti-sélection, c'est-à-dire la volonté de s'assurer parce que l'on sait que le risque se produira inmanquablement. Par dérogation à ce principe, les personnes qui ont un crédit en cours et dont la demande d'assurance solde restant dû a été refusée avant l'entrée en service du bureau de tarification ont un an pour introduire une demande auprès de celui-ci.

¹⁴ En imposant une certaine forme de désendettement, l'assurabilité s'accroît.

¹⁵ Aan het tarifieringsbureau wordt eveneens een kopie van het advies van de herverzekeraar bezorgd zodat het op een eenvoudige manier kan achterhalen of aan de eerste toetredingsvoorwaarde is voldaan.

¹⁶ Le bureau de tarification reçoit également copie de l'avis du réassureur. Il peut ainsi vérifier de manière simple si la première condition d'accès est remplie.

Het tarifieringsbureau biedt tot een bepaald bedrag een verzekering aan (onafhankelijk van de "economische bijdrage" van de kandidaat-verzekerde in de afbetaling van de lening). Meer concreet kan een kandidaat-verzekerde met gezondheidsproblemen een verzekering bekomen voor een bedrag van maximaal 150.000 euro indien hij de lening alleen aangaat. Dit grensbedrag is jaarlijks indexeerbaar. Indien er een mede-ontlener is (bijv. de partner), dan kan de kandidaat-verzekerde die een verhoogd medisch risico vertoont, zich verzekeren voor een bedrag dat niet hoger mag zijn dan 150.000 euro, maar beperkt tot 50% van het ontleend kapitaal. De ingezette financiële capaciteit kan aldus aan zoveel mogelijk potentiële klanten ten goede komen. Ook de eventuele mede-ontlener moet zich verzekeren, namelijk ten belope van een bedrag van minstens 50 % van het ontleend kapitaal (solidariteit tussen mede-ontleners)

- Een standaard wachttijd van één jaar, tijdens dewelke de persoon uitsluitend verzekerd is voor het risico op overlijden tengevolge van een ongeval (ongeacht of het gaat om een privé-ongeval of arbeidsongeval).

Het tarifieringsbureau kan in individuele gevallen beslissen om een langere wachttijd toe te passen. Op deze manier wordt antiselectie tot een minimum beperkt (anticiperen door kandidaat-verzekerde op nakend overlijden)¹⁷. Bovendien laat een wachttijd toe om personen onmiddellijk een verzekering aan te bieden (hetgeen hen ook meteen zekerheid geeft), daar waar zij anders (tijdelijk) geweigerd zouden worden (uitstel van verzekering). Tot slot heeft de invoering van een wachttijd een gunstig effect op de premie.

- Een looptijd van maximaal 75 % van de looptijd van het initiële krediet.

Het tarifieringsbureau verzekert niet eender welke looptijd, maar garandeert de betrokkenen toch financiële zekerheid zolang er nog een substantieel bedrag moet worden afgelost. Deze begrenzing komt de verzekeraar ten goede en laat toe om de betaalbaarheid van de premie te verbeteren.

De behandeling van de verschillende verzekeringsaanvragen door het tarifieringsbureau wordt zoveel mogelijk "uitbesteed" teneinde het systeem zo werkbaar en beheersbaar mogelijk te houden (zie stappen 4, a) en b)).

Le bureau de tarification offre une assurance jusqu'à concurrence d'un montant déterminé de capital (qui dépend de la "contribution économique" du candidat à l'assurance au remboursement du prêt). Concrètement, s'il emprunte seul, un candidat à l'assurance qui connaît des problèmes de santé pourra obtenir une assurance couvrant un montant maximum de 150 000 euros. Ce montant sera annexé annuellement. S'il y a un coemprunteur (par exemple le conjoint ou partenaire), le candidat à l'assurance qui présente un risque médical aggravé pourra obtenir une assurance pour un montant inférieur ou égal à 150 000 euros, correspondant à maximum 50 % du capital emprunté. La capacité financière mise à disposition peut donc bénéficier au plus grand nombre possible de clients potentiels. Le coemprunteur éventuel devra également s'assurer pour un montant correspondant à au moins 50 % du capital emprunté (solidarité entre coemprunteurs).

- Période d'attente standard d'un an, au cours de laquelle l'assurance ne couvre que le risque de décès résultant d'un accident (qu'il s'agisse d'un accident dans le cadre de la vie privée ou d'un accident de travail).

Le bureau de tarification peut, dans des cas individuels, décider d'appliquer une période d'attente plus longue. Prévoir une période d'attente permettra d'abord de limiter l'anti-sélection autant que possible (c'est-à-dire aux cas où les candidats à l'assurance s'attendent à décéder de manière imminente)¹⁸. Ensuite, cela permettra de proposer immédiatement une assurance aux personnes concernées (ce qui, pour elles, sera synonyme de sécurité immédiate) plutôt que de la leur refuser (temporairement) (ajournement de l'assurance). Enfin, instaurer une période d'attente aura un effet favorable sur la prime.

- Une durée équivalente à 75 % maximum de la durée du crédit initial.

Le bureau de tarification n'assure pas les crédits quelle que soit leur durée mais garantit une sécurité financière aussi longtemps qu'un montant substantiel doit encore être amorti. Cette limitation favorise l'assurabilité et permet de maintenir la prime à un niveau plus abordable.

Le bureau de tarification "sous-traite" autant que possible le traitement des demandes d'assurance afin que le système soit aussi fonctionnel et gérable que possible (voir étapes 4a et 4b).

¹⁷ Dit is des te belangrijker omdat er, a priori, geen toetredingsvoorwaarde is voorzien op het vlak van de "onverzekerbaarheid" van de aan het tarifieringsbureau aangeboden risico's.

¹⁸ Ceci est d'autant plus important que les risques soumis au bureau de tarification ne doivent a priori respecter aucune condition d'accès sur le plan de l'"inassurabilité".

Stap 4, a) : Beoordeling van de verzekeraarheid door het tarifieringsbureau

De beoordeling van de verzekeraarheid wordt niet door het tarifieringsbureau zelf gedaan, maar wordt "uitbesteed". Op deze manier wordt vermeden dat de noodzakelijke (medische) know-how verplicht aanwezig moet zijn binnen het tarifieringsbureau zelf. Dit laat onder meer toe om het tarifieringsbureau sneller operationeel te maken.

De herverzekeringssector beschikt over de vereiste know-how en zou haar know-how ten dienste kunnen stellen van het tarifieringsbureau. Meer concreet zou eraan gedacht kunnen worden om het tarifieringsbureau advies te laten inwinnen bij een aantal herverzekeraars, bij een herverzekeraar die gespecialiseerd is in het herverzekereren van medisch verzwaarde risico's, ...

Het tarifieringsbureau behoudt de mogelijkheid om een verzekering te weigeren indien geoordeeld wordt dat het risico onverzekerbaar is (net als de aanvrager de vrijheid moet hebben om het aanbod dat hem gedaan wordt, te weigeren). Dit is des te belangrijker omdat er, a priori, geen toetredingsvoorwaarde is voorzien op het vlak van de "onverzekerbaarheid" van de aan het tarifieringsbureau aangeboden risico's. De invoering van een acceptatieplicht zou inderdaad tot gevolg hebben dat personen waarvan het overlijden nakend is, een verzekering kunnen bekomen, wat onverenigbaar is met de verzekeringstechniek waarvan "het bestaan van een risico" (een onzekere gebeurtenis) een wezenlijk element is.

Indien er geoordeeld wordt dat er geen (standaard)verzekering aangeboden kan worden, dan wordt de aanvrager hierover ingelicht. In dit geval is een belangrijke rol weggelegd voor de kredietinstelling om na te gaan of er andere waarborgen gevonden kunnen worden die de toekenning van een lening mogelijk maken. Ook de Overheid zou hierin een rol kunnen vervullen (maatschappelijke solidariteit).

Indien daarentegen geoordeeld wordt dat een (standaard)verzekering wel aangeboden kan worden, dan zal het tarifieringsbureau hiervoor een tarief laten berekenen (zie stap 4, b)) en wordt aan de aanvrager, binnen de vooraf gestelde grenzen (zie stap 4), een concreet aanbod gedaan.

Stap 4, b) : Tarifiering van het risico door het tarifieringsbureau

De tarifiering van de aan het tarifieringsbureau aangeboden risico's verloopt verzekeringstechnisch correct. Dit is essentieel om de financiële houdbaarheid van het tarifieringsbureau te waarborgen. Het tarifieringsbureau is ten

Étape 4a : Évaluation de l'assurabilité par le bureau de tarification

Le bureau de tarification ne procède pas lui-même à l'évaluation de l'assurabilité mais la "sous-traite". L'on évite ainsi qu'il doive obligatoirement disposer en interne des connaissances (médicales) nécessaires. Partant, entre autres avantages, le bureau de tarification sera plus rapidement opérationnel.

Le secteur de la réassurance dispose du savoir-faire requis et pourrait le mettre au service du bureau de tarification. Plus concrètement, l'on pourrait notamment envisager que le bureau de tarification recueille l'avis d'un certain nombre de réassureurs, et plus précisément d'un réassureur spécialisé dans la réassurance de risques médicaux aggravés.

Le bureau de tarification conserve la possibilité de refuser de proposer une assurance s'il est estimé que le risque n'est pas assurable (tout comme le demandeur conserve la possibilité de refuser l'offre qui lui est faite). Ceci est d'autant plus important que les risques soumis au bureau de tarification ne doivent a priori respecter aucune condition d'accès sur le plan de l'"inassurabilité". Si le bureau de tarification se voyait imposer une obligation d'acceptation, les personnes dont le décès est imminent pourraient obtenir une assurance. Ce serait incompatible avec la technique de l'assurance, dont un élément essentiel est "l'existence d'un risque" (événement incertain).

S'il est estimé qu'il ne peut pas être proposé d'assurance (standard), le demandeur en est informé. L'établissement de crédit aura alors un rôle important à jouer pour vérifier s'il est possible de trouver d'autres garanties qui permettraient d'octroyer le crédit. Les pouvoirs publics pourraient également intervenir à cet égard (solidarité sociale).

Si, au contraire, il est estimé qu'une assurance (standard) peut être proposée, le bureau de tarification fait calculer un tarif (voir étape 4b) et présente une offre concrète au demandeur, dans le respect des limites fixées (voir étape 4).

Étape 4b : Tarification du risque par le bureau de tarification

Le bureau de tarification tarife les risques qui lui sont soumis conformément à la technique de l'assurance. Il s'agit d'un élément essentiel pour garantir la viabilité financière du bureau de tarification. Celui-ci fournit au can-

aanzien van de kandidaat-verzekerden transparant in de sterftetafels en toeslagen die toegepast worden.

Er zij opgemerkt dat de daadwerkelijke tarifiering niet gebeurt binnen het tarifieringsbureau zelf, maar wordt uitbesteed aan de instelling die ook het latere beheer zal doen van de (standaard)verzekering (zie stap 6). Op deze manier wordt vermeden dat het tarifieringsbureau over een volledige backoffice zou moeten beschikken.

Om de premie voor de klant betaalbaar te houden, wordt voorzien in een overheidstussenkomst. Meer concreet zal de klant een gedeelte van de betaalde medische bijpremie kunnen terugvorderen¹⁹ bij de Overheid ("overheidssubsidie").

Stap 5 : Aanvaarding of weigering van verzekeringsaanbod door de aanvrager

Eenmaal het tarifieringsbureau een concreet aanbod aan de aanvrager heeft gedaan, is het aan de aanvrager om te beslissen of hij op dit aanbod wil ingaan of niet. De aanvrager is dus niet verplicht om het aanbod dat hem gedaan wordt, te aanvaarden.

Indien de persoon beslist in te gaan op het aanbod, moet hij het tarifieringsbureau hierover inlichten.

Stap 6 : Inschakeling van een instelling die zal instaan voor het beheer van de (standaard) verzekering

Wanneer het tarifieringsbureau verneemt dat de aanvrager ingaat op het aanbod, licht zij de instelling in die het beheer zal doen van de (standaard)verzekering. Deze instelling(en) stelt o.a. het contract op en bezorgt dit aan de aanvrager.

C. Engagements

Voor de concrete toepassing van de voorgestelde oplossingen zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen bereid onder de gestelde voorwaarden engagementen aan te gaan.

Juridisch kader

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat dit stappenplan en het voorstel van tarifieringsbureau kaderen in de zelfregulering en bijgevolg in een gedragscode worden opgenomen.

Naar analogie met de infofiches in de levensverzekeringen, gaat het om een gedragscode die levensverzekerings-

didat à l'assurance des informations claires sur les tables de mortalité et surprimes appliquées.

Il faut relever que la tarification proprement dite n'est pas effectuée au sein du bureau de tarification mais est sous-traitée à l'établissement qui, à un stade ultérieur, gérera l'assurance (standard) (voir étape 6). L'objectif est d'éviter que le bureau de tarification doive disposer de services administratifs complets.

Pour que la prime reste abordable pour le client, il est prévu une intervention des pouvoirs publics. Plus précisément, le client pourrait réclamer²⁰ une partie de la surprime payée pour raison médicale auprès des pouvoirs publics ("subventions par les pouvoirs publics").

Étape 5 : Acceptation ou refus de l'offre d'assurance par le demandeur

Il appartient au demandeur de décider s'il souhaite ou non donner suite à l'offre qui lui aura été faite par le bureau de tarification. Le demandeur n'est donc pas obligé d'accepter l'offre.

S'il décide d'accepter l'offre, il doit en informer le bureau de tarification.

Étape 6 : Intervention d'un établissement pour la gestion de l'assurance (standard)

Si le demandeur confirme au bureau de tarification qu'il accepte l'offre, le bureau de tarification en informe l'établissement qui se chargera de la gestion de l'assurance (standard). Entre autres démarches, cet établissement rédige le contrat et le fait parvenir au demandeur.

C. Engagements

Les représentants des entreprises d'assurances sont disposés à prendre des engagements pour l'application de la solution proposée, pour autant que les conditions explicitées plus haut soient respectées.

Cadre juridique

Les représentants des entreprises d'assurances font valoir que la feuille de route et la proposition de création d'un bureau de tarification relèvent de l'autoréglementation et doivent dès lors être promulguées via un code de conduite.

Par analogie avec les fiches info financière en assurance sur la vie, il s'agirait d'un code de conduite qui engagerait

¹⁹ Het tarifieringsbureau ontvangt vanwege de klant de volledige (verzekeringstechnisch correcte) premie.

²⁰ Le client payera au bureau de tarification la totalité de la prime, calculée conformément à la technique de l'assurance.

ondernemingen bindt en op die manier een handelspraktijk wordt. De sancties van de wet op de handelspraktijken gelden, de rechter kan een concrete situatie toetsen aan de gedragscode. Bovendien heeft de Ombudsdienst voor verzekeringen de wettelijke bevoegdheid in een concrete situatie na te gaan of de code nageleefd is. Ook het Centrum kan toezien op de naleving van de antidiscriminatiewetgeving.

Motivering

Alle geraadpleegde verenigingen, de Ombudsdienst voor Verzekeringen, de vertegenwoordigers van de verbruikers en de vertegenwoordigers van de tussenpersonen hechten groot belang aan de duidelijke motivering van de beslissing van de verzekeraar en/of de herverzekeraar, dus zowel van de beslissing tot weigering van de verzekering als van het voorstel tot bijpremie. Zij stellen dat een gebrek aan degelijke en verstaanbare informatie over de gegevens waarop de beslissing van de verzekeraar en/of de herverzekeraar is gebaseerd, een belangrijk element van de problematiek is.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar het Tarifieringsbureau BA Auto (zodra een aangeboden premie minstens 5x de minimumpremie bedraagt kan men hier een aanvraag indienen) en het Aeras-systeem in Frankrijk waar informatie kan verstrekt worden over de tarifiering. De motivering zal bovendien op zulke manier dienen te gebeuren dat in concreto kan onderzocht worden of aan de rechtvaardigingsplicht van de antidiscriminatiewetgeving is voldaan. Wanneer een weigering of een bijpremie moet meegedeeld worden aan de kandidaat-verzekerde dienen de essentiële tariefelementen waarom een bepaalde bijpremie wordt gevraagd meegedeeld te worden opdat op basis van de antidiscriminatiewet de motivering kan beoordeeld worden.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars zijn akkoord dat een verzekeringsonderneming die beslist om geen (schuldsaldo)verzekering aan te bieden aan een persoon met een verhoogd gezondheidsrisico of enkel mits de betaling van een (medische) bijpremie, zijn beslissing op een duidelijke en begrijpelijke wijze moet motiveren.

Het is de bedoeling dat de verzekeraar en de herverzekeraar hun beslissing op papier overmaken aan de kandidaat-verzekerde waarbij wordt meegedeeld dat deze niet binnen de courante polisvoorwaarden valt en een ander aanbod of een weigering krijgt omwille van bepaalde vastgestelde medische problemen. Het is evenwel niet aangewezen om in zulke brief de volledige medische situatie uit de doeken te doen. Het is beter om de kandidaat-verzekerde de mogelijkheid te bieden de raadsgeneesheer te contacte-

les entreprises d'assurance vie et deviendrait de la sorte une pratique commerciale. Les sanctions prévues par la loi sur les pratiques du commerce s'appliqueraient et les tribunaux pourraient juger une situation concrète à l'aune du code de conduite. En outre, le Service Ombudsman des Assurances aurait la compétence légale de vérifier si le code a été respecté dans des cas particuliers. Le Centre pourrait également veiller au respect de la loi anti-discrimination.

Motivering

Toutes les associations consultées, le Service Ombudsman des Assurances, les représentants des consommateurs et les représentants des intermédiaires attachent une grande importance à ce que la décision de l'assureur et/ou du réassureur soit clairement motivée, qu'elle consiste en un refus d'assurance ou en une proposition de surprime. Selon eux, le manque d'informations satisfaisantes et compréhensibles sur les données sur lesquelles se fonde la décision de l'assureur et/ou du réassureur est un élément important du problème.

Les représentants des consommateurs évoquent le Bureau de tarification RC auto (auprès duquel une demande peut être introduite dès que la prime proposée par un assureur s'élève à cinq fois la prime minimale) et le système Aeras en France où des informations peuvent être obtenues sur la tarification. La décision devra être motivée de manière à permettre d'également apprécier si l'obligation de justification posée par la législation anti-discrimination a été remplie. Si le candidat à l'assurance se voit opposer un refus ou proposer une surprime, il est nécessaire de communiquer les éléments tarifaires essentiels menant à la surprime, afin que la motivation fournie puisse être évaluée à l'aune de la loi anti-discrimination.

Les représentants des assureurs sont d'accord sur le fait que l'entreprise d'assurances qui décide de ne pas proposer d'assurance (solde restant dû) à une personne exposée à un risque aggravé du fait de son état de santé ou n'accepte de le faire que moyennant le paiement d'une surprime (médicale) doit motiver sa décision de manière claire et compréhensible.

L'assureur et le réassureur s'engagent à communiquer sur papier au candidat à l'assurance la décision selon laquelle, en raison des problèmes médicaux constatés, il n'entre pas dans les conditions d'assurance courantes et se voit donc proposer une autre offre ou refuser l'assurance. Cette lettre n'est cependant pas le document approprié pour fournir une explication complète sur la situation médicale du candidat à l'assurance. Il est préférable de donner à celui-ci la possibilité de prendre contact avec le médecin-conseil.

ren. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn niet bereid om een kandidaat-verzekerde te informeren over hun tariefbasis of andere verzekerings-technische gegevens. Zij zijn bereid, conform de Aeras-conventie, een motivering te geven die inhoudt dat de medische elementen opgesomd worden op basis waarvan een bepaalde bijpremie (die vergeleken wordt met de premie die geldt voor 'courante' verzekerden) aangerekend wordt.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen kunnen akkoord gaan met een beperkte motivering in de eerste brief, maar vragen dat een kandidaat-verzekerde die verdere vragen stelt, een antwoord zou krijgen opdat kan geoordeeld worden of de motivering objectief is. Deze motivering kan niet alleen op medische gegevens gebaseerd zijn, maar dient ook te verwijzen naar de voor die verzekeraar geldende verzekeringstechnische elementen. Zij vragen ook dat niet teveel tijd zou verlopen vooraleer een degelijke motivering wordt verstrekt. In geval van een schuldsaldoverzekering is een aanvraag en aanbod voor een hypothecair krediet meestal strikt tijdsgebonden.

De vertegenwoordiger van het Centrum wijst er op dat om een effectieve naleving van de motiveringsplicht te garanderen het aangewezen is een voldoende strenge sanctiëring mogelijk te maken. Hij verwijst naar de antidiscriminatiewet op basis van dewelke een rechter, gevat in het kader van een stakingsvordering, een bepaalde motivering als discriminerend kan beoordelen. Het niet-naleven van die rechterlijke beslissing kan dan strafrechtelijk worden gesanctioneerd.

De verzekeringssector is bereid verder overleg te plegen om te bepalen wat er concreet als motivering dient verstrekt te worden.

De Commissie zal deze problematiek bovendien verder behandelen in de reeds vooropgestelde besprekingen over de medische vragenlijst en de medische keuring.

Termijnen

Naast de bestaande wettelijke termijnen van artikel 4 WLVO binnen dewelke de verzekeringsonderneming moet reageren op een verzekeringsvoorstel zijn de verzekeraars bereid om deze bescherming uit te breiden door enerzijds een termijn in te stellen binnen de welke de verzekeringsonderneming bijkomende informatie dient te vragen, en anderzijds een termijn (na ontvangst van een volledig dossier) waarbinnen dient meegedeeld te worden of en tegen welke voorwaarden de schuldsaldoverzekering kan aangeboden worden.

Les représentants des entreprises d'assurances ne sont pas disposés à faire connaître leur base tarifaire aux candidats à l'assurance et à leur communiquer d'autres données relevant de la technique d'assurance. En revanche, conformément à la convention Aeras, ils sont disposés à justifier la prime par l'énumération des éléments médicaux sur la base desquels une surprime particulière (qui serait comparée à la prime mise à charge des assurés "courants") est tarifée.

Les représentants des associations de patients peuvent accepter que la motivation soit réduite dans la première lettre mais demandent que le candidat à l'assurance qui poserait des questions plus approfondies reçoive réponse et puisse ainsi juger si la motivation est objective. Celle-ci ne devrait pas seulement être fondée sur des données médicales ; elle devrait aussi faire référence aux éléments de technique de l'assurance appliqués par l'assureur. Ces représentants demandent qu'il ne s'écoule en tout cas pas une période trop longue avant que le candidat reçoive une justification correcte de l'avis. Dans le cas particulier de l'assurance solde restant dû, les demandes et les offres de crédits hypothécaires sont souvent liées à des échéances strictes.

Le représentant du Centre soutient qu'il faut permettre une sanction suffisamment sévère pour garantir le respect effectif de l'obligation de motivation. Ce représentant se réfère à la loi anti-discrimination, en vertu de laquelle un juge saisi dans le cadre d'une action en cessation peut considérer qu'une motivation est discriminatoire. Le non-respect de la décision judiciaire peut alors être sanctionné pénalement.

Le secteur de l'assurance est prêt à poursuivre la concertation, afin de déterminer les informations qu'il y a lieu de fournir dans la motivation.

Par ailleurs, la Commission poursuivra l'examen de la problématique lors des discussions portant sur les questionnaires et examen médicaux annoncés plus haut.

Délais

L'article 4 de la LCAT fixe les délais dans lesquels l'entreprise d'assurances doit réagir à une proposition d'assurance. Les assureurs sont disposés à étendre ce mécanisme de protection en fixant des délais dans lesquels l'entreprise d'assurances devrait, d'une part, demander d'éventuelles informations complémentaires et, d'autre part, communiquer si et à quelles conditions elle peut proposer une assurance solde restant dû (ce dernier délai commencerait à courir après réception du dossier complet).

Ook voor het tarifieringsbureau kan een termijn ingesteld worden waarbinnen het dient mee te delen of en tegen welke voorwaarden een schuldsaldoverzekeringsaanbod kan worden (eveneens te rekenen vanaf ontvangst van het volledige dossier).

De duur van deze termijnen kunnen in overleg worden bepaald. De vertegenwoordigers van de verzekeraars zijn bereid om voor elk van de voorgestelde termijnen een periode van dertig dagen te accepteren. Zij kunnen zich evenwel enkel engageren voor de termijnen waarvan ze de naleving zelf in de hand hebben.

Publiciteit

De levensverzekeringssector is bereid om, in samenwerking met alle betrokken partijen, in het bijzonder de patiënten- en consumentenverenigingen, initiatieven te nemen om het publiek op de hoogte te brengen van de oplossingen die het tarifieringsbureau kan aanbieden voor kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico.

Bij een individuele verzekeringsaanvraag die in aanmerking komt om voorgelegd te worden aan het tarifieringsbureau, verstrekt de verzekeraar de nodige informatie aan de kandidaat-verzekerde.

Inwerkingtreding van de voorgestelde regeling

Onder de gestelde voorwaarden dat de kredietsector en de overheid hun bijdrage leveren in deze regeling, streeft Assuralia naar een inwerkingtreding van het voorgestelde systeem op 1 januari 2010.

-♦-

4. ALGEMENE BEOORDELING VAN HET VOORSTEL

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen steunen het voorstel van stappenplan en tarifieringsbureau omdat het uitgaat van onderhandeling en de tussenpersonen in de mogelijkheid zullen zijn hun klanten bij te staan en te adviseren bij deze onderhandeling. Voor hen zal het voorstel een mogelijke oplossing zijn voor een verhoogde toegankelijkheid tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Zij zullen wel kritisch blijven toekijken op de hoogte van de gehanteerde premies, omdat zij van oordeel zijn dat het tarifieringsbureau maar succesvol zal kunnen zijn als de door dit bureau bepaalde premies de grenzen van de billijkheid niet overschrijden. Deze vertegenwoordigers benadrukken nog eens dat op alle vlakken aandacht dient gegeven te worden aan duidelijke toelichting en motivering. Zij vragen ook

Il pourrait également être fixé un délai (qui commencerait également à courir à la réception du dossier complet) dans lequel le bureau de tarification devrait faire savoir si et à quelles conditions une assurance solde restant dû peut être proposée.

La longueur de ces délais pourrait faire l'objet d'une concertation. Les représentants des assureurs sont disposés à accepter que la longueur de chacun de ces délais soit fixée à trente jours. Ils ne peuvent toutefois s'engager qu'en ce qui concerne les délais dont le respect dépend d'eux.

Publicité

Le secteur de l'assurance vie est disposé à prendre, en collaboration avec toutes les parties concernées et en particulier avec les associations de patients et de consommateurs, des initiatives visant à informer le public de la manière dont le bureau de tarification peut aider les candidats à l'assurance exposés à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Si une demande d'assurance individuelle remplit les conditions pour être soumise au bureau de tarification, l'assureur fournira les informations nécessaires au candidat à l'assurance.

Entrée en vigueur du système proposé

La volonté d'Assuralia est de faire entrer le système proposé en vigueur le 1^{er} janvier 2010, à condition que le secteur du crédit et les pouvoirs publics y apportent leur contribution comme explicité plus haut.

-♦-

4. ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA PROPOSITION

Les représentants des intermédiaires appuient la proposition de feuille de route et de création d'un bureau de tarification, parce qu'elle repose sur une négociation au cours de laquelle les intermédiaires auront la possibilité d'assister et de conseiller leurs clients. Selon eux, la solution proposée permettra d'améliorer l'accès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé à l'assurance solde restant dû. Ils continueront toutefois à poser un regard critique sur l'évolution du niveau des primes tarifées dès lors qu'ils estiment que la mise en œuvre du bureau de tarification ne pourra être considérée comme un succès que si les primes fixées restent dans les limites du raisonnable. Ils soulignent une fois encore la nécessité d'être attentif à l'explication et à la motivation, et ce à tous égards. Ils demandent également que le fonc-

dat de werking van het voorgestelde tarifieringsbureau regelmatig zou geëvalueerd worden en eventueel bijgestuurd.

Ook de vertegenwoordigers van de kredietsector zijn bereid het voorstel te steunen.

Uitgaande van de huidige politiek van de kredietinstellingen menen zij dat de beperkingen die ingevoerd worden in de standaardverzekering van het Assuralia-voorstel geen belemmering zullen inhouden voor het verlenen van krediet. Natuurlijk heeft elke kredietinstelling zijn eigen acceptatiepolitiek en wordt elk dossier individueel bekeken. Deze vertegenwoordigers wijzen er wel op dat, indien de kredietsector zal moeten bijdragen in de solidariteit die voor het Assuralia-voorstel zal gevraagd worden, dit zeker een invloed zal hebben op de prijs van het hypotheckair krediet.

De Ombudsman van de Verzekeringen stelt dat vanuit de ervaringen in de klachtenbehandeling sinds de invoering van de antidiscriminatiewetgeving, dit voorstel, met de nodige verfijning, een oplossing kan bieden. Zij hecht vooral belang aan de tussenkomst van de herverzekeraars. Bovendien bevestigt zij dat uit de klachtenbehandeling is gebleken dat transparantie en motivering zeer belangrijk zijn.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en van de patiëntenverenigingen benadrukken dat zij oplossingen wensen die zo min mogelijk discriminaties of zelfs verschillen in behandeling toelaten. Zij zijn bereid om op een constructieve manier samen te werken aan oplossingen die haalbaar, toegankelijk en betaalbaar zijn in het belang van iedereen en vooral in het belang van de consument/patiënt. Deze vertegenwoordigers zijn grotendeels akkoord met het uitgewerkte stappenplan bij de beoordeling van een verzekeringsaanvraag. Zij hebben evenwel belangrijke bemerkingen bij de werking van het Tarifieringsbureau, bij de door dit bureau gehanteerde standaardverzekering en bij het juridisch kader. Daarnaast vragen zij ook een recht op premievermindering bij een verbetering van de gezondheidstoestand en een degelijke evaluatie en klachtenbehandeling. Deze concrete bemerkingen worden hierna in V. besproken.

Het Centrum verheugt zich over het feit dat de verzekeringssector een oplossing wil uitwerken voor de problematiek van de verzekeraarbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico en is in het bijzonder verheugd over het feit dat de verzekeraars en herverzekeraars zich engageren om in geval van weigering of hoge bij-

tionnement du bureau de tarification qui serait créé soit régulièrement évalué et adapté le cas échéant.

Les représentants du secteur du crédit sont également disposés à soutenir la proposition.

Considérant la politique actuelle des établissements de crédit, ils sont d'avis que les limites introduites dans l'assurance standard définie par la proposition Assuralia ne feront pas obstacle à l'octroi de crédit. Évidemment, chaque établissement de crédit a sa propre politique d'acceptation et chaque dossier sera examiné individuellement. Ces représentants avertissent cependant que la contribution du secteur du crédit à la solidarité qu'exige la mise en œuvre de la proposition Assuralia influencera certainement le prix du crédit hypothécaire.

L'Ombudsman des assurances indique que, d'après son expérience du traitement des plaintes depuis l'adoption de la législation anti-discrimination, la proposition Assuralia sera susceptible, lorsque les affinements nécessaires y auront été apportés, de résoudre le problème de l'accessibilité de l'assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque médical aggravé. L'Ombudsman attache surtout de l'importance à l'intervention des réassureurs. Elle confirme en outre que le traitement des plaintes a montré que la transparence et la motivation des décisions étaient très importantes.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients soulignent qu'ils souhaitent que les solutions retenues soient aussi peu discriminatoires et permettent aussi de peu de différences de traitement que possible. Ils sont disposés à collaborer de manière constructive à l'élaboration de solutions réalistes, accessibles et financièrement abordables, dans l'intérêt de tous et surtout du consommateur/patient. Ces représentants adhèrent, dans une large mesure, à la feuille de route proposée pour l'évaluation des demandes d'assurance. Ils formulent toutefois des remarques importantes concernant le fonctionnement du bureau de tarification, l'assurance standard qu'il proposera et le cadre juridique. De plus, ils demandent que l'assuré obtienne le droit à une réduction de prime en cas d'amélioration de son état de santé, que le fonctionnement du système soit sérieusement évalué et que les plaintes soient traitées avec efficacité. Ces remarques sont détaillées à la section V ci-après.

Le Centre se réjouit que le secteur de l'assurance ait la volonté de résoudre le problème de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé. Il salue en particulier l'engagement des assureurs et des réassureurs de motiver leurs décisions en cas de refus d'assurance ou de tarification d'une surprime élevée. Le

premie hun beslissingen te motiveren. Het Centrum vraagt dat bepaald zou worden dat de motivering op een wijze gebeurt die toelaat dat in concreto kan onderzocht worden of aan de rechtvaardigingstoets bepaald in de antidiscriminatie wetten voldaan is.

-♦-

5. CONCRETE BEMERKINGEN BIJ HET VOORSTEL

In het algemeen kan gesteld worden dat de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen naast voornamelijk de engagementen (III, C), bereid zijn over alle bemerkingen verder besprekingen te voeren onder voorwaarde dat de andere partners, de overheid en de kredietsector, bereid zijn mee te werken aan de uitwerking van het voorliggend voorstel.

De concrete bemerkingen bij het Assuralia-voorstel worden hierna besproken, in volgorde van het Stappenplan (III, B) en de Engagements die de verzekeringssector bereid is aan te gaan (III, C).

Herevaluatie van de verzekeringsaanvraag (zie Stap 3)

De vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers vragen dat een kandidaat-verzekerde wiens aanvraag is doorgestuurd naar de herverzekeraar, hiervan op de hoogte zou gebracht worden. Op deze wijze kent hij het verloop van zijn verzekeringsaanvraag en wanneer hij een antwoord kan verwachten.

Bijpremie (Stappen 2-4)

In geval van bijpremie, opgelegd door de verzekeringsonderneming of door het tarifieringsbureau, vragen vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers een recht op premievermindering wanneer uit objectief en onafhankelijk onderzoek blijkt dat hun medisch risico afgenomen is. De premie zou echter niet mogen veranderd worden als het risico toeneemt.

De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen dat het voor de verzekerde van belang is dat hij bij het sluiten van de overeenkomst weet welke sterftetabellen gebruikt worden. Wanneer hij geneest zal hij dan op basis van een andere sterftetafel kunnen berekenen welke invloed dit kan hebben op zijn premie.

Zij menen dat situaties waarbij de verzekerbaarheid van kandidaat-verzekerden moeilijk ligt of waarin de premies te sterk verschillen slechts uitzonderlijk mogen voorkomen. De bijpremie zou bijvoorbeeld niet meer dan een beperkt percentage van de globale effectieve lastenvoet

Centre demande de préciser que la décision doit être motivée de manière à permettre d'apprécier si l'obligation de justification posée par les lois anti-discrimination a été remplie.

-♦-

5. REMARQUES SUR LA PROPOSITION

Il y a lieu de noter, de manière générale, que les représentants des entreprises d'assurances sont prêts, sans préjudice des engagements qu'ils sont disposés à prendre (III, C), à poursuivre des discussions sur toutes les remarques formulées sur leur proposition, à condition que les autres partenaires, à savoir les pouvoirs publics et le secteur du crédit, collaborent également à son affinement.

Ces remarques sont présentées ci-après. Elles concernent, dans l'ordre, la feuille de route (III, B) et les engagements que le secteur de l'assurance est disposé à prendre (III, C).

Réévaluation de la demande d'assurance (étape 3)

Les représentants des patients et des consommateurs demandent que le candidat à l'assurance dont la demande est transmise au réassureur en soit informé. Il aurait ainsi connaissance de la progression du traitement de sa demande et du délai dans lequel il peut attendre une réponse.

Surprime (étapes 2-4)

Les représentants des patients et des consommateurs demandent que si l'entreprise d'assurances ou le bureau de tarification imposent une surprime, l'assuré obtienne le droit à une réduction de prime si un examen objectif et indépendant révèle que le risque médical a diminué. En cas d'aggravation du risque, la prime ne pourrait toutefois pas être modifiée.

Les représentants des consommateurs affirment qu'il importe, pour l'assuré, d'avoir connaissance, lors de la conclusion du contrat, de la table de mortalité utilisée. S'il guérit, il pourra ainsi calculer, sur la base d'une autre table de mortalité, l'incidence de sa guérison sur la prime.

Ces représentants sont d'avis que les situations où les candidats sont jugés inassurables ou où les primes s'écartent trop de la norme doivent être exceptionnelles. Par exemple, la surprime ne devrait pas pouvoir excéder un pourcentage déterminé du taux effectif global du crédit

van de betrokken hypothecaire of andere lening mogen bedragen.

Een vertegenwoordiger van de verbruikers merkt op dat uit de uiteenzetting van de herverzekeraars gebleken is dat zij werken met een schaal van 0 tot 8 en dat die inschaling ook gebruikt wordt voor het bepalen van de bijpremie.

Ook het Centrum en de Ombudsman voor Verzekeringen vragen dat in geval van bijpremie een herevaluatie van het risico en een premievermindering of wijziging van de voorwaarden zou worden voorzien wanneer de medische toestand van de verzekerde duurzaam verbeterde.

Het Centrum stelt tevens dat de antidiscriminatiewetgeving en de daarin gestelde vereiste dat het gemaakte onderscheid gerechtvaardigd en noodzakelijk is, inhoudt dat een verbetering in de loop van de overeenkomst wordt ingecalculeerd.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars kunnen dit voorstel helemaal niet steunen. Zij stellen dat in een schuldsaldoverzekering de premie berekend wordt op basis van een bepaalde sterftetafel die geldt voor een bepaalde ziekte. De kansen tot genezing zijn verwerkt in die sterftetafel. Wanneer alleen aan diegenen die gezond worden een premievermindering wordt toegekend, betekent dit dat de solidariteit doorbroken wordt.

Of er al dan niet sprake is van een discriminatie, moet beoordeeld worden op het moment van het sluiten van de overeenkomst. Bij de sluiting van een overeenkomst houdt de verzekeraar in zijn tarifiering rekening met een mogelijke verbetering of verslechtering van de gezondheidstoestand van de (kandidaat-)verzekerde. Het loutere feit van een wijziging van de gezondheidstoestand in de loop van de overeenkomst kan derhalve geen discriminatie teweegbrengen.

Zij verwijzen ook naar artikel 25 WLVO dat bepaalt dat de regeling voor risicovermindering niet geldt voor levens- en ziekteverzekering. Indien wettelijk zou bepaald worden dat met een verbetering van de gezondheidstoestand rekening moet gehouden worden, zou naar hun mening op basis van het gelijkheidsbeginsel ook kunnen geëist worden dat de premie herzien wordt bij verslechtering van de toestand.

Iedere verzekeraar kan in een overeenkomst stipuleren dat na een bepaalde periode een herziening van de bijpremie kan gevraagd worden.

De vertegenwoordigers van de consumenten worden geenszins overtuigd door deze eenzijdige argumentatie van de verzekeraars. Zij steunen integendeel volmondig het standpunt van het Centrum.

hypothecaire ou autre.

Un représentant des consommateurs relève que la présentation des réassureurs a montré qu'ils travaillent avec une échelle de 0 à 8 qui est également utilisée pour déterminer le pourcentage de surprime.

Le Centre et l'Ombudsman des assurances demandent également qu'en cas de surprime, il soit prévu une réévaluation du risque et, si la situation médicale de l'assuré s'améliore durablement, une réduction de la prime ou une modification des conditions.

Le Centre soutient en outre que l'exigence, posée par la législation anti-discrimination, que la distinction opérée soit justifiée et nécessaire entraîne l'obligation de tenir compte, dans le calcul de la prime, d'une amélioration de l'état de santé en cours de contrat.

Les représentants des assureurs ne peuvent en aucun cas accéder à cette demande. Ils expliquent qu'en assurance solde restant dû, la prime est calculée sur la base de la table de mortalité relative à la maladie concernée. Cette table de mortalité intègre la probabilité de guérison. De plus, accorder une réduction de prime aux seuls assurés dont l'état de santé s'améliorerait enfreindrait le principe de solidarité.

Le moment à prendre en compte lors de l'évaluation visant à déterminer s'il y a discrimination est celui de la conclusion du contrat. À ce moment et dans sa tarification, l'assureur tient compte de la possibilité que l'état de santé du candidat à l'assurance ou de l'assuré s'améliore ou se détériore. Le simple fait que l'état de santé évolue en cours de contrat ne peut donc emporter de discrimination.

Ces représentants renvoient à l'article 25 de la LCAT, qui dispose que les règles en matière de diminution du risque ne s'appliquent pas aux assurances sur la vie et aux assurances maladie. Si la loi imposait de tenir compte d'une amélioration de l'état de santé, l'on pourrait, à leur estime, également exiger, en vertu du principe d'égalité, que la prime soit revue en cas de détérioration de l'état de santé.

Chaque assureur peut stipuler dans le contrat que le preneur d'assurance peut demander un réexamen de la surprime au terme d'une certaine période.

Les représentants des consommateurs ne sont aucunement convaincus par cette argumentation partielle des assureurs. En revanche, ils soutiennent sans réserve la position du Centre.

Termijnen (Stappen 3-4, Engagements)

De vertegenwoordigers van de verzekeraars zijn bereid om voor elk van de voorgestelde termijnen een periode van dertig dagen te accepteren, voor zover zij deze termijnen zelf in de hand hebben.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en patiënten gaan niet akkoord met de voorgestelde termijnen van 30 dagen voor het gedeelte waar de verzekeraars verantwoordelijk voor zijn. Dit betekent dat de gebruikelijke vier maanden om tot het verlijden van een verkoop te komen, nog moeilijk haalbaar wordt. Zij verwijzen daarvoor naar de beperkte periode waarin een onderhandse verkoopovereenkomst geldig is en waarbinnen dus een hypothecair krediet dient afgesproken te worden.

De inschakeling en werking van het Tarifieringsbureau (Stap 4)

De standaardverzekering (Stap 4 algemeen)

De vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers kunnen niet aanvaarden dat de personen met een verhoogd gezondheidsrisico slechts een gestandaardiseerde verzekering met beperkte dekking krijgen. Zij zijn van oordeel dat de voorgestelde beperkingen discriminerende effecten zullen hebben. Op voorwaarde dat de patiënt zijn medische voorschriften opvolgt, zou er geen discriminerend onderscheid mogen gemaakt worden tussen gezonde en zieke personen.

De invoering van een wachttijd, de beperking van de looptijd van de schuldsaldoverzekering, de beperking van de dekking tot overlijden door ongeval gedurende het eerste jaar en het beperkt verzekerd kapitaal zullen tot gevolg hebben dat kredietgevers geen lening zullen willen toekennen of een hogere interestvoet zullen eisen. Zij vrezen dat de toepassing van deze oplossing er toe zal leiden dat de betrokken verzekeringnemers een dure schuldsaldoverzekering zullen moeten sluiten voor een laag verzekerd kapitaal en dat ze geconfronteerd zullen worden met hoge interestvoeten voor de lening.

De wachttijd van minimaal 1 jaar zal tot gevolg hebben dat de kredietgever in vele gevallen geen lening zal willen toekennen bij gebreke aan een volwaardige schuldsaldoverzekering, of enkel aan een hogere interestvoet. Zij gaan niet akkoord met het feit dat gedurende de wachttijd enkel overlijden door een ongeval zou gedekt zijn en niet overlijden door ziekten die niets te maken hebben met de op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst bestaande ziekte. Zij verwijzen naar de artikelen 138bis

Délais (étapes 3-4, engagements)

Les représentants des assureurs sont disposés à accepter, dans la mesure où le respect de ces délais dépend d'eux, que la longueur des délais dont dispose le bureau de tarification pour faire savoir si et à quelles conditions une assurance solde restant dû peut être proposée soit fixée à trente jours.

Les représentants des consommateurs et des patients refusent que les délais précités soient fixés à trente jours. En effet, cela signifierait que l'acte de vente pourrait difficilement être passé dans le délai habituel de quatre mois. Ils rappellent que la durée de validité des compromis de vente est limitée et que le crédit hypothécaire doit être conclu au cours de cette période.

Intervention et fonctionnement du bureau de tarification (étape 4)

L'assurance standard (étape 4a, généralités)

Les représentants des patients et des consommateurs ne peuvent accepter que les personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé ne puissent souscrire qu'une assurance standardisée comportant une couverture limitée. Ils estiment que les limitations proposées auront des effets discriminatoires. Si le patient suit les instructions de son médecin, il ne devrait pas pouvoir être fait de distinction discriminatoire entre des personnes en bonne santé et des personnes malades.

L'instauration d'une période d'attente, la limitation de la durée de l'assurance solde restant dû, la limitation de la couverture, pendant la première année, au décès résultant d'un accident et la limitation du capital assuré amèneront les prêteurs à refuser l'octroi de crédit ou à fixer un taux d'intérêt plus élevé. Ces représentants craignent que l'application de la solution exposée oblige les preneurs d'assurance concernés à emprunter à taux d'intérêt élevé et à souscrire des assurances solde restant dû onéreuses et couvrant un capital faible.

Dans beaucoup de cas, du fait de la période d'attente d'un an minimum, le prêteur, considérant que l'assurance solde restant dû est insuffisante, refusera d'octroyer le crédit ou ne l'octroiera qu'à un taux d'intérêt plus élevé. Ces représentants s'opposent à ce que, pendant la période d'attente, seul soit couvert le risque de décès résultant d'un accident, et non également le risque de décès résultant de maladies sans lien avec celles qui existaient au moment de la conclusion des contrats. Ils renvoient aux articles 138bis de la

WLVO (Wet Verwilghen) waarin de mogelijkheid wordt geboden de kosten die verband houden met de chronische ziekte of handicap uit te sluiten.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars wijzen er op dat hun voorstel, inclusief de standaardverzekering, een oplossing biedt voor risico's die door een combinatie van parameters niet verzekeraar zijn. In een vrije markt zijn de verzekeraars niet verplicht dit product aan te bieden en zijn de kandidaat-verzekeringnemers ook niet verplicht de overeenkomst te sluiten.

Met betrekking tot de beperking van de dekking in de wachttijd tot ongeval, stellen zij dat het bewijs dat een overlijden niets te maken heeft met de bestaande ziekte te moeilijk te leveren is en tot veel discussies aanleiding kan geven. Hierdoor is er voor de verzekerde a priori onduidelijkheid over de omvang van de dekking.

De vertegenwoordiger van de kredietinstellingen wijst erop dat bij afwezigheid van een schuldsaldoverzekering een hypothecair krediet niet systematisch wordt geweigerd doch mogelijks toegekend aan een lagere quotiteit. De wachttijd en de beperking van het verzekerd bedrag zullen bijgevolg geen belemmering zijn uitgaande van de huidige politiek van de kredietinstellingen.

De vraag rijst of de beperking tot een verzekering ten belope van 50 % van het bedrag wanneer er een medeontlener is, geen aanleiding zal geven tot verschillende interpretaties en of het % niet kan bepaald worden in functie van de inkomens van de ontleners.

Met betrekking tot het aanrekenen van een hogere interestvoet wijst deze vertegenwoordiger er op dat alle verhogingen van de basisrentevoet in de prospectus moeten opgenomen worden

Een vertegenwoordiger van de verbruikers merkt hieromtrent op dat op basis van enquêtes die door zijn vereniging werden uitgevoerd, wel degelijk blijkt dat een beperkte waarborg van de schuldsaldoverzekering of een weigering tot schuldsaldoverzekering leiden tot een hogere interest of tot een weigering van het krediet. Op basis van deze vaststellingen, verwachten de vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers dan ook dat de standaardverzekering die wordt voorgesteld in het voorstel van Assuralia voor problemen zal zorgen voor de kandidaat-kredietnemer.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en patiënten concluderen algemeen dat de standaardverzekering de kandidaat-verzekeringnemer onvoldoende zekerheid voor

LCAT (loi dite Verwilghen), qui prévoient la possibilité d'exclure des contrats d'assurance soins de santé les coûts liés aux maladies chroniques ou au handicap.

Les représentants des assureurs répondent que leur proposition, et notamment l'assurance standard, comporte une solution qui permettrait d'assurer des risques qui, en raison de la combinaison d'un certain nombre de paramètres, ne sont actuellement pas assurables. Dans un contexte de libre concurrence, les assureurs ne seront pas obligés de proposer ce produit et les candidats à l'assurance ne seront pas non plus obligés de conclure le contrat.

En ce qui concerne la limitation de la couverture, pendant la période d'attente, au décès résultant d'un accident, ces représentants affirment que l'absence de lien entre un décès et la maladie existante est trop difficile à prouver et que cette preuve pourrait être l'objet de trop de controverses. Par conséquent, l'assuré ne connaîtrait pas clairement a priori l'étendue de la garantie dont il bénéficie.

Le représentant des établissements de crédit rappelle que le crédit hypothécaire n'est pas systématiquement refusé à défaut d'assurance solde restant dû. En revanche, il peut être octroyé à une quotité inférieure. La période d'attente et la limitation du montant assuré ne constitueront donc pas des obstacles nouveaux par rapport à la politique actuelle des établissements de crédit.

Par ailleurs, la proposition Assuralia prévoit une limitation du montant assuré à 50 % du capital emprunté lorsqu'il y a un coemprunteur. Se pose la question de savoir si ce pourcentage n'est pas susceptible d'interprétation et s'il ne pourrait pas être fixé en fonction des revenus des emprunteurs.

En ce qui concerne la tarification d'un taux d'intérêt plus élevé, ce représentant rappelle que toutes les hausses du taux d'intérêt de base doivent être prévues dans le prospectus.

À cet égard, un représentant des consommateurs affirme que des enquêtes menées par son association montrent que la limitation de la garantie prévue par l'assurance solde restant dû ou le refus d'une telle assurance entraînent bel et bien une hausse du taux d'intérêt ou un rejet de la demande de crédit. Se basant sur ces constatations, les représentants des patients et des consommateurs s'attendent à ce que l'assurance standard dont il est fait état dans la proposition Assuralia soit source de problèmes pour le candidat emprunteur.

Ils concluent, de manière générale, que l'assurance standard n'offre pas de sécurité suffisante au candidat emprunteur et à sa famille. En outre, il n'est pas certain que l'éta-

zijn gezin biedt. Bovendien is er geen zekerheid dat de kredietinstelling deze dekking aanvaardt.

Beoordeling verzekerbearheid (Stap 4a)

In het Assuralia-voorstel is bepaald dat de beoordeling van de verzekerbearheid door het tariferingsbureau wordt uitbesteed aan herverzekeraars.

De vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers stellen dat volgens het voorstel van Assuralia de enige taak van het tariferingsbureau er in bestaat om de tarificatie uit te besteden en de zogenaamd correcte verzekerings-technische premie aan de kandidaat voor te stellen.

Bovendien merken zij op dat die herverzekeraars reeds in de eerste fasen van het stappenplan betrokken zijn bij de beoordeling van de verzekerbearheid. Aangezien gesteld wordt dat deze herverzekeraars hun oordeel baseren op "*evidence bases medicine*", stellen zij de vraag of er na de vorige beslissingen nog verschillen of nuances kunnen aangebracht worden. Bijkomend vragen zij zich ook af hoeveel de kosten voor het advies van een herverzekeraar zullen bedragen en aan welke herverzekeraars de voorkeur zal gegeven worden.

Deze vertegenwoordigers pleiten er voor dat in het tariferingsbureau minstens actoren zouden zitten die actief zijn op het terrein van de desbetreffende pathologie, zoals het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Stichting Kankerregister, mutualiteiten, professoren, en overheids-administraties. Deze instellingen/artsen zouden de gegevens van de herverzekeraars kunnen verifiëren, aanvullen en bespreken zodat de onafhankelijkheid van het onderzoek naar de verzekerbearheid meer gegarandeerd wordt.

Tarifiering (Stap 4b)

Het voorstel van Assuralia bepaalt dat ook de daadwerkelijke tarifiering van het risico door het tariferingsbureau zal uitbesteed worden aan de verzekeringsonderneming die het beheer zal doen van de standaardverzekering.

De vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers stellen de vraag op welke manier zal gegarandeerd worden dat die verzekeringsonderneming de goedkoopste verzekering aanbiedt. Wie zal controleren of het tarief opge-maakt door deze verzekeringsonderneming correct en proportioneel is ?

Om meer vertrouwen te creëren, stellen zij voor dat de beoordeling van de verzekerbearheid door de hiervoor vermelde medische actoren zou gebruikt worden door een andere groep van experts, met name actuarissen, aange-duid door enerzijds verzekeraars en anderzijds patiën-ten/consumentenvertegenwoordigers, om een correcte

blissement de crédit acceptera la garantie que constituerait cette assurance.

Évaluation de l'assurabilité (étape 4a)

La proposition Assuralia prévoit que le bureau de tarifica-tion sous-traite l'évaluation de l'assurabilité à des réassu-reurs.

Les représentants des patients et des consommateurs const-antent que, selon cette proposition, la seule mission du bu-reau de tarification consiste à sous-traiter la tarification et à présenter au candidat la prime dite conforme à la tech-nique de l'assurance.

De plus, ils remarquent que les réassureurs sont déjà asso-ciés à l'évaluation de l'assurabilité dans les premières étapes définies par la feuille de route. Puisque les réassu-reurs disent baser leur évaluation sur la médecine factuelle (*evidence-based medicine*), ces représentants demandent si les décisions antérieures peuvent encore être modifiées ou nuancées. De plus, ils souhaiteraient connaître le mon-tant des frais afférents à la demande d'avis au réassureur et à quels réassureurs l'on s'adressera en priorité.

Ils plaident pour que des acteurs de terrain de la patholo-gie concernée - Institut scientifique de santé publique belge, Fondation Registre du cancer, mutualités, profes-seurs d'université, administrations publiques - siègent au bureau de tarification. Ces organismes/médecins pour-raient vérifier, compléter et discuter les informations transmises par les réassureurs, afin de garantir autant que possible l'indépendance de l'évaluation de l'assurabilité.

Tarification (étape 4b)

La proposition Assuralia prévoit que le bureau de tarifica-tion sous-traite également la tarification du risque pro-prement dite à l'entreprise d'assurances qui sera chargée de la gestion de l'assurance standard.

Les représentants des patients et des consommateurs de-mandent comment l'on garantira que l'entreprise d'assu-rances qui sera choisie offre le meilleur tarif et qui contrô-lera si ce tarif est correct et proportionnel.

Pour que la confiance s'installe, ils proposent que l'évalua-tion de l'assurabilité qui serait faite par les acteurs médi-caux précités soit utilisée par un autre groupe d'experts, composé d'actuaire, qui seraient désignés par, d'une part, les assureurs et, d'autre part, les représentants des patients et des consommateurs et seraient chargés de proposer une

verzekeringstechnische premie voor te stellen.

Wat de bijpremie betreft stellen vertegenwoordigers van verbruikers en patiënten naar analogie met het Aeras-stelsel voor dat de bijpremie niet meer dan een beperkt percentage (bv. 1,5 punten) van de globale effectieve lasten voet van de betrokken hypothecaire of andere lening zou mogen bedragen.

Ook het Centrum heeft vragen bij de onafhankelijkheid van het tarifieringsbureau in de procedure zoals uitgewerkt in het Assuralia-voorstel. Vermits de beoordeling van de verzekeraarbaarheid en de tarifiering van de verzwaarde risico's door het tarifieringsbureau worden uitbesteed, wordt de meerwaarde van dit bureau volgens het Centrum in grote mate bepaald door de mogelijkheid van een onafhankelijke beoordeling van de gegevens die door de herverzekeraar en het bureau worden verstrekt. Het Centrum verwijst naar de aanbevelingen die het geformuleerd heeft ter ondersteuning van het Voorstel van Europese richtlijn van de Raad (Brussel 2 juli 2008, COM(2008) 426) betreffende de toepassing van het beginsel van gelijke behandeling van personen ongeacht godsdienst of overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid. Eén van de aanbevelingen is dat er dient over gewaakt te worden dat de inzameling van gegevens betreffende een mogelijk toegenomen risico op grond van een handicap zou beheerd worden door een onafhankelijke en onpartijdige instelling en dit met de grootst mogelijke transparantie.

De vertegenwoordigers van de verbruikers steunen zeer nadrukkelijk dit standpunt van het Centrum: opdat een nieuwe regeling, zoals hier voorgesteld, geloofwaardig zou zijn, hoort de inzameling of zelfs de verwerking van gegevens te worden beheerd door een onafhankelijk en onpartijdige instelling, liefst, zoals hier al herhaaldelijk vooropgesteld, naar het voorbeeld van het Frans Aeras-stelsel.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars wijzen er op dat hun voorstel een verzekeringstechnische oplossing is voor de problematiek en dat deze oplossing dan ook dient uitgewerkt te worden door (her)verzekeraars. Wat de voorgestelde controle op de juistheid van de gevraagde premie betreft, stellen deze vertegenwoordigers dat zij niet akkoord kunnen gaan met zulke controle op de prijsbepaling van hun producten. Zij wijzen er op dat de verzekeraars bereid zijn om in hun tarifiering de grenzen van de verzekeraarbaarheid na te streven. Zij zullen hierbij gecontroleerd worden door hun revisoren en door de controleoverheden. Ter vergelijking verwijzen deze vertegenwoordigers naar andere fiscaal aftrekbare kosten waarvan de prijszetting ook niet gecontroleerd wordt.

Een vertegenwoordiger van de tussenpersonen geeft aan dat zij de door Assuralia voorgestelde onderhandelde op-

prime conforme à la technique de l'assurance.

Ces représentants proposent enfin, comme c'est le cas dans le système Aeras, que la surprime ne puisse pas excéder un pourcentage déterminé (par exemple 1,5 points) du taux effectif global du crédit hypothécaire ou autre.

Le Centre s'interroge lui aussi sur l'indépendance du bureau de tarification dans la procédure élaborée par Assuralia. Le Centre estime que puisque le bureau de tarification sous-traite l'évaluation de l'assurabilité et la tarification des risques aggravés, sa valeur ajoutée est, dans une large mesure, déterminée par la possibilité d'évaluation indépendante des données fournies par le réassureur et par le bureau lui-même. Le Centre renvoie aux recommandations qu'il a formulées pour soutenir la proposition de directive européenne du Conseil (Bruxelles, 2 juillet 2008, COM(2008) 426) relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle. Le Centre recommandait notamment de veiller à ce que la collecte de données relatives à un risque potentiellement aggravé en raison d'un handicap soit gérée, dans la plus grande transparence, par un organisme indépendant et impartial.

Les représentants des consommateurs appuient avec insistance cette position du Centre. Pour que le système qui serait instauré soit crédible, la collecte et même le traitement des données devraient être gérés par un organisme indépendant et impartial, sur le modèle — déjà évoqué à plusieurs reprises dans le présent avis — du système français Aeras.

Les représentants des assureurs rappellent que la solution qu'ils proposent pour résoudre le problème relève de la technique de l'assurance et que les (ré)assureurs doivent donc collaborer à sa mise en œuvre. Ces représentants refusent tout contrôle de la tarification de leurs produits et donc tout contrôle sur le caractère correct de la prime demandée. Ils insistent sur le fait que, dans leur tarification, les assureurs chercheront à atteindre la limite de l'assurabilité. La tarification sera contrôlée par leurs réviseurs et par les autorités de contrôle. À titre de comparaison, ces représentants renvoient à d'autres frais fiscalement déductibles dont la tarification n'est pas non plus contrôlée.

Un représentant des intermédiaires apporte son soutien à la solution négociée proposée par Assuralia. Le recours à

lossing steunen. Door te werken via de bemiddeling komt men tot juiste prijsvorming en een maximale verzekeraarbaarheid alvorens het tarifieringsbureau in te schakelen. De bijstand van een gespecialiseerd tussenpersoon kan er voor zorgen dat een goede marktwerking bereikt wordt.

Juridisch kader (Engagements)

De vertegenwoordigers van de geraadpleegde verenigingen en de verbruikers gaan niet akkoord om het stappenplan voor de verzekeringsaanvraag en dit tarifieringsbureau te organiseren in een gedragscode. Zij pleiten voor een wet die ethische richtlijnen vastlegt, opdat de naleving ervan ook juridisch zou kunnen afgedwongen worden.

Als het Assuralia-voorstel, dat een samenwerking met de herverzekeraars omvat, zal ingevoerd worden door een wet, stelt een deskundige zich de vraag hoe de wet zal kunnen interfereren in de contractuele relatie tussen een verzekeraar en een herverzekeraar. Dit probleem stelt zich niet als gewerkt wordt in een kader van afspraken tussen verzekeraars en herverzekeraars.

Aangezien het voorstel bepaalt dat de verliezen die het tarifieringsbureau lijdt, gezamenlijk gedragen worden door de volledige levensverzekeringsmarkt, de kredietsector en de Overheid, is het van het grootste belang dat de betrokken instanties geraadpleegd worden. Wat de overheid betreft, stelt zich de vraag welke overheid (federaal en/of gewest) voor deze materie bevoegd is.

Evaluatie van de werking

De Commissie is het er over eens dat de concrete toepassing van het voorstel regelmatig dient geëvalueerd te worden. Hoe deze evaluatie precies zal gebeuren en welke gevolgen er aan de evaluatie zullen gegeven worden, zal nog moeten uitgewerkt worden.

Bemiddelingscommissie voor klachtenbehandeling

De vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers vragen de oprichting van een bemiddelingcommissie die individuele klachten van kandidaat-verzekerden zou onderzoeken. Deze bemiddelingscommissie zou paritair dienen samengesteld te worden en er zouden naast vertegenwoordigers van verzekeraars, consumenten en patiënten ook medische en andere deskundigen deel van uitmaken.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars herinneren er aan dat hun voorstel een oplossing op verzekeringsvlak is en dat het dan logisch is dat de dienst die bevoegd is voor

l'intermédiation permet de fixer un prix juste et de parvenir à une assurabilité maximale avant de solliciter le bureau de tarification. L'intervention d'intermédiaires spécialisés peut contribuer au bon fonctionnement du marché.

Cadre juridique (engagements)

Les représentants des associations de patients consultées et des consommateurs refusent que la feuille de route pour la demande d'assurance et les règles qui présideront au fonctionnement du bureau de tarification soient promulguées par un code de conduite, comme le propose Assuralia. Ils plaident au contraire pour que le législateur adopte une loi fixant des lignes de conduite en matière éthique, afin de les rendre juridiquement contraignantes.

Un expert attire toutefois l'attention sur le fait que si la proposition Assuralia, qui suppose une collaboration entre assureurs et réassureurs, est promulguée par une loi, cette loi risque d'interférer dans la relation contractuelle entre l'assureur et le réassureur. Ce problème ne se posera pas si l'on travaille dans le cadre de conventions entre assureurs et réassureurs.

Dès lors que la proposition prévoit que les pertes subies par le bureau de tarification seront prises en charge conjointement par l'ensemble du marché de l'assurance vie, par le secteur du crédit et par les pouvoirs publics, il est très important de consulter les instances concernées. S'agissant des pouvoirs publics se pose la question du niveau de pouvoir (fédéral et/ou régional/communautaire) compétent en la matière.

Évaluation du fonctionnement du système

Les membres de la Commission s'accordent pour estimer que l'application de la proposition devra être évaluée régulièrement. Les modalités de cette évaluation et ses conséquences doivent encore être définies.

Commission de médiation pour le traitement des plaintes

Les représentants des patients et des consommateurs demandent la constitution d'une commission de médiation qui examinerait les plaintes individuelles des candidats à l'assurance. Cette commission devrait être composée paritairement et compter, outre des représentants des assureurs, des consommateurs et des patients, des experts médicaux et d'autres experts

Les représentants des assureurs rappellent que la solution qu'ils proposent relève de la technique de l'assurance. Ils estimerait donc logique que le service compétent pour

de verzekeringsklachten, namelijk de Ombudsdienst voor Verzekeringen, ook voor deze verzekeringen zal bemiddelen. Zij wijzen er op dat het niet opportuun is om nieuwe instellingen op te richten voor een beperkt aantal probleemgevallen (er zouden jaarlijks 2000 kandidaat-verzekerden in aanmerking komen voor een dossier bij het tarifieringsbureau).

Indien men zou kiezen om deze taak toch over te laten aan de Ombudsdienst voor Verzekeringen, dan pleiten de vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers ervoor dat deze Ombudsdienst zou hervormd worden. De Ombudsdienst voor Verzekeringen zou een volledig paritaire samenstelling moeten krijgen met een degelijke consumenten- en patiëntenvertegenwoordiging, eventueel aangevuld met medische en andere deskundigen.



6. BESLUITEN

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen geven aan dat hun sector bereid is om op korte termijn en op eigen initiatief, via gedragscode, de in dit advies voorgestelde oplossing van een tarifieringsbureau voor schuldsaldoverzekeringen te concretiseren en in de praktijk te brengen.

Deze oplossing is evenwel afhankelijk van de bereidheid van de kredietsector en de overheid om bij te dragen aan de financiering van dit voorstel. Als de overheid, de verzekeringssector en de kredietsector het verlies van het tarifieringsbureau gezamenlijk dragen, kunnen ruimere verzekeringsoplossingen aangeboden worden aan personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Aan de overheid wordt gevraagd om de schuldsaldoverzekering voor de klant betaalbaar te houden. Op dit vlak dient de overheid vast te leggen voor wie, in welke mate en op welke manier een financiële tegemoetkoming kan geboden worden.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen steunen het voorstel van Assuralia omdat dit uitgaat van onderhandeling. Zij wijzen erop dat de ervaring met moeilijk verzekerbare risico's leert dat de belangen van de verzekeringnemer het best gediend zijn door de flexibiliteit van onderhandelde en dus bemiddelde marktwerking te vrijwaren, en niet door maximale institutionalisering. Dit geldt zowel voor de dekkingsvoorwaarden als voor de premie. Zij zijn van oordeel dat de concrete bijstand van elke individuele verzekeringnemer door een makelaar die de verzekeringnemer in onafhankelijkheid en met gespe-

traiter les plaintes en matière d'assurance, à savoir le Service Ombudsman des Assurances, soit également chargé de la médiation concernant les assurances solde restant dû souscrites par des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé. Ces représentants jugeraient inopportun d'instituer de nouveaux organismes pour traiter un nombre réduit de cas problématiques (2000 candidats à l'assurance par an répondraient aux critères pour introduire un dossier auprès du bureau de tarification).

Les représentants des patients et des consommateurs plaident pour une réforme du Service Ombudsman des Assurances si celui-ci se voit confier le traitement des plaintes. Il devrait être composé en toute parité. Les consommateurs et patients devraient y être correctement représentés et il devrait pouvoir se faire assister, si nécessaire, par des experts médicaux et par d'autres experts.



6. CONCLUSIONS

Les représentants des entreprises d'assurances font savoir que leur secteur est disposé à concrétiser, de sa propre initiative, la solution présentée dans l'avis consistant à créer un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû. Cette solution serait mise en pratique à bref délai, via un code de conduite.

Sa mise en œuvre dépendra toutefois de la volonté du secteur du crédit et des pouvoirs publics de contribuer à son financement. Si les pouvoirs publics, le secteur de l'assurance et le secteur du crédit supportent ensemble les pertes du bureau de tarification, il sera possible d'offrir des solutions d'assurance plus larges aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé

Il est demandé aux pouvoirs publics de maintenir l'assurance solde restant dû à un prix abordable pour le client. Les pouvoirs publics doivent donc déterminer pour qui, dans quelle mesure et de quelle manière ils peuvent intervenir financièrement.

Les représentants des intermédiaires soutiennent la proposition d'Assuralia, parce qu'elle repose sur la négociation. Leur expérience des risques difficilement assurables montre que les intérêts du preneur d'assurance sont le mieux servis non par l'institutionnalisation maximale mais par la flexibilité que permettent la négociation et donc l'intermédiation et, partant, par la préservation du bon fonctionnement du marché. Ceci vaut tant en ce qui concerne les conditions d'assurance qu'en ce qui concerne la prime. Ces représentants sont d'avis que le fait, pour un preneur d'assurance, de se faire assister par un courtier,

cialiseerde technische kennis bijstaat in de praktijk bijdraagt tot een adequate rechtsbescherming van de verzekerde. De wettelijke rechtsbescherming blijft overigens onverkort van toepassing zonder dat daarvoor een specifieke en wettelijke regeling noodzakelijk is.

De vertegenwoordigers van de kredietsector zijn bereid de voorgestelde oplossing te steunen. Op basis van de huidige politiek van de kredietinstellingen menen zij dat de standaardverzekering geen belemmering zal vormen voor het verlenen van krediet. Indien de kredietsector zal moeten bijdragen in de solidariteit die voor het Assuralia-voorstel zal gevraagd worden, zal dit wel een invloed hebben op de prijs van het hypothecair krediet.

De vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers verheugen zich over de parlementaire werkzaamheden om in de problematiek van de verzekeraarbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico tot werkbare oplossingen te komen.

Deze vertegenwoordigers waarderen ook de inspanning van de verzekeraars en herverzekeraars om degelijke informatie te geven over hun werking en de evaluatie van personen met een (reëel of verondersteld) verhoogd gezondheidsrisico.

Betreffende het in dit advies besproken Assuralia-voorstel voor een tarifieringsbureau hebben ze evenwel een aantal fundamentele bezwaren.

De bezwaren betreffen de twee termijnen van dertig dagen waartoe de verzekeraars zich engageren, die volgens hen te lang zijn voor het verloop van de aanvraag van hypothecair krediet; de beperkte dekking en wachttermijn van de standaardverzekering; de beperking van de taak van het tarifieringsbureau tot uitbesteden van de tarificatie en voorstellen van de correcte verzekeringstechnische premie aan de kandidaat-verzekeringnemer en het feit dat de verenigingen van patiënten en verbruikers geen enkele inspraak hebben in enige fase van de beoordeling van de aanvraag, noch in de werking van dit tarifieringsbureau en het beheersorgaan.

De vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers verheugen zich over het feit dat de verzekeraars bereid zijn om duidelijk en begrijpelijk een afwijzing of (medische) bijpremie te motiveren maar betreuren het feit dat deze verzekeraars geen informatie wensen te verstrekken betreffende de toegepaste sterftetafels geldend voor een bepaalde ziekte. Zij menen dat zo elke vorm van tarifiering of beoordeling door een tarifieringsbureau uitgesloten is.

De vertegenwoordigers van de patiënten- en verbruikers-

qui l'aide en toute indépendance et sur la base de connaissances techniques spécialisées, contribue à garantir une protection juridique adéquate à l'assuré. Du reste, la protection juridique prévue par la loi est maintenue sans restriction.

Les représentants du secteur du crédit sont disposés à soutenir la solution proposée. Considérant la politique actuelle des établissements de crédit, ils sont d'avis que l'assurance standard ne fera pas obstacle à l'octroi de crédit. Cependant, la contribution du secteur du crédit à la solidarité qu'exige la mise en œuvre de la proposition Assuralia influencera le prix du crédit hypothécaire.

Les représentants des patients et des consommateurs se réjouissent que le Parlement travaille à l'élaboration de solutions viables au problème de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Ces représentants saluent également les efforts des assureurs et des réassureurs pour fournir des informations satisfaisantes sur leur méthode de travail et sur l'évaluation de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé (réel ou supposé) du fait de leur état de santé.

Ils émettent toutefois un certain nombre d'objections fondamentales à la proposition Assuralia de création d'un bureau de tarification, décrite dans le présent avis.

Ces objections portent sur les deux délais de trente jours que les assureurs s'engagent à respecter - et que les représentants des consommateurs estiment trop longs pour permettre le traitement de la demande de crédit hypothécaire dans les délais légaux -, la limitation de la garantie et la période d'attente prévus dans l'assurance standard, la limitation des missions du bureau de tarification à la sous-traitance de ladite tarification et à la présentation au candidat de la proposition de prime calculée conformément à la technique de l'assurance, et le fait que les associations de patients et de consommateurs ne puissent intervenir à aucun stade de l'évaluation de la demande et n'aient aucun droit de regard sur le fonctionnement du bureau de tarification et de l'organe de gestion.

Les représentants des patients et des consommateurs se félicitent que les assureurs soient prêts à motiver de manière claire et compréhensible les refus d'assurance et surprimes (médicales) mais regrettent qu'ils ne souhaitent pas fournir d'informations sur les tables de mortalité appliquées aux différentes maladies. Dans ces conditions, ils rejettent toute forme de tarification ou d'évaluation par un bureau de tarification.

Ils demandent qu'il soit, en lieu et place, adopté un régime

verenigingen vragen dan ook dat er een regeling zou komen die toelaat dat een "paritair" samengesteld orgaan een premie zou kunnen voorstellen en de hoogte van de solidariteit zou kunnen bepalen rekening houdend met een behandeling van de medische gegevens door medische deskundigen.

Hun voornaamste voorwaarden voor een regeling zijn dat het tarifieringsbureau verzekeringen aanbiedt met algemeen geldende voorwaarden, zonder beperkingen; dat in het tarifieringsbureau vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers zouden zetelen die beroep kunnen doen op medische en actuariële experts, waarvoor de overheid voldoende middelen beschikbaar maakt om deze te vergoeden om zo een efficiënte en degelijke werking van het tarifieringsbureau te kunnen garanderen; dat elke weigering of bijpremie zou gemotiveerd worden en dat de verzekerde recht krijgt op een premievermindering wanneer zijn gezondheidstoestand verbetert.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn er voorstander van dat een voor de verbruiker bevredigende regeling tot stand zou komen in het raam van de bespreking en goedkeuring van de wetsvoorstellen die aanhangig zijn bij het Federaal Parlement.

permettant qu'un organe composé "paritairement" propose une prime et fixe le niveau de la solidarité en tenant compte de l'évaluation que feraient des experts médicaux des données médicales.

Selon eux, un tel régime devrait principalement prévoir que le bureau de tarification propose des assurances soumises à des conditions générales et sans limitation ; que des représentants des patients et des consommateurs siègent au bureau de tarification et peuvent faire appel à des experts médicaux et actuariels ; que les pouvoirs publics mettent suffisamment de moyens à disposition pour rémunérer ces experts et garantir le fonctionnement efficace et effectif du bureau de tarification ; que tout refus d'assurance et toute surprime sont motivés ; que l'assuré a droit à une réduction de prime en cas d'amélioration de son état de santé.

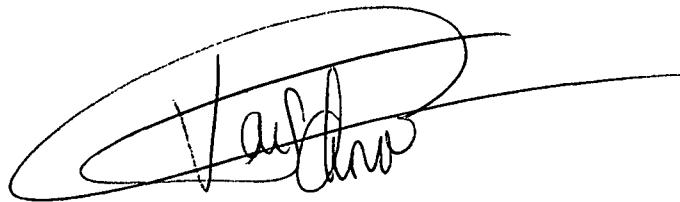
Les représentants des consommateurs souhaitent qu'un régime satisfaisant pour le consommateur soit adopté à l'occasion de l'examen et de l'adoption des propositions de loi déposées devant le Parlement fédéral.

-♦-

De Voorzitster,

-♦-

Le Présidente,



Caroline VAN SCHOU BROECK