

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

BRUSSEL, 29 MEI 2018

DOC/C2018/1

Evaluatieverslag van de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen I

De Minister van economie, Kris Peeters, heeft de Commissie voor Verzekeringen gevraagd om in uitvoering van artikel 218 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen een evaluatierapport op te stellen met betrekking tot de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen.

Dit artikel 218 bepaalt:

“De Commissie voor verzekeringen zoals bedoeld in deel 7, titel IV is ermee belast de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk te evalueren. Met dat doel bezorgt zij tweejaarlijks een verslag aan de Koning en aan de Kamer van volksvertegenwoordigers. Zij kan de door haar aangestelde deskundigen bij haar werkzaamheden betrekken.

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

De opdracht is om de toepassing van de reglementering te evalueren en constructieve voorstellen te doen ter verbetering waar mogelijk.

Deze reglementering is volledig van kracht sinds 30 december 2014 (artikel 353 wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen; artikelen 30-31 Koninklijk Besluit van 10 april 2014).

Dit Eerste Evaluatierapport betreft de toepassing van deze reglementering in de eerste twee jaar

COMMISSION DES ASSURANCES

BRUXELLES, LE 29 MAI 2018

DOC/C2018/1

Rapport d'Évaluation sur la réglementation concernant les assurances solde restant dû I

Le ministre de l'Économie, Kris Peeters, a demandé à la Commission des Assurances d'établir, en exécution de l'article 218 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, un rapport d'évaluation sur la réglementation concernant les assurances solde restant dû.

Cet article 218 prévoit que :

« La Commission des Assurances visée au titre IV de la partie 7 est chargée d'évaluer l'application des dispositions du présent chapitre. À cette fin, elle fournit au Roi et à la Chambre des représentants un rapport tous les deux ans. Elle peut associer à ses activités les experts qu'elle a désignés.

Ce rapport est accompagné d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé, qui évalue si les tarifs pratiqués par les assureurs sont conformes à l'évolution des techniques médicales et des soins de santé en ce qui concerne les principales pathologies concernées ».

La mission consiste à évaluer l'application de la réglementation et à formuler des propositions constructives en vue de l'améliorer, dans la mesure du possible.

Cette réglementation est pleinement en vigueur depuis le 30 décembre 2014 (article 353 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; articles 30-31 de l'arrêté royal du 10 avril 2014).

Ce premier rapport d'évaluation concerne l'application de cette réglementation durant les

sinds de inwerkingtreding van deze reglementering (2015-2016).

deux premières années de son entrée en vigueur (2015-2016).

I. HUIDIGE REGLEMENTERING SCHULDSALDOVERZEKERINGEN

De huidige reglementering inzake de schuldsaldoverzekeringen is opgenomen in Hoofdstuk 5 Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (artikelen 212 – 224) (BS 30 april 2014; wijziging artikel 217 bij wet van 26 oktober 2015, BS 30 oktober 2015) (hierna W.Verz.) en het Koninklijk Besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet (BS 10 juni 2014) (hierna KB).

Bij Ministerieel Besluit van 24 december 2014 werd het Huishoudelijk Reglement van het Opvolgingsbureau vastgesteld (BS 30 december 2014).

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

II. ORGANISATIE EN VERLOOP VAN DE WERKZAAMHEDEN

A. Organisatie van de werkzaamheden

Dergelijke opdracht tot evaluatie van een reglementering is nieuw voor de Commissie voor verzekeringen.

De Commissie voor verzekeringen heeft de organisatie van de werkzaamheden voor het opstellen van dit evaluatierapport besproken op haar vergadering van 27 april 2017, in nauw overleg met het kabinet van Minister Kris Peeters, de voorzitter van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering (OBS), de voorzitter van het Federaal

I. REGLEMENTATION ACTUELLE SUR LES ASSURANCES SOLDE RESTANT DU

La réglementation actuelle concernant les assurances solde restant dû est reprise dans le Chapitre 5 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances « Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit » (articles 212 - 224) (MB 30 avril 2014 ; modification de l'article 217 par la loi du 26 octobre 2015, MB 30 octobre 2015) (ci-après L.Ass.) et dans l'arrêté royal du 10 avril 2014 portant sur la réglementation de certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire (MB 10 juin 2014) (ci-après dénommé AR).

Par Décret Ministériel du 24 décembre 2014, le Règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi a été adopté (MB 30 décembre 2014).

L'Arrêté Royal du 4 mars 2015 reconnaît la Caisse de compensation visée à l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (MB 12 mars 2015).

II. ORGANISATION ET DEROULEMENT DES TRAVAUX

A. Organisation des travaux

L'évaluation d'une réglementation est une nouvelle mission pour la Commission des assurances.

Lors de sa réunion du 27 avril 2017, la Commission des assurances a discuté de l'organisation des travaux en vue de la préparation de ce rapport d'évaluation, en étroite concertation avec le cabinet du ministre Kris Peeters, le président du Bureau du suivi de la tarification (BST), le président du Centre fédéral

Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), en een vertegenwoordiger van de FOD economie.

In de Commissie voor verzekeringen zetelen, overeenkomstig artikel 301 van de wet van 4 april 2014, vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen, de verzekeringstussenpersonen, de verbruikers, alsook deskundigen.

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

- voor het Opvolgingsbureau voor de tarifiering (OBS): de voorzitter, een vertegenwoordiger van de delegatie van patiënten en consumenten en twee vertegenwoordigers van de delegatie van verzekeringsondernemingen

- een vertegenwoordiger van de VZW Acceso, Compensatiekas;

- een vertegenwoordiger van de FOD economie;

- de voorzitter en een vertegenwoordiger van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE);

- een vertegenwoordiger van de Ombudsdienst voor de verzekeringen;

- vertegenwoordigers van de (patiënten)organisaties (hierna vertegenwoordigers van de patiënten") die eerder betrokken waren in de besprekingen van de Commissie voor verzekeringen over eerdere ontwerpen die leidde tot de huidige reglementering (DOC C12010/1, DOC C/2009/3, DOC C/2009/1, DOC C/2008/5 en DOC C/2013/1):

Kom op tegen Kanker;

Vlaams Patiëntenplatform;

Unia;

Ligue des usagers des services de santé (LUSS).

De Commissie voor verzekeringen heeft voormelde evaluatie besproken op vier

d'expertise des soins de santé (KCE) et un représentant du SPF Économie.

Conformément à l'article 301 de la loi du 4 avril 2014, les représentants des entreprises d'assurance, les représentants des intermédiaires d'assurance, les consommateurs et les experts sont membres de la Commission des assurances.

Les organisations et institutions extérieures suivantes ont également participé aux discussions de la Commission :

- pour le Bureau du suivi de la tarification (BST) : le président, un représentant de la délégation des patients et des consommateurs et deux représentants de la délégation des entreprises d'assurance ;

- un représentant de l'asbl Acceso, Caisse de compensation ;

- un représentant du SPF Économie ;

- le président et un représentant du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ;

- un représentant du Service de l'Ombudsman des assurances pour les entreprises d'assurance ;

- les représentants des associations (de patients) (ci-après « les représentants des patients ») qui ont déjà participé aux discussions de la Commission des assurances sur les projets antérieurs ayant abouti à la réglementation actuelle (DOC C12010/1, DOC C/2009/3, DOC C/2009/1, DOC C/2008/5 et DOC C/2013/1) :

Kom op tegen Kanker ;

Vlaams Patiëntenplatform;

Unia ;

Ligue des usagers des services de santé (LUSS).

La Commission des assurances a procédé à l'évaluation susmentionnée lors de quatre

vergaderingen (28 september 2017, 23 oktober 2017, 30 november 2017 en 14 december 2017).

B. Verloop van de werkzaamheden

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

- Jaarverslagen van 2015 en 2016 van het Opvolgingsbureau (OBS);
- Activiteitenverslagen van 2015 en 2016 van de vzw Accesso – Compensatiekas;
- Jaarrekeningen van 2015 en 2016 van de vzw Accesso – Compensatiekas;
- Jaarverslagen van 2015 en 2016 van Kom op tegen Kanker.

2. Op de eerste vergadering werd door de voorzitter van het Opvolgingsbureau een uitvoerige toelichting gegeven over de werking van het OBS, en de evolutie van de werkzaamheden tussen 2015 en heden. Hij wees daarbij op de sterke punten en op de aandachtspunten en gaf bijkomende duiding in antwoord op de hem op de vergadering voorgelegde vragen.

De verschillende vertegenwoordigers gaven een eerste mededeling van hun aandachtspunten.

Ter voorbereiding van de volgende geplande vergaderingen, werden deze aandachtspunten in nota's uitgewerkt die aan allen werden meegedeeld.

Op basis van deze aangebrachte punten, werd door de voorzitter de agenda voor de opeenvolgende bijeenkomsten opgesteld.

3. De besprekingen zijn ernstig gevoerd, in openheid en met wederzijdse luisterbereidheid. Verduidelijking van de voorgelegde opmerkingen of vragen enerzijds en toelichting bij de concrete toepassing en uitvoering van de reglementering anderzijds, leidde op meerdere punten tot een beter inzicht in de doelstellingen en de toepassing van de huidige reglementering.

réunions (28 septembre 2017, 23 octobre 2017, 30 novembre 2017 et 14 décembre 2017).

B. Déroulement des travaux

1. Les documents suivants ont été soumis pour la préparation de la première réunion :

- Rapports annuels de 2015 et 2016 du Bureau du suivi (BST) ;
- Rapports d'activité de 2015 et 2016 de l'asbl Accesso – Caisse de compensation ;
- Comptes annuels de 2015 et 2016 de l'asbl Accesso - Caisse de compensation ;
- Rapports annuels de 2015 et 2016 de Kom op tegen Kanker.

2. Lors de la première réunion, le président du Bureau du suivi a expliqué en détail le fonctionnement du BST et l'évolution des travaux entre 2015 et aujourd'hui. Il a souligné les points forts et les sujets de réflexion et a fourni des explications supplémentaires en réponse aux questions qui lui ont été posées lors de la réunion.

Les différents représentants ont fait part de leurs préoccupations.

Afin de préparer les prochaines réunions prévues, ces points ont été développés dans des notes qui ont été communiquées à tous.

Sur la base de ces points, le président a établi l'ordre du jour des réunions ultérieures.

3. Les discussions se sont déroulées de manière sérieuse, dans un climat d'ouverture et avec une volonté d'écoute réciproque. La clarification des remarques ou des questions soumises, d'une part, et la clarification de l'application et de la mise en œuvre concrètes de la réglementation, d'autre part, ont conduit sur plusieurs points à une meilleure compréhension des objectifs et de l'application de la réglementation actuelle.

4. Hierna volgt vooreerst een globale beoordeling van de huidige reglementering (III) en de opdracht van de studie aan het KCE (IV).

Vervolgens wordt het overzicht gegeven van de specifieke aandachts- en knelpunten die werden besproken, met toelichting van de soms verschillende standpunten (V). De voorstellen waarover er in de Commissie eensgezindheid bestaat, zijn telkens verwoord onder de hoofding "voorstel".

III. GLOBALE BEOORDELING

A. Algemene bemerkingen

1. De huidige reglementering van de schuldsaldoverzekering, die voortbouwt op de zgn. wet Partyka van 2010, is van kracht sinds 30 december 2014. Ze beoogt de toegang tot een schuldsaldoverzekering voor het aangaan van een hypothecair krediet voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning te verhogen en voorziet bijzondere maatregelen voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico.

2. Deze evaluatie heeft betrekking op de eerste twee jaar sinds de inwerkingtreding van deze reglementering, zijnde de periode 2015-2016. Het is bekend dat de start ervan enkele moeilijkheden kende (met name in het OBS), doch sinds deze volgens de meerderheid van de vertegenwoordigers zijn opgelost komt de toepassing ervan stilaan op kruissnelheid.

De meerderheid van de vertegenwoordigers stelt een positieve evolutie vast in de verzekeraarbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico en een toenemende concurrentie op de markt. De dossiers waarover het OBS zich moet uitspreken, zijn complexer geworden en hebben steeds vaker betrekking op personen die aan een combinatie van ernstige aandoeningen lijden met een belangrijke impact op hun levensverwachting.

Volgens hen heeft de reglementering indirect ook gezorgd voor een gewijzigde 'mindset' bij de verzekeraars waardoor ze hun beleid en

4. On trouvera ci-après une évaluation globale de la réglementation en vigueur (III) et le mandat de l'étude au KCE (IV).

Ce rapport donne ensuite un aperçu des préoccupations et des problèmes qui ont été discutés, avec une explication des points de vue parfois divergents (V). Les propositions faisant l'objet d'un consensus au sein de la Commission sont toujours présentées sous la rubrique « proposition ».

III. ÉVALUATION GLOBALE

A. Remarques générales

1. La réglementation actuelle de l'assurance solde restant dû, qui s'appuie sur la loi Partyka de 2010, est d'application depuis le 30 décembre 2014. Elle vise à accroître l'accès à l'assurance solde restant dû pour les crédits hypothécaires contractés en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique et prévoit des mesures spéciales pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Cette évaluation porte sur les deux premières années d'entrée en vigueur de cette réglementation, soit la période 2015-2016. Si cette réglementation a connu quelques difficultés au départ (notamment au sein du BST), depuis que ces dernières ont, selon la majorité des représentants, été résolues, son application atteint progressivement sa vitesse de croisière.

La majorité des représentants a noté une évolution positive de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru et une concurrence croissante sur le marché. Les dossiers sur lesquels le BST est appelé à se prononcer sont devenus plus complexes et concernent de plus en plus les personnes souffrant d'une combinaison de maladies graves ayant un impact significatif sur leur espérance de vie.

Ils estiment que la réglementation a également entraîné indirectement un changement dans la « mentalité » des assureurs, ce qui les a amenés à

beslissingen meer kritisch herbekeken en meer aandacht geven aan de kwaliteit van hun medische acceptatie en hun motiveringen. Dit maakt dat volgens hen de situatie van vandaag niet meer te vergelijken is met de situatie in 2008-2009 die aanleiding heeft gegeven tot de politieke debatten en wetgevende werkzaamheden inzake de toegang tot schuldsaldoverzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat die positieve evolutie niet met onafhankelijke, objectieve cijfers kon aangetoond worden.

Hierna onder punt "V. Specifieke evaluatiepunten" volgt het overzicht van de specifieke aandachts- en knelpunten die werden besproken, met toelichting van de gedetailleerde standpunten hierover van de verschillende vertegenwoordigers.

De voorstellen waarover de verschillende delegaties het eens zijn, zijn telkens verwoord onder de hoofding "voorstel" (zie *infra*, V).

De vertegenwoordigers van de patiënten stellen geen fundamentele wijzigingen van de reglementering voor maar wijzen wel op de noodzaak om op korte termijn bepaalde knelpunten in de (toepassing van de) reglementering te verbeteren ten einde de toegang voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico significant te verhogen. Bovendien vragen ze om de Belgische regeling aan te vullen met een maatregel gelijkaardig aan het zgn. "le droit à l'oubli" ("recht om te vergeten") in de Franse regeling van de Convention AERAS (zie *infra* V, F, 4).

Vertegenwoordigers van de verbruikers en een Franstalige vertegenwoordiger van de patiënten zijn van mening dat de reglementering onvoldoende bijdraagt tot een betaalbare toegang voor iedereen en dat de toegevoegde waarde van het OBS niet is aangetoond. Volgens deze vertegenwoordigers rekenen de meeste verzekeraars veel te hoge premies aan. Zij menen dat de bij premie nog vaak onvoldoende of nooit (actuarieel luik) werd gemotiveerd. Naar hun mening stelt het OBS de bij premie van de verzekeraar bijna nooit bij en in de gevallen waarin dit wel gebeurt is de verzekeraar niet

revoir leur politique et leurs décisions de manière plus critique et à accorder plus d'attention à la qualité de leur acceptation et de leurs motivations médicales. Cela signifie, selon eux, que la situation actuelle n'est plus comparable à celle de 2008-2009 qui a donné lieu à des débats politiques et à des travaux législatifs sur l'accès à l'assurance solde restant dû.

Les représentants des consommateurs sont d'avis que cette évolution positive n'a pas pu être démontrée par des chiffres indépendants, objectifs.

Un aperçu des préoccupations et des problèmes spécifiques qui ont été discutés est développé ci-après au point « V. Points d'évaluation spécifiques », ainsi qu'une clarification des points de vue détaillés des différents représentants.

Les propositions sur lesquelles les différents représentants s'accordent sont présentées sous la rubrique « proposition » (voir *infra*, V).

Les représentants des patients ne proposent aucune modification fondamentale de la réglementation, mais soulignent la nécessité d'améliorer, à court terme, certains points de réflexion (dans l'application) de la réglementation, afin d'augmenter sensiblement l'accès à cette assurance pour les personnes présentant un risque de santé accru. En outre, ils demandent que la réglementation belge soit complétée par une mesure similaire à ce qu'on appelle « le droit à l'oubli » dans la réglementation française de la Convention AERAS (voir *infra* V, F, 4).

Des représentants des consommateurs et un représentant francophone des patients estiment que la réglementation ne contribue pas suffisamment à un accès abordable pour tous et que la valeur ajoutée du BST n'a pas été démontrée. Selon ces représentants, la plupart des assureurs portent en compte des primes trop élevées. Ils sont d'avis qu'il arrive encore souvent que la surprime soit insuffisamment motivée ou ne le soit jamais (volet actuariel). Selon eux, le BST n'ajuste presque jamais la surprime de l'assureur et, dans les cas où il le fait, l'assureur n'est pas tenu de s'y conformer. En outre, ils ont la

gehouden zich daarnaar te schikken. Bovendien menen ze dat de huidige regeling de financiële last voor de consument niet per se vermindert, gezien de drempel van 125% bijpremie voor de compensatiekas.

Deze vertegenwoordigers vragen ook om de Belgische regeling aan te vullen met een maatregel gelijkaardig aan het zgn. "le droit à l'oubli" ("recht om te vergeten") in de Franse regeling van de Convention AERAS (zie *infra* V, F, 4).

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers stellen voor om een solidariteitsmechanisme gekoppeld aan een "experience rating" formule in te voeren (zie *infra*, V, G, 3). Sommige andere vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de verzekeraars een gedragscode opstellen (zie *infra*, V, J).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de huidige reglementering een bijzonder verregaande en ingrijpende wetgeving is, die alle facetten van de aanvraag van een schuldsaldoverzekering in detail regelt en erg hoge eisen stelt aan de verzekeraars. Zij onderstrepen de grote inspanningen die verzekeraars leverden en blijven leveren om de wetgeving goed uit te voeren, ook al staan sommige aspecten haaks op de verzekeringstechniek. De uitvoering van bepaalde maatregelen, zoals de procedure bij het OBS, gaan bovendien gepaard met bijzonder hoge kosten, een zware werklast en zijn zeer tijdsintensief. Zij erkennen echter het maatschappelijk belang van de reglementering en stellen vast dat de reglementering haar doelstelling bereikt en de schuldsaldoverzekering toegankelijker heeft gemaakt voor personen met ernstige gezondheidsproblemen. In tegenstelling tot de vertegenwoordigers van verbruikers en een vertegenwoordiger van de patiënten, zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen van mening dat het OBS haar werk wel naar behoren uitvoert en dat het compensatiemechanisme de schuldsaldoverzekering wel betaalbaar heeft gemaakt voor de modale consument. Zij zijn geen voorstander van extra reglementering en halen diverse argumenten aan tegen het invoeren van

conviction que la réglementation actuelle ne diminue pas en soi la charge financière incombant au consommateur, compte tenu du seuil de surprime de 125 % pour la caisse de compensation.

Ces représentants demandent aussi que la réglementation belge soit complétée par une mesure similaire à ce qu'on appelle « le droit à l'oubli » dans la réglementation française de la Convention AERAS (voir *infra* V, F, 4).

Certains représentants des consommateurs demandent d'introduire un mécanisme de solidarité lié à une formule d'« experience rating » (voir *infra*, V, G, 3). Certains autres représentants des consommateurs demandent aux assureurs d'élaborer un code de conduite (voir *infra*, V, J).

Les représentants des entreprises d'assurance indiquent que la réglementation actuelle est particulièrement poussée et radicale, qu'elle règle en détail toutes les facettes d'une demande d'assurance solde restant dû et pose des exigences très élevées aux assureurs. Ils soulignent les efforts considérables que les assureurs ont déployés et continuent de consentir afin d'assurer une exécution correcte de la loi, même si certains aspects sont en contradiction flagrante avec la technique d'assurance. En outre, la mise en œuvre de certaines mesures, comme la procédure auprès du BST, entraîne des coûts et une charge de travail particulièrement élevés et prend beaucoup de temps. Ils reconnaissent cependant l'intérêt social de la réglementation et constatent qu'elle atteint son objectif, en ayant facilité l'accès à l'assurance solde restant dû pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé. Contrairement aux représentants des consommateurs et à un représentant des patients, les représentants des entreprises d'assurance estiment que le BST fait son travail correctement et que le mécanisme de compensation a rendu l'assurance solde restant dû abordable pour le consommateur moyen. Ils ne sont pas en faveur d'une réglementation supplémentaire et avancent divers arguments à l'encontre de l'introduction d'un « droit à l'oubli » en plus de la législation existante (voir *infra* V, F, 4).

een "droit à l'oubli" bovenop de reeds bestaande wetgeving (zie *infra* V, F, 4).

B. Periodiciteit van het Evaluatieverslag

Artikel 218 W.Verz. bepaalt dat de Commissie om de twee jaar een evaluatieverslag dient over te maken.

Rekening houdend met de politieke gesprekken die na het opstellen van het evaluatieverslag nog moeten volgen, de eventuele aanpassingen van de reglementering of de werking van de instellingen, en het operationeel zijn van de aanpassingen, is een tweejaarlijkse evaluatieperiode veel te kort om een nieuwe, accurate, evaluatie te maken. De Commissie stelt voor om de periodieke evaluatie te behouden doch met een termijn van bv. twee jaar na de inwerkingtreding en het operationeel zijn van de aangenomen wijzigingen.

IV. STUDIE FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (KCE)

Artikel 218, tweede lid W. Verz. bepaalt dat het evaluatieverslag dient vergezeld te gaan van een door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verrichte studie.

Met het KCE werd uitvoerig overleg gepleegd over de afbakening van het specifieke onderwerp van de studie, rekening houdend met de beschikbare middelen in het KCE, de termijn voor het afronden van de studie, alsook de besprekingen in het OBS en de daarin voorgelegde (knelpunt)aandoeningen.

Gezien de middelen van het KCE beperkt zijn en gelet op het feit dat het evaluatieverslag, met de studie van het KCE, binnen een strikte periode verwacht wordt door de Minister en het Parlement, wordt de studie van het KCE bij dit evaluatieverslag toegespitst op de knelpuntpathologie diabetes type 1. Over diabetes type 1 wordt in het OBS vaak gedebatteerd en bestaan er soms uiteenlopende visies. De kernvraag van dit onderzoek betreft het

B. Périodicité du Rapport d'évaluation

L'article 218 L.Ass. prévoit que la Commission présente un rapport d'évaluation tous les deux ans.

Une période d'évaluation biannuelle est beaucoup trop courte pour faire une nouvelle évaluation précise compte tenu des discussions politiques qui doivent encore être menées après la rédaction du rapport d'évaluation, des modifications possibles à la réglementation ou au fonctionnement des institutions, et du temps nécessaire pour que ces ajustements soient opérationnels. La Commission propose de maintenir l'évaluation périodique mais avec une période de, par exemple deux ans après l'entrée en vigueur et l'opérabilité des amendements adoptés.

IV. ÉTUDE DU CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE (KCE)

L'article 218, §2 L.Ass. stipule que le rapport d'évaluation doit être accompagné d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

D'amples consultations ont eu lieu avec le KCE sur la définition du sujet spécifique de l'étude, en tenant compte des moyens disponibles au sein du KCE, du délai pour la finalisation de l'étude, ainsi que des discussions menées au sein du BST et des affections (critiques) soumis à son examen.

Étant donné que les moyens du KCE sont limités et vu que le Ministre et le Parlement comptent recevoir le rapport d'évaluation, ainsi que l'étude du KCE dans un délai strict, l'étude réalisée par le KCE en accompagnement de ce rapport d'évaluation se concentre sur la pathologie critique du diabète de type 1. Le BST débat souvent du diabète de type 1 et les avis exprimés sont parfois divergents. La question centrale de cette étude concerne le risque de mortalité et le pronostic du diabète de type 1.

mortaliteitsrisico en de prognose van diabetes type 1.

Het KCE heeft de haalbaarheid van deze voorgestelde onderzoeksvragen bevestigd. Het KCE legt, in overleg met de voorzitters van het OBS en van de Commissie voor verzekeringen, de concrete aspecten, methodologie, timing en verloop van de studie vast.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en een vertegenwoordiger van de patiënten betreuren dat in voorliggend evaluatieverslag de tarieven van de verzekeraars niet konden worden geëvalueerd, zeker nu volgens artikel 218 W.Verz. deze evaluatie het voorwerp moet uitmaken van een studie door het KCE en toegevoegd aan het verslag.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers vragen dat de overheid aan het KCE eveneens de opdracht geeft om de nodige studie uit te voeren over de toepassing en ervaring betreffende de regeling van "le droit à l'oubli" ("recht om te vergeten") in de Franse Convention AERAS (zie *infra* V, F, 4).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen naar de redenen waarom deze regeling volgens hen niet past in de huidige Belgische wetgeving (zie *infra* V, F, 4).

V. SPECIFIEKE EVALUATIEPUNTEN

Gebundeld rond een aantal thema's, volgt hierna het overzicht van de specifieke aandachts- en knelpunten die werden besproken, met toelichting van de standpunten hierover van de verschillende vertegenwoordigers.

De voorstellen waarover de verschillende vertegenwoordigers het eens zijn, zijn telkens vermeld onder de hoofding "voorstel".

Le KCE a confirmé la faisabilité de ces questions de recherche proposées. Le KCE, en consultation avec les présidents du BST et de la Commission des assurances, détermine les aspects concrets, la méthodologie, le calendrier et le déroulement de l'étude.

Les représentants des consommateurs et un représentant des patients déplorent que les tarifs des assureurs n'ont pas pu être évalués dans le cadre du présent rapport d'évaluation, d'autant plus que, selon l'article 218 L.Ass., cette évaluation doit faire l'objet d'une étude du KCE et être jointe au rapport.

Les représentants des patients et des consommateurs demandent que les pouvoirs publics chargent également le KCE de réaliser l'étude nécessaire sur l'application de la réglementation du « droit à l'oubli » (« recht om te vergeten ») prévu dans la Convention française AERAS et l'expérience acquise dans ce domaine (voir *infra* V, F, 4).

Les représentants des entreprises d'assurance se réfèrent aux raisons pour lesquelles cette réglementation ne convient pas, selon eux, à la législation belge actuelle (voir *infra* V, F, 4).

V. POINTS D'ÉVALUATION SPÉCIFIQUES

Cette section présente un aperçu des préoccupations et problèmes spécifiques qui ont été discutés, ainsi qu'une clarification des points de vue des différents représentants à ce sujet, regroupés autour d'un certain nombre de thèmes.

Les propositions sur lesquelles les différents représentants s'accordent sont présentées sous la rubrique « proposition ».

A. Toepassingsgebied

1. Begrip "eigen en enige" gezinswoning van de verzekeringnemer

Dit begrip "eigen en enige gezinswoning" ("une habitation propre et unique") is niet gedefinieerd in de huidige wetgeving.

Dit schept een onduidelijkheid in onder meer de hierna vermelde gevallen waardoor er problemen (kunnen) rijzen in de praktijk, vooral in geval van situaties waarbij de kandidaat-verzekeringnemer tijdelijk twee woningen bezit. Zo onder meer wanneer iemand bij het aangaan van een lening voor de aankoop of de bouw van een nieuwe gezinswoning, reeds een andere gezinswoning bezit maar van plan is deze te verkopen. Of wanneer in geval van scheiding één van de partners een nieuwe gezinswoning wil kopen of bouwen, terwijl hij nog mede-eigenaar is van de woning die hij met zijn partner bewoonde.

Volgens een strikte interpretatie zou kunnen worden aangevoerd dat de regeling enkel zou gelden voor de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer op het ogenblik dat de verzekering wordt aangevraagd. De kandidaat-verzekeringnemer zou in die interpretatie bijgevolg moeten wachten met de aankoop of bouw van de nieuwe gezinswoning tot hij de andere woning heeft kunnen verkopen, of de eerste woning verkopen en ondertussen huren. Op die manier worden personen met een verhoogd gezondheidsrisico beperkt in hun mogelijkheden, hetgeen volgens de Commissie niet in overeenstemming is met de doelstelling van de wet. Het is ook niet duidelijk of deze regeling geldt wanneer de kandidaat-verzekeringnemer de naakte eigendom of het vruchtgebruik heeft van een andere woning.

De fiscale definitie van "enige en eigen woning" kan hier geen oplossing bieden. De woonfiscaliteit wijzigt regelmatig terwijl schuldsaldoverzekeringen langetermijnverzekeringen zijn. Bovendien is de woonfiscaliteit een regionale materie waardoor er grote verschillen kunnen optreden tussen de regio's.

A. Champ d'application

1. Le concept d'habitation « propre et unique » du preneur d'assurance

Ce concept d'« habitation propre et unique » n'est pas défini dans la législation actuelle.

Cette situation crée l'incertitude, entre autres dans les cas mentionnés ci-après, ce qui pose (potentiellement) des problèmes dans la pratique, surtout lorsque le candidat-preneur d'assurance possède temporairement deux habitations. Par exemple, lorsqu'au moment de conclure un emprunt pour l'acquisition ou la construction d'une habitation familiale, l'intéressé possède déjà une habitation familiale mais a l'intention de la vendre. Ou lorsque, en cas de séparation, un des partenaires souhaite acheter ou construire une nouvelle habitation familiale, alors qu'il est encore copropriétaire de l'habitation dans laquelle il vivait avec son partenaire.

Selon une interprétation stricte, il pourrait être argumenté que la réglementation ne s'applique qu'à l'habitation propre et unique du candidat-preneur d'assurance au moment de la demande d'assurance. Selon cette interprétation, le candidat-preneur d'assurance devrait donc attendre d'avoir pu vendre la première habitation, ou de vendre la première habitation et de la louer entre-temps avant d'acheter ou de construire la nouvelle habitation familiale. De cette façon, les personnes présentant un risque de santé accru sont limitées dans leurs capacités, ce qui, selon la Commission, n'est pas conforme à l'objectif de la loi. L'on ne sait pas non plus si cette réglementation s'applique dans le cas où le candidat preneur d'assurance a la nue-propriété ou l'usufruit d'une autre habitation.

La définition fiscale de « l'habitation propre et unique » n'apporte pas de solution à ce problème. La fiscalité immobilière change régulièrement alors que les assurances solde restant dû sont des assurances à long terme. En outre, la fiscalité immobilière est une matière régionale qui peut entraîner de grandes disparités entre les régions.

De Commissie is het eens over de doelstelling dat de regeling enkel geldt voor één woning en dat er bijgevolg (i) een minimum aan zekerheid moet zijn op het ogenblik van de aanvraag van de schuldsaldoverzekerings (ii) dat (het aandeel in) de "bestaande" woning zal verkocht worden en (iii) de "nieuwe" woning in de plaats komt als zijn/haar enige en eigen gezinswoning.

Voorstel

Met het oog op rechtszekerheid is het aangewezen in de wet te verduidelijken dat de regeling ook geldt voor personen die bij het aangaan van een lening voor het verwerven/bouwen van een woning al een andere woning bezitten (ongeacht in volle eigendom of vruchtgebruik) maar van plan zijn om deze te verkopen of hun rechten hierop over te dragen. Er moet op het ogenblik dat de schuldsaldoverzekerings wordt aangevraagd een minimum aan zekerheid zijn dat de de "nieuwe" woning in de plaats komt van de "bestaande" woning als de enige en eigen gezinswoning.

2. Begrip "gezinswoning"

Artikel 224 W.Verz. en artikel 1, §1, 1° KB vereisen dat het hypothecair krediet wordt aangegaan voor de "gezinswoning". Recent werd de regeling van het hypothecair krediet met onroerende bestemming uitgebreid tot kredietovereenkomsten voor het verwerven of het behoud van een binnenvaartuig.

Het is onduidelijk of de reglementering van de schuldsaldoverzekerings ook in deze gevallen van toepassing is.

De Commissie is het eens dat deze regeling ook kan gelden voor de aankoop van een woonboot als enige en eigen gezinswoning, en niet beperkt moet worden tot de 'onroerende' gezinswoning.

Voorstel

Met het oog op rechtszekerheid is het aangewezen in de wet te verduidelijken dat de

La Commission marque son accord sur l'objectif de la réglementation, à savoir : (i) qu'elle s'applique à une seule habitation et que, par conséquent, il doit exister un minimum de certitude, au moment de la demande d'obtention d'une assurance solde restant dû, (ii) que (la part dans) l'habitation « existante » sera vendue et (iii) que la « nouvelle » habitation s'y substituera comme habitation familiale propre et unique.

Proposition

Pour des raisons de sécurité juridique, il convient de préciser dans la loi que la réglementation s'applique également aux personnes qui, au moment de conclure un emprunt pour l'acquisition/la construction d'une habitation, possèdent déjà une autre habitation (qu'elle soit en pleine propriété ou en usufruit) mais ont l'intention de la vendre ou de céder les droits y afférents. Au moment où le candidat-prenneur d'assurance demande une assurance solde restant dû, il faut un minimum de certitude que la « nouvelle habitation » se substituera à l'habitation « existante » en tant qu'habitation familiale propre et unique.

2. Le concept d' « habitation familiale »

L'article 224 L.Ass. et l'article 1, § 1,1° AR exigent que le crédit hypothécaire soit contracté pour l'« habitation familiale ». Récemment, la réglementation du crédit hypothécaire pour les biens immobiliers a été étendue aux contrats de crédit pour l'acquisition ou la conservation d'un bateau de navigation intérieure.

L'on ne sait pas si la réglementation de l'assurance solde restant dû s'applique également dans ces cas-là.

La Commission s'accorde sur le fait que cette réglementation peut s'appliquer également à l'achat d'un bateau d'habitation en tant qu'habitation familiale propre et unique et ne pas se limiter à l'habitation familiale « immobilière ».

Proposition

Pour des raisons de sécurité juridique, il convient de préciser dans la loi que la réglementation s'applique également lorsque l'habitation

regeling ook geldt wanneer de enige en eigen gezinswoning een woonboot/binnenvaartuig is.

3. Begrip verbouwing of verwerving

Artikel 224 W.Verz. en artikel 1, §1, 1° KB bepalen dat de regeling geldt wanneer een hypothecair krediet wordt aangegaan "voor de verbouwing of verwerving" ("la transformation ou de l'acquisition") van de eigen en enige gezinswoning. In de praktijk rijst de vraag of deze regeling ook geldt in geval van het bouwen van een woning.

De Commissie is het eens dat gelet op de doelstelling van de wet, het begrip "voor de verwerving" niet eng moeten worden geïnterpreteerd en deze hypothese "voor de bouw" in de wet moet worden toegevoegd ter verduidelijking.

Voorstel

Met het oog op rechtszekerheid in artikel 224 W.Verz. de hypothese "voor de bouw" ("la construction") toevoegen.

B. Bemiddelingsorgaan (artikel 221 W.Verz.)

Artikel 221 W.Verz. kent aan het bemiddelingsorgaan, bedoeld in artikel 206 W.Verz., een opdracht tot geschillenbeslechting in schuldssaldoverzekeringen toe.

Artikel 221 stelt: "Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de in artikel 212 bedoelde uitvoeringsmaatregelen, eerst voorgelegd aan het bemiddelingsorgaan bedoeld in artikel 206, derde lid".

De toepassing van dit artikel leidt tot ernstige en nodeloze problemen in de praktijk.

Dit bemiddelingsorgaan werd oorspronkelijk in artikel 206 W.Verz. opgericht in het kader van de specifieke regeling van niet-beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen voor chronisch zieken en gehandicapten. De eerste finaliteit van dit bemiddelingsorgaan is derhalve de bemiddeling

familiale propre et unique est un bateau d'habitation/de navigation intérieure.

3. Le concept de transformation ou d'acquisition

L'article 224 L.Ass. et l'article 1, § 1, 1° AR stipulent que la réglementation s'applique lorsqu'un crédit hypothécaire est contracté « à des fins de transformation ou d'acquisition » de l'habitation propre et unique. Dans la pratique, la question se pose de savoir si cette réglementation s'applique également dans le cas de la construction d'une habitation.

La Commission convient qu'étant donné l'objectif de la loi, le concept « pour l'acquisition » ne doit pas être interprété de façon restrictive et que cette hypothèse « pour la construction » doit être ajoutée dans la loi à titre de clarification.

Proposition

Pour des raisons de sécurité juridique, ajouter à l'article 224 L.Ass. l'hypothèse « pour la construction ».

B. Organe de conciliation (article 221 L.Ass.)

L'article 221 L.Ass. délègue à l'organe de conciliation visé à l'article 206 L.Ass. le règlement des litiges en matière d'assurance solde restant dû.

L'article 221 prévoit ce qui suit : « Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des mesures d'exécution visées à l'article 212 sont d'abord soumis à l'organe de conciliation visé à l'article 206, alinéa 3 ».

L'application de cet article crée de graves problèmes inutiles dans la pratique.

Cet organe de conciliation était initialement établi dans l'article 206 L.Ass. dans le cadre de la réglementation spécifique des assurances soins de santé non liées à l'activité professionnelle pour les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap. La première finalité de cet

in geschillen over uitsluitingen of beperkte dekking van ziektekosten waarvan de verzekeraars aanvoert dat deze gerelateerd zijn aan ziekten of handicap van de verzekerde.

Het is geenszins duidelijk hoe dit bemiddelingsorgaan daarnaast een opdracht van bemiddeling zou kunnen waarnemen over geschillen betreffende de uitvoeringsmaatregelen van de diverse aspecten van de regeling van de schuldsaldoverzekering zoals opgesomd in artikel 212. Bovendien rijst de vraag waar deze opdracht omschreven in artikel 211 W.Verz. verschillend is van de opdracht die is toegewezen aan het OBS, of waarom er een beroepsorgaan zou moeten bestaan voor beslissingen van het OBS. Overigens leidt de vereiste dat de betwisting "eerst" aan dit bemiddelingsorgaan moet worden voorgelegd alvorens de rechtbanken en hoven kunnen worden gevat, tot een zinloze en nutteloze vertraging voor de verzekeringnemer die snel een antwoord wenst op zijn kredietaanvraag. Op dit ogenblik is dit bemiddelingsorgaan trouwens nog steeds niet operationeel, onder meer omdat de leden nog niet werden benoemd. In de praktijk worden de geschillen met betrekking tot schuldsaldoverzekeringen al naar gelang het geval doorverwezen naar het OBS of behandeld door de Ombudsdienst voor de verzekeringen.

De Commissie is het eens om de bevoegdheden van het bemiddelingsorgaan in het kader van de schuldsaldoverzekering te schrappen en bijgevolg artikel 221 W.Verz. op te heffen.

Voorstel

Opheffing van artikel 221 W.Verz.

Het bemiddelingsorgaan dient wel behouden te worden voor de uitoefening van de taak in het kader van niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringen (artikel 206 W.Verz.).

organe de conciliation est donc d'assurer une mission de conciliation dans les litiges portant sur des exclusions ou la couverture limitée de soins de santé liée aux maladies qui, pour les assureurs, sont liés à des maladies ou à un handicap de l'assuré.

On ne voit absolument pas comment cet organe de conciliation pourrait assurer par ailleurs une mission de conciliation dans des litiges relatifs aux dispositions d'exécution des divers aspects de la réglementation de l'assurance solde restant dû, tels qu'énumérées à l'article 212. La question se pose également de savoir en quoi cette mission décrite dans l'article 221 L.Ass. est différente de celle attribuée au BST ou pourquoi il conviendrait de créer un organe de recours pour les décisions du BST. En outre, l'exigence selon laquelle le litige doit d'abord être soumis à cet organe de conciliation avant que les cours et tribunaux puissent être saisis entraîne un retard inutile et sans intérêt pour le preneur d'assurance qui souhaiterait recevoir une réponse rapide à sa demande de crédit. À l'heure actuelle, cet organe de conciliation n'est toujours pas opérationnel parce que ses membres n'ont pas encore été nommés. En pratique, les litiges se rapportant aux assurances solde restant dû sont, selon le cas, renvoyés au BST ou traités par le Service de l'Ombudsman des assurances.

La Commission approuve la suppression des compétences de l'organe de conciliation dans le cadre de l'assurance solde restant dû, et, par conséquence, la suppression de l'article 221 L.Ass.

Proposition

Suppression de l'article 221 L.Ass.

Il faut maintenir l'organe de conciliation pour l'exercice de sa mission dans le cadre des assurances soins de santé non liées à l'activité professionnelle (article 206 L.Ass.).

C. Het begrip basispremie en bijpremie

1. De bijpremie die om reden van de gezondheidstoestand van de verzekerde wordt aangerekend (artikel 213 W.Verz.) vormt het criterium voor de toegang tot het OBS en de Compensatiekas (artikelen 217 en 223 W.Verz.).

De begrippen bijpremie en basispremie zijn gedefinieerd in artikel 223 W.Verz. (basispremie Compensatiekas) en artikel 1, §1, 2° en 3° KB.

De interpretatie van het begrip basispremie en de transparantie hierover is voorwerp van discussie.

2. Volgens vertegenwoordigers van de verbruikers omzeilen sommige verzekeraars de geest van de wet door te werken met commerciële kortingen op de basispremie. Hierdoor zou naar hun mening de kandidaat-verzekeringnemer minder vlug toegang hebben tot het OBS, de Compensatiekas minder moeten tussenkomen en is het mogelijk dat twee consumenten die uiteindelijk identiek dezelfde premie betalen bij twee verschillende verzekeraars een verschillende toegang hebben tot het OBS en een andere compensatie krijgen van de Compensatiekas. Deze vertegenwoordigers vragen meer transparantie over de berekening van de basispremie en hebben vragen bij de verschillen tussen de verzekeringsondernemingen.

Als illustratie gaan ze uit van een verzekeraar A met basispremie 100 euro en een premie na commerciële korting van 80 euro. Stel bijpremie is 200 euro, dan bedraagt de uiteindelijke premie 280 euro. Bij verzekeraar B is de basispremie 80 euro, de bijpremie ook 200 euro en de uiteindelijke premie ook 280 euro. Bij verzekeraar A moet de compensatiekas pas tussenkomen vanaf 225 euro (125% van de basispremie) en geeft de Compensatiekas 55 euro. Bij verzekeraar B komt de compensatiekas tussen vanaf 180 euro (125% van 80 euro is 100 euro) en geeft de Compensatiekas 100 euro.

Naar hun mening is het mogelijk dat consumenten die een te dure basispremie betalen, minder beroep kunnen doen op het OBS of geen compensatie krijgen in vergelijking met

C. Le concept de prime de base et de surprime

1. La surprime imputée en raison de l'état de santé de l'assuré (article 213 L.Ass.) constitue le critère d'accès au BST et à la Caisse de compensation (articles 217 et 223 L.Ass.).

Les concepts de surprime et de prime de base sont définis dans l'article 223 L.Ass. (Caisse de compensation de la prime de base) et dans l'article 1, §1, 2° et 3° AR.

L'interprétation du concept de prime de base et sa transparence font l'objet de débats.

2. Selon les représentants des consommateurs, certains assureurs contournent l'esprit de la loi en offrant des réductions commerciales sur la prime de base. Par conséquent, le candidat-prenneur d'assurance aurait moins rapidement accès au BST, la Caisse de compensation devrait intervenir moins rapidement, et il est possible que deux consommateurs qui, en fin de compte, paient la même prime auprès de deux assureurs différents aient un accès différent au BST et reçoivent une compensation différente de la Caisse de compensation. Ces représentants demandent une plus grande transparence dans le calcul de la prime de base et s'interrogent sur les différences entre les entreprises d'assurance.

À titre d'exemple, ils se sont basés sur un assureur A avec une prime de base de 100 euros et une prime de 80 euros après une réduction commerciale. Si la surprime s'élève à 200 euros, la prime finale est de 280 euros. Pour l'assureur B, la prime de base s'élève à 80 euros, la surprime à 200 euros et la prime finale à 280 euros. Dans le cas de l'assureur A, la caisse de compensation ne doit intervenir qu'à partir de 225 euros (125 % de la prime de base) et verse donc 55 euros. Dans le cas de l'assureur B, la caisse de compensation intervient à partir de 180 euros (125 % de 80 euros, soit 100 euros) et verse donc 100 euros.

Selon eux, il est possible que les consommateurs qui paient une prime de base trop chère aient un accès limité aux services du BST ou ne reçoivent pas de compensation, par rapport à ceux qui

hen die geen te dure basispremie betalen. Zij geven als voorbeeld: een verzekeraar vraagt 100 euro basispremie en 70 euro bijpremie (in totaal 170 euro); de 75% drempel werd niet overschreden, dus geen toegang tot het OBS. Een andere verzekeraar vraagt voor dezelfde dekking 50 euro basispremie en 40 euro bijpremie (in totaal 90 euro): veel lagere basispremie en veel lagere bijpremie maar wel toegang tot het OBS. Zij verwijzen naar een studie van de FSMA over de schuldsaldoverzekering afgesloten in het kader van een consumentenkrediet waaruit zou blijken dat deze te duur zijn voor de geboden dekking en zijn van mening dat dit niet anders zal zijn voor veel schuldsaldoverzekeringen afgesloten in het kader van een hypothecair krediet.

In de interpretatie van deze vertegenwoordigers van de verbruikers hoort de basispremie de laagste premie te zijn, terwijl sommige verzekeraars vinden dat de basispremie niet de laagste premie is omdat de basispremie geen rekening moet houden met commerciële kortingen.

Tot oplossing van het probleem volstaat het volgens hen om de bepalingen uit het verslag aan de Koning inzake de basispremie op te nemen in artikel 1, §1, 2° KB die stelt: *"Voor de toepassing van de definitie van basispremie dient men, aansluitend bij de formulering van artikel 223, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen, de meest voordelige premie, inclusief een eventuele korting, in aanmerking te nemen voor eenzelfde verzekeringsprestatie."*

3. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met deze redenering en wijzen er op dat de wetgeving zeer duidelijk omschrijft wat moet worden verstaan onder "basispremie" en "bijpremie" voor de toepassing van het OBS en de compensatiekas (definitie in artikel 1, §1, 2° en 3° KB). De wettelijke definitie bepaalt dat de bijpremie moet worden afgetoetst ten opzichte van de laagste premie rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeraar wegens de gezondheidstoestand toekent (bv. tarief niet-rokers). Eventuele individuele, commerciële kortingen worden toegepast op de

paient une prime de base moins chère. Ils donnent l'exemple suivant : un assureur demande une prime de base de 100 euros et une surprime de 70 euros (170 euros au total) ; le plafond de 75 % n'ayant pas été dépassé, le candidat preneur d'assurance n'a pas accès au BST. Un autre assureur demande une prime de base de 50 euros et une surprime de 40 euros pour la même couverture (90 euros au total) : soit une prime de base et une surprime bien plus basses, qui donnent accès au BST. Ils se réfèrent à une étude réalisée par la FSMA sur l'assurance solde restant dû souscrite dans le cadre d'un crédit à la consommation qui montrerait que celle-ci est trop coûteuse pour la couverture offerte. Ils estiment que la situation ne sera pas différente pour de nombreuses assurances solde restant dû souscrites dans le cadre d'un crédit hypothécaire.

Selon l'interprétation de ces représentants des consommateurs, la prime de base devrait être la prime la plus basse, tandis que certains assureurs considèrent que la prime de base n'est pas la prime la plus basse parce que la prime de base ne devrait pas tenir compte des réductions commerciales.

Pour résoudre le problème, ils estiment qu'il suffit d'inclure les dispositions du rapport au Roi sur la prime de base à l'article 1 §1,2° AR qui prévoit que : *« Pour l'application de la définition de prime de base, il y a lieu, parallèlement à la formulation de l'article 223, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, de prendre en compte la prime la plus avantageuse, en tenant compte d'une éventuelle réduction, pour une même prestation d'assurance. »*.

3. Les représentants des entreprises d'assurance ne partagent pas cet avis et soulignent que la législation décrit très clairement ce qu'il y a lieu d'entendre par « prime de base » et « surprime » pour l'application du BST et de la Caisse de compensation (définition prévue à l'article 1^{er}, § 1^{er}, 2° et 3° AR). La définition légale prévoit que la surprime doit être comparée à la prime la plus basse en tenant compte de la réduction la plus avantageuse accordée par l'assureur pour des raisons de santé (ex. tarif non-fumeurs). D'éventuelles réductions commerciales sont appliquées à titre individuel sur la prime totale (prime de base et surprime). Elles n'influencent

totale premie (basispremie en bijpremie) en hebben bijgevolg naar hun mening geen effect op de mate waarin iemand toegang heeft tot het OBS of de compensatiekas.

Deze vertegenwoordigers benadrukken tevens dat de wetgeving de tariefvrijheid van iedere verzekeraar erkent. Zij wijzen erop dat het op elkaar afstemmen van tarieven strijdig zou zijn met het (Europese) mededingingsrecht. Daarenboven is het een positief punt daar de kandidaat-verzekeringnemer voordeel kan halen uit de verschillen in tarieven tussen de verzekeraars. Voorts hebben deze vertegenwoordigers ernstige bedenkingen bij de aangehaalde voorbeelden en wijzen ze erop dat er evengoed voorbeelden kunnen worden uitgewerkt met een ander resultaat. Zij benadrukken tevens dat de FSMA geen enkele studie heeft gedaan over de schuldsaldoverzekeringen bij een hypothecair krediet, waardoor alle uitspraken hierover voorbarig en zonder grondslag zijn.

4. De Commissie is het eens dat de controleautoriteiten in het kader van hun toezichtbevoegdheid reeds de nodige maatregelen moeten en kunnen nemen indien een verzekeringsonderneming niet correct handelt.

D. Beoordeling van het voorstel van de verzekeraar door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering – OBS

1. Uitbreiding samenstelling OBS

1. In 2014 is er een voorzitter van het Opvolgingsbureau benoemd (KB van 24 april 2014, BS 10 juni 2014). De verschillende delegaties zijn het er over eens dat deze voorzitter al het nodige doet om de werking van het OBS zo optimaal mogelijk te laten verlopen, met de ondersteuning van het secretariaat. Hij heeft in al die jaren steeds de nodige schikkingen genomen opdat het OBS iedere veertien dagen de vergaderingen kan houden.

Het huidige huishoudelijk reglement van het OBS bepaalt een regeling indien de voorzitter afwezig is. Hoewel deze oplossing bestaat, acht de

donc pas, selon eux, la mesure dans laquelle une personne a accès au BST et à la Caisse de compensation.

Ces représentants insistent également sur le fait que l'a législation reconnaît la liberté tarifaire de chaque assureur. Ils indiquent qu'une harmonisation des tarifs serait contraire au droit (européen) de la concurrence. En outre, c'est un point positif car les différences tarifaires entre les assureurs sont bénéfiques pour le candidat preneur d'assurance. Par ailleurs, ces représentants émettent de sérieuses réserves concernant les exemples cités et soulignent qu'il est tout autant possible de développer des exemples produisant un résultat différent. Étant donné que la FSMA n'a pas effectué d'étude sur les assurances solde restant relatives à un crédit hypothécaire, ils soulignent que toutes les déclarations à ce sujet sont prématurées et non fondées.

4. La Commission convient que les autorités de contrôle doivent et peuvent déjà prendre les mesures nécessaires dans le cadre de leur compétence en matière de contrôle si une entreprise d'assurance n'agit pas correctement.

D. Évaluation de la proposition de l'assureur par le Bureau du suivi de la tarification – BST

1. Élargissement de la composition du BST

1. Un président du Bureau du suivi de la tarification a été nommé en 2014 (AR du 24 avril 2014, MB 10 juin 2014). Les différentes délégations conviennent que ce président prend toutes les mesures nécessaires pour que le BST fonctionne le plus efficacement possible, avec l'appui du secrétariat. Durant toutes ces années, il a toujours pris les mesures nécessaires pour permettre au BST d'organiser des réunions tous les quinze jours.

Le règlement d'ordre intérieur actuel du BST prévoit des dispositions en cas d'absence du président. Bien que cette solution existe, la

Commissie het aangewezen om wettelijk een vice-voorzitter toe te voegen aan de samenstelling van het OBS.

Over het antwoord op de vraag naar de kwalificaties van deze vice-voorzitter werd geen eensgezindheid bereikt.

Sommigen wijzen op de toegevoegde waarde van een actuaire als vice-voorzitter. Daartegen wordt ingebracht dat indien hiervoor zou worden geopteerd, er twee dienen aangesteld te worden om de pariteit in de samenstelling van het OBS te behouden. Voorts wordt er op gewezen dat delegaties ook onder de huidige reglementering vrij zijn om een actuaire als hun vertegenwoordiger aan te duiden (zie tevens *infra*, V.D.4. verloop van de beoordeling van het OBS).

Sommigen wijzen op de toegevoegde waarde van een arts als vice-voorzitter. Deze zou de voorzitter kunnen bijstaan bij afwezigheid van consensus. De discussies die gevoerd worden, zijn immers vaak medisch. Als tegenargument wordt opgemerkt dat op dit ogenblik reeds meerdere artsen zetelen in het OBS, aangeduid door elk van de delegaties. Tevens rijst de vraag of deze arts volledig onpartijdig zou kunnen optreden (zeker wanneer deze een verleden heeft als klinisch arts of raadsgeneesheer).

Anderen zijn van oordeel dat deze vice-voorzitter, zoals de voorzitter, best een magistraat is. De kracht van de (vice-)voorzitter is volgens hen dat hij noch aan de kant van de verzekeraars, noch aan de kant van de consumenten en patiënten staat en hierdoor volstrekt onafhankelijk is.

2. De Commissie is het erover eens dat aandacht moet gegeven worden aan de reeds herhaaldelijk gestelde vraag van de voorzitter over zijn vervanging, gezien het belang van de continuïteit van de werking van het OBS.

3. Met het KCE werd besproken of en in welke mate een vertegenwoordiger van het KCE zou kunnen deelnemen aan de besprekingen in het OBS, of op welke andere wijze het KCE de werking van het OBS zou kunnen ondersteunen. Voor aandoeningen die vaak het voorwerp zijn van discussie in het OBS (zoals diabetes type 1), zou

Commission a jugé opportun d'ajouter légalement un vice-président à la composition du BST.

Aucun accord n'a été trouvé à propos des qualifications que ce vice-président doit posséder.

Certains soulignent la valeur ajoutée d'avoir un actuaire en tant que vice-président. Toutefois, si l'on optait pour cette solution, il faudrait en nommer deux pour maintenir la parité dans la composition du BST. Il convient également de noter qu'en vertu de la réglementation actuelle, les délégations sont également libres de désigner un actuaire en tant que représentant (voir également *infra* V.D.4. Déroulement de l'évaluation du BST).

Certains soulignent la valeur ajoutée de nommer un médecin en tant que vice-président. Celui-ci pourrait assister le président en l'absence de consensus. En effet, les discussions menées sont souvent d'ordre médical. En guise de contre-argument, il est remarqué qu'à l'heure actuelle, le BST compte déjà plusieurs médecins, désignés par chacune des délégations. La question se pose également de savoir si ce médecin exercerait ses fonctions en toute impartialité (surtout s'il a déjà été médecin clinicien ou médecin-conseil).

D'autres estiment que ce vice-président devrait plutôt être un magistrat, à l'instar du président. Selon eux, la force du (vice-)président réside dans le fait qu'il ne se trouve ni du côté des assureurs, ni du côté des consommateurs et des patients et qu'il est tout à fait indépendant.

2. La Commission a convenu qu'il fallait prêter attention à la question récurrente du président quant à son remplacement, étant donné l'importance de la continuité du fonctionnement du BST.

3. En concertation avec le KCE, la commission a examiné la question de savoir si et dans quelle mesure un représentant du KCE pouvait participer aux discussions au sein du BST, ou comment le KCE pouvait soutenir le fonctionnement du BST. Pour maladies qui font souvent l'objet de discussions au sein du BST (comme le diabète de

het KCE kunnen nagaan welke studies er beschikbaar en accuraat zijn.

Het KCE kan ad hoc bijstand bieden aan het Opvolgingsbureau met betrekking tot bepaalde studies in bepaalde dossiers. Daarbij mag echter niet uit het oog worden verloren dat er niet altijd studies beschikbaar zijn en de studies erg context en pathologie specifiek zijn. In de praktische haalbaarheid van de bijstand van het KCE moet bovendien rekening gehouden worden met de wettelijke termijn van 15 dagen waarin het OBS de beslissing moet nemen.

Voorstel

1. Met het oog op de continuïteit van de werking van het OBS is het aangewezen om wettelijk een vice-voorzitter toe te voegen aan de samenstelling van het OBS.

2. Met het oog op de ondersteuning van het OBS is het aangewezen dat het OBS en het KCE nader bekijken of en hoe het KCE ad hoc bijstand kan bieden aan het OBS.

2. Toegang tot het OBS

Artikel 13 KB bepaalt dat het OBS *“de verzoeken behandelt tot onderzoek van de dossiers die geweigerd worden of waarvan de bijpremie meer dan 75% bedraagt.”*

Betreffende deze regeling inzake de toegang tot het OBS werden volgende punten besproken:

2.1. Taak van het OBS in de beoordeling van de drempel van 75 % bijpremie

Vertegenwoordigers van de verbruikers en een vertegenwoordiger van de patiënten menen dat het de taak is van het OBS om na te gaan of de basispremie juist is berekend ten einde te controleren of de bijpremie juist werd berekend. Het OBS kan dan bovendien melden aan de FSMA wanneer de verzekeraar uitgaat van een verkeerde basispremie. Zij vragen dat het OBS ook een actuariële controle van de bijpremie doet om na te gaan of deze op een voldoende onafhankelijke manier wordt berekend.

type 1), le KCE pourrait vérifier la disponibilité d'études précises.

Le KCE peut offrir une assistance ad hoc au Bureau du suivi concernant certaines situations dans certains dossiers. Cependant, il faut aussi garder à l'esprit que les études n'existent pas toujours et qu'elles sont très spécifiques au contexte et à la pathologie. S'agissant de la faisabilité pratique de l'assistance offerte par le KCE, le délai légal de 15 jours dont dispose le BST pour soumettre la décision doit être pris en compte.

Proposition

1. Afin d'assurer la continuité du fonctionnement du BST, il convient d'ajouter légalement un vice-président à la composition du BST.

2. Afin de soutenir le BST, le BST et le KCE devraient examiner de plus près si et comment le KCE peut fournir une assistance ad hoc au BST.

2. Accès au BST

L'article 13 AR prévoit que le BST *« traite les demandes d'examen pour les dossiers qui sont refusés ou dont la surprime est supérieure à 75 % »*.

En ce qui concerne la réglementation de cet accès au BST, les discussions portaient sur les points suivants :

2.1. Tâche du BST dans l'évaluation du seuil de la surprime de 75 %

Les représentants des consommateurs et un représentant des patients estiment que la tâche du BST est de vérifier que la prime de base a été calculée correctement afin de contrôler si la surprime a été calculée correctement. De plus, le BST peut informer la FSMA si l'assureur se fonde sur une prime de base erronée. Ils demandent que le BST procède également à un contrôle actuariel de la surprime afin de vérifier qu'elle est calculée de manière suffisamment indépendante.

Het OBS gaat steeds na of de (medische)bijpremie hoger is dan 75% van de basispremie en eist steeds dat de verzekeraar de voorgestelde bijpremie, en dus de te verwachten oversterfte die hij in het concrete dossier hanteert, ernstig motiveert (zie tevens *infra* V, E. Motivering door de verzekeraar en het OBS ten aanzien van de verzekerde). Het OBS gaat hierbij na of de voorgestelde bijpremie wetenschappelijk onderbouwd wordt door pertinente studies en statistieken.

Het OBS gaat niet na of de basispremie correct werd berekend en evenmin of werd vertrokken van de laagste premie, rekening houdend met de meest voordelige korting wegens de gezondheidstoestand. De verantwoording hiervoor is dat gelet op de (Europese) tariefvrijheid van de verzekeringsondernemingen, het niet in de bevoegdheid van het OBS ligt om zich uit te spreken over bedragen van basispremie of bijpremie.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat het principe van tarifieringsvrijheid niet op die wijze is ingeschreven in het Europees recht en niet louter kan worden gesteund op de bepalingen inzake het verbod op materiële controle a priori.

2.2. Grens van 75% bijpremie voor de toegang tot OBS te hoog?

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

Le BST vérifie toujours si la surprime (médicale) est supérieure à 75 % de la prime de base et exige toujours que l'assureur motive sérieusement la surprime proposée, et donc la surmortalité attendue qu'il applique dans le dossier concret (voir également *infra* V.E. Motivation de l'assureur et du BST par rapport à l'assuré). Le BST vérifie si la surprime supplémentaire proposée est scientifiquement étayée par des études et des statistiques pertinentes.

Le BST ne vérifie pas si la prime de base a été calculée correctement ou si elle est fondée sur la prime la plus basse, en tenant compte de la réduction la plus avantageuse en raison de l'état de santé. Cela se justifie par le fait que, compte tenu de la liberté tarifaire (européenne) des entreprises d'assurances, le BST n'est pas compétent pour se prononcer sur le montant de la prime de base ou de surprime.

Les représentants des consommateurs estiment que le principe de la liberté tarifaire n'est pas inscrit de cette façon dans le droit européen et ne peut s'appuyer uniquement sur les dispositions visant à l'interdiction d'un contrôle matériel a priori.

2.2. La limite d'une surprime à 75 % pour l'accès au BST est-elle trop élevée ?

1. Selon la réglementation, si la surprime proposée est égale ou inférieure à 75 % de la prime de base, le candidat-prenneur d'assurance n'a pas accès au BST. Dans ce cas, le candidat-prenneur d'assurance peut s'adresser au Service de l'Ombudsman des assurances pour qu'il examine la surprime proposée.

De Ombudsdienst voor verzekeringen maakt melding van een aantal dossiers die haar werden voorgelegd die (net) onder die grens vallen en leverde volgende gegevens aan:

Jaar	Ontvangen aanvragen 'toegang tot schuldsaldoverzekeringen	Doorgestuurd naar OBS
2014	29	0
2015	44	12
2016	48	12
2017	74	12

De Ombudsdienst licht toe dat van de 74 ontvankelijke dossiers in 2017, er in 47 dossiers effectief een onderzoek werd opgestart en bemiddeld. Meer dan de helft van deze dossiers lag de bijpremie tussen 50 en 75%, waarvan een groot deel zelfs 74 of 75% bedroeg. Het ging in deze dossiers veelal over vrij zware aandoeningen (zoals MS, diabetes,...) maar waarbij de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde stabiel en onder controle is. Om deze laatste redenen begrijpt de kandidaat-verzekerde veelal niet waarom hem nog een dergelijke belangrijke bijpremie wordt aangerekend.

2. Gezien een bijpremie van 50 tot 75% toch nog steeds zwaar kan doorwegen in het budget van de consument, waardoor het bekomen van een schuldsaldoverzekering wordt bemoeilijkt, pleiten de vertegenwoordigers van de patiënten en verbruikers en de Ombudsdienst om de grens van de toegang tot het OBS te verlagen naar 50%. De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar de Franse Convention AERAS (zie *infra*, V, F, 4).

Een andere optie die werd besproken is om de bevoegdheid van de Ombudsdienst uit te breiden in de zin dat deze zou kunnen beoordelen of een dergelijk dossier naar het OBS dient te worden doorgestuurd, ook al wordt niet voldaan aan de ontvankelijkheidsvoorwaarde. De Ombudsdienst beschikt echter niet over een arts, zodat enkel een globale toetsing van de studies kan gebeuren en geen medisch/technisch evaluatie ten gronde.

Le Service de l'Ombudsman des assurances rapporte un certain nombre de dossiers qui lui ont été soumis qui se situent (tout juste) sous cette limite et fournit les renseignements suivants :

Année	Demandes reçues pour « l'accès aux assurances solde restant dû »	Envoyées au BST
2014	29	0
2015	44	12
2016	48	12
2017	74	12

Le Service de l'Ombudsman des assurances explique que sur les 74 affaires recevables en 2017, 47 dossiers ont fait l'objet d'une enquête et d'une médiation. Dans plus de la moitié de ces dossiers, la surprime variait entre 50 et 75 %, dont une grande partie atteignait même 74 ou 75 %. Ces dossiers portaient principalement sur des affections relativement graves (comme la SEP, le diabète, etc.), mais où l'état de santé du candidat-assuré était stable et sous contrôle. Pour ces raisons, le candidat-assuré ne comprend souvent pas pourquoi il doit encore payer une surprime aussi importante.

2. Étant donné qu'une surprime de 50 à 75 % peut encore peser lourdement sur le budget du consommateur, ce qui rend plus difficile l'obtention d'une assurance solde restant dû, les représentants des patients et des consommateurs et le service de l'Ombudsman des assurances plaident en faveur d'une diminution de la limite d'accès au BST à 50 %. Les représentants des consommateurs renvoient à la Convention française AERAS (voir *infra*, V, F, 4).

Une autre option discutée est d'élargir la compétence du Service de l'Ombudsman des assurances pour lui permettre d'évaluer si un tel dossier doit être transmis au BST, même s'il ne répond pas à la condition de recevabilité. Toutefois, le service de l'Ombudsman des assurances ne compte pas de médecin, de sorte qu'il peut uniquement réaliser une évaluation globale des études, et non une évaluation médicale/technique quant au fond.

In het algemeen wijst de Ombudsdienst op de nood aan meer deskundige ervaring om deze dossiers vanuit medisch oogpunt te bekijken en te beoordelen. De mogelijkheid van de Ombudsdienst om een externe expert aan te stellen is in de praktijk niet realiseerbaar, gezien de prijs, de redelijke termijn om het advies te krijgen en het feit dat onafhankelijke experten moeilijk te vinden zijn.

3. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen achten een uitbreiding van de bevoegdheid van het OBS niet nodig en niet aangewezen. De huidige bevoegdheden van het OBS scheppen naar hun mening reeds een enorme werklast en tijdsdruk. Een uitbreiding zou de werklast van het OBS gevoelig doen toenemen, terwijl het OBS de beperkt beschikbare tijd beter volop zou besteden aan de meest urgente en ernstige gevallen, zijnde in de eerste plaats de aanvragen van personen geconfronteerd met een weigering (gevallen die de wetgever vooral viseerde). Een kandidaat-verzekerde die bedenkingen heeft bij de door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, hoe laag ook, kan steeds bijkomende uitleg vragen bij de verzekeraar. In geval van een bijpremie van 75 % of lager wijzen deze vertegenwoordigers op de andere (beroeps)mogelijkheden. Zo kan hij zich wenden tot een andere verzekeraar en de concurrentie laten spelen, of zich richten tot de Ombudsdienst voor verzekeringen die de zaak kan onderzoeken en hierin bemiddelen. Wie een bijpremie tot 75% krijgt, komt bovendien in aanmerking voor de (automatische) herbeoordeling door de herverzekeraar. Zij wijzen er op dat de in België bestaande mogelijkheden tot herbeoordeling van de bijpremie (OBS, herverzekeraar, Ombudsdienst) niet bestaan in de Franse Conventie AERAS, waarin enkel weigeringen in aanmerking komen voor herbeoordeling maar geen voorstellen tot bijpremie.

3. Dossier door de verzekeraar over te maken aan het OBS

1. Artikel 14 KB legt aan de verzekeraar een duidelijke verplichting op om aan het OBS alle informatie te bezorgen waarvoor hij beschikt en die nodig is opdat het OBS de voorgelegde

De manière générale, le service de l'Ombudsman des assurances attire l'attention sur la nécessité de disposer d'une expérience plus approfondie pour examiner et évaluer ces dossiers d'un point de vue médical. La possibilité pour le Service de l'Ombudsman des assurances de désigner un expert externe n'est pas réalisable dans la pratique vu le prix, le délai raisonnable pour obtenir cet avis et la difficulté de trouver des experts indépendants.

3. Les représentants des entreprises d'assurances considèrent qu'une extension des compétences du BST n'est pas nécessaire ni appropriée. Ils estiment que les compétences actuelles du BST génèrent déjà une charge de travail et des contraintes de temps importantes. Une extension de compétences alourdirait considérablement la charge de travail du BST, alors que ce dernier ferait mieux de consacrer pleinement le temps limité dont il dispose aux dossiers les plus urgents et les plus graves, à savoir en premier lieu les demandes de personnes confrontées à un refus (les cas principalement visés par le législateur). Un candidat-assuré qui émet des réserves quant à la surprime proposée par l'assureur, aussi basse soit-elle, peut toujours demander des explications complémentaires à l'assureur. Si la surprime est inférieure ou égale à 75 %, ces représentants renvoient à d'autres possibilités (de recours). Il peut ainsi s'adresser à un autre assureur et faire jouer la concurrence ou solliciter le Service de l'Ombudsman des assurances qui pourra examiner le dossier et intercéder en sa faveur. En outre, le candidat-prenneur d'assurance qui se voit proposer une surprime allant jusqu'à 75 % entre en ligne de compte pour une réévaluation (automatique) par le réassureur. Ils soulignent que les possibilités existantes en Belgique pour réévaluer la surprime (BTS, réassureur, le Service de l'Ombudsman) n'existent pas dans la Convention française AERAS, dans laquelle seuls les refus sont éligibles à une réévaluation et pas les propositions de surprime.

3. Dossier à transmettre au BST par l'assureur

1. L'article 14 AR impose clairement à l'assureur de fournir au BST toutes les informations dont il dispose et qui sont nécessaires à la réalisation de l'examen par le BST des dossiers dont il est saisi.

dossiers zou kunnen onderzoeken. Artikel 14 KB specificeert nader de over te maken documenten, waaronder de studies, waarop de verzekeraar zich steunde bij zijn beslissing om een schuldsaldoverzekering te weigeren of een bijpremie te vragen "omwille van het verhoogde gezondheidsrisico". Het OBS heeft tevens het recht om bijkomende informatie op te vragen bij de verzekeraar. De verzekeraar moet de bijpremie aan de hand van het concrete dossier, zijnde de verwachte oversterfte, motiveren.

De Commissie acht de wettelijke reglementering voldoende maar stelt vast dat dit belangrijk aspect van de reglementering in de praktijk in sommige dossiers nog onvoldoende wordt nageleefd.

2. Het OBS stelt een gunstige evolutie vast in de motivering van de verzekeraars, doch bevestigt dat die motivering in een aantal dossiers onvoldoende was, onder meer wegens afwezigheid van pertinente studies of verouderde studies, of bij gebreke aan specificering van de concrete gegevens uit de voorgelegde studies die werden gebruikt om in het individuele geval de bijpremie vast te stellen, of tot een weigering te besluiten.

Hoewel het uitstellen van dossiers zoveel mogelijk wordt beperkt, gezien de wettelijk opgelegde termijn voor het nemen van een beslissing door het OBS, stelt het OBS de bespreking van dossiers soms uit met de vraag aan de verzekeraar om zijn beslissing beter te motiveren, met precisering op basis van de studies die zijn beslissing staven.

De vertegenwoordigers van de patiënten en van de gebruikers vragen dat nadruk wordt gelegd op de naleving van de duidelijke en volledige motiveringsplicht door de verzekeraars en een dwingende aanpak van verzekeraars die daarbij onvoldoende meewerken. Zij verwijzen naar artikel 212, §3 W.Verz. dat bepaalt dat de verzekeraar *"verplicht is tot herstel van het nadeel veroorzaakt door het niet-naleven van de bepalingen die worden vastgesteld krachtens paragraaf 1. Het nadeel dat aan de kandidaat-verzekeringnemer wordt berokkend, wordt, behoudens tegenbewijs, geacht het gevolg te zijn van de niet-naleving van vermelde bepalingen"*.

L'article 14 AR précise les documents à transmettre, dont les études, sur lesquels l'assureur s'est appuyé pour refuser l'octroi d'une assurance solde restant dû ou demander une surprime « en raison du risque de santé accru ». Le BST a également le droit de demander un complément d'informations à l'assureur. L'assureur doit motiver la surprime sur la base du dossier concret, c'est-à-dire la surmortalité attendue.

La Commission estime que la réglementation est suffisante, mais note que cet aspect important de la réglementation n'est pas encore suffisamment respecté dans certains dossiers.

2. Le BST note une évolution favorable de la motivation fournie par les assureurs, mais confirme que cette motivation était insuffisante dans un certain nombre de dossiers, notamment en raison de l'absence ou l'obsolescence d'études pertinentes, ou par manque de précision des données concrètes des études soumises ayant servi à définir la surprime dans le cas d'espèce, ou à prendre la décision de refuser la souscription.

Bien que le report des dossiers soit limité dans la mesure du possible vu le délai légalement imposé au BST pour prendre une décision, le Bureau reporte parfois la discussion des dossiers et demande à l'assureur de mieux motiver sa décision, en donnant des précisions sur la base des études qui l'étayent.

Les représentants des patients et des consommateurs demandent de mettre l'accent sur le respect de l'obligation des assureurs de motiver leur décision de manière claire et complète et sur une approche contraignante pour les assureurs qui ne coopèrent pas suffisamment. Ils renvoient à l'article 212, § 3 de la L.Ass. qui prévoit que l'assureur « est tenu de la réparation du préjudice causé par le non-respect des dispositions arrêtées en vertu du paragraphe 1^{er}. Le préjudice causé au candidat-prenneur d'assurance est, sauf preuve contraire, présumé résulter du non-respect des dispositions précitées ».

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat de verzekeraars doorheen een leerproces zijn gegaan en nog gaan met betrekking tot de eisen die het OBS stelt over de wijze waarop zij hun beslissing moeten motiveren. Zij stellen dat de motiveringen van de verzekeraars sinds de opstart kwalitatief zijn verbeterd en gaan ervan uit dat deze tendens zich zal verderzetten. Het feit dat het OBS de kwaliteit van de motiveringen kritisch opvolgt en waar nodig feedback geeft over eventuele verbeterpunten, zal naar hun mening daartoe bijdragen. Anderzijds wijzen deze vertegenwoordigers erop dat de motivering al naargelang het dossier kan verschillen, onder meer wegens de complexiteit van het concrete geval of het feit dat een verzekeraar nog niet vertrouwd is met de motiveringsvereisten van het OBS omdat hij nog geen of weinig dossiers heeft moeten indienen.

3. De vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten in het OBS vragen dat ook de gegevens van de herverzekeraars ter beschikking van het OBS worden gesteld.

4. Het OBS bevestigt het belang en het streven om in de beoordeling te kunnen beschikken over zoveel mogelijk informatie over de individuele gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde.

Rechtstreeks contact van het OBS met de kandidaat-verzekerde of zijn arts is echter wettelijk verboden, ten einde de neutraliteit en onafhankelijkheid van het OBS te waarborgen.

Het OBS pleit voor het behoud van dit verbod op rechtstreeks contact. Het is belangrijk dat het OBS en de betrokken verzekeraar over exact dezelfde medische informatie beschikken. Het vermijdt ook dat een verzekeraar een eventueel verzoek van het OBS om de beslissing te herzien, naast zich neer zou leggen omdat de verzekeraar niet over de nodige extra info beschikt die een herziening volgens het OBS verantwoordt. Bovendien moet worden vermeden dat leden van het OBS thuis worden gecontacteerd en onder druk gezet door kandidaat-verzekerden betreffende een beslissing in een bepaald dossier (hetgeen in het verleden reeds gebeurde).

Les représentants des entreprises d'assurance font remarquer que les assureurs ont suivi un processus d'apprentissage et qu'ils continuent de suivre les exigences établies par le BST sur la façon de motiver leur décision. Ils considèrent que les motivations formulées par les assureurs depuis l'entrée en vigueur de la réglementation sont meilleures et présument que cette tendance se poursuivra. Ils estiment que le suivi critique de la qualité des motivations par le BST et, au besoin, le feed-back qu'il fournit sur les points à améliorer y contribuera. Par ailleurs, ces représentants soulignent que la motivation peut différer selon le dossier, entre autres en raison de la complexité du cas concret ou du fait qu'un assureur n'est pas encore familiarisé avec les exigences de motivation du BST parce qu'il n'a pas encore dû introduire de dossiers ou en nombre très limité.

3. Les représentants des patients et des consommateurs au sein du BST demandent à ce que les données des réassureurs soient également mises à la disposition du BST.

4. Le BST confirme l'importance et le but de disposer d'un maximum d'informations sur l'état de santé individuel du candidat-assuré dans l'évaluation et les efforts à fournir en ce sens.

Toutefois, tout contact direct entre le BST et le candidat-assuré ou son médecin est interdit par la loi afin de garantir la neutralité et l'indépendance du BST.

Le BST plaide pour le maintien de cette interdiction du contact direct. Il est important que le BST et l'assureur concerné disposent exactement des mêmes informations médicales. Cela permet également d'éviter qu'un assureur refuse de procéder à la révision de la décision éventuellement demandée par le BST au motif qu'il ne dispose pas des informations supplémentaires nécessaires qui justifient une révision selon le BST. En outre, il convient d'éviter que les membres du BST soient contactés à domicile et soient mis sous pression par des candidats-assurés concernant une décision prise dans un dossier particulier (ce qui est déjà arrivé dans le passé).

De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers begrijpen dat het OBS deze informatie niet rechtstreeks aan de kandidaat-verzekerde kan opvragen maar vinden het wel belangrijk dat deze geïnformeerd wordt wanneer het OBS een vraag voor bijkomende medische informatie overmaakt aan de verzekeraar, zodat de kandidaat-verzekerde deze bijkomende vraag beter kan kaderen en desgevallend de verzekeraar hierover kan contacteren.

Het OBS maakt reeds gebruik van de mogelijkheid om extra medische gegevens op te vragen via de verzekeraar. Dit gebeurt niet zo vaak. Het opvragen van extra medische gegevens door het OBS mag niet de regel worden. Er mag verondersteld worden dat de verzekeraar alle medische informatie heeft proberen op te vragen die hij nodig achtte om een beslissing te nemen en deze heeft overgemaakt aan het OBS. Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat het opvragen van extra medische gegevens tot een langere doorlooptijd leidt, en de kredietaanvraag onnodig kan vertragen.

Er zijn ook gevallen waarin de verzekeraar niet onmiddellijk gevolg geeft aan die vraag of waarin het niet duidelijk is of de verzekeraar effectief bepaalde informatie heeft opgevraagd bij de kandidaat-verzekerde. Het secretariaat van het OBS neemt dan (opnieuw) contact op met de verzekeraar.

In de praktijk houdt het secretariaat van het OBS reeds de kandidaat-verzekeringnemer tijdens de duur van de procedure op de hoogte over de stand van behandeling van het dossier door de OBS. De kandidaat-verzekeringnemer wordt tevens steeds ingelicht wanneer bijkomende medische gegevens werden opgevraagd bij de verzekeraar.

4. Verloop van de beoordeling door OBS

1. Het verloop van de werkzaamheden in het OBS kende volgens de meerderheid van de vertegenwoordigers een gunstige evolutie; de situatie in 2017 valt niet te vergelijken met de situatie in 2015. Zij zijn van oordeel dat de leden van het OBS hun opdracht objectief en met kennis van zaken uitvoeren. De besprekingen verlopen constructief, grondig en open. De leden steken bijzonder veel tijd en energie in het voorbereiden

Les représentants des patients et des consommateurs comprennent que le BST ne puisse pas demander ces informations directement au candidat-assuré, mais ils considèrent qu'il est important que l'assuré soit informé lorsque le BST demande des informations médicales supplémentaires à l'assureur, afin que le candidat-assuré puisse mieux encadrer cette demande supplémentaire et, au besoin, contacter l'assureur à ce sujet.

Le BST utilise déjà la possibilité de demander des informations médicales supplémentaires via l'assureur. Cela n'arrive pas si souvent. La demande d'informations médicales supplémentaires par le BST ne doit pas devenir la règle. On peut supposer que l'assureur a tenté d'obtenir toutes les informations médicales qu'il jugeait nécessaires pour prendre une décision et les a transmises au BST. Il faut également tenir compte du fait que la demande d'informations médicales supplémentaires entraîne un délai de traitement plus long et peut retarder inutilement la demande de crédit.

Il y a aussi des cas où l'assureur ne répond pas immédiatement à cette demande ou dans lesquels il n'est pas évident de savoir si l'assureur a bien demandé certaines informations au candidat-assuré. Le secrétariat du BST prend alors (à nouveau) contact avec l'assureur.

En pratique, le candidat preneur d'assurance est déjà informé par le secrétariat du BST de l'état d'avancement de son dossier au cours de la procédure. En outre, le candidat-preneur d'assurance est informé lorsque le BST demande des renseignements médicaux supplémentaires à l'assureur.

4. Déroulement de l'évaluation par le BST

1. Selon la majorité des représentants, les travaux du BST ont connu une progression favorable ; la situation en 2017 n'est pas comparable à celle de 2015. Ils estiment que les membres du BST accomplissent leur mission avec objectivité et en connaissance de cause. Les discussions se déroulent de manière constructive, approfondie et ouverte. Les membres ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à la préparation des

van de dossiers. Onder begeleiding van de voorzitter wordt zoveel als mogelijk gestreefd naar een consensus. Het aantal gevallen waarin de leden het niet eens geraken en er gestemd moet worden, is vandaag minimaal.

Het OBS controleert, op basis van de informatie waarover het beschikt, of de bijpremie meer dan 75% van de basispremie bedraagt (zie *supra*, V, D, 2.1 taak van het OBS in de beoordeling van de drempel van 75% bijpremie). Het OBS houdt in de beoordeling van de toegepaste oversterfte in een concreet dossier steeds rekening met de individuele situatie van de kandidaat-verzekerde, op basis van alle elementen uit het medisch dossier waarover het OBS beschikt. Bovendien benadrukt het OBS dat noch in het kader van de beoordeling, noch bij een hervormingsvoorstel, de tussenkomst van de Compensatiekas in rekening wordt genomen.

De bespreking in het OBS heeft in hoofdzaak betrekking op de medische verantwoording van de beslissing van de verzekeraar. De basis voor de beoordeling zijn de door de verzekeraar aangeleverde documenten en studies. Het OBS vraagt aan de verzekeraar soms om de motivering te verduidelijken of om bijkomende medische gegevens van de betrokken kandidaat-verzekerde (zie *supra*, V, D., 3). Het OBS bespreekt de studies en de motivering die de verzekeraar heeft aangereikt. De debatten in het OBS zijn geheim. Soms wisselen de leden ook (nieuwe) studies en gegevens uit die relevant kunnen zijn om een prognose te maken van de overlevingskansen van de persoon in kwestie in vergelijking met een persoon zonder verhoogd gezondheidsrisico en het staat hen vrij om hun achterban hierover te consulteren. Het OBS onderzoekt bijgevolg niet alleen de medische situatie van de kandidaat-verzekerde maar gaat ook na of de beslissing van de verzekeraar wetenschappelijk onderbouwd is op basis van pertinente studies en statistieken overeenkomstig de wetgeving.

Vertegenwoordigers van de patiënten en van de verbruikers vragen in het bijzonder dat het OBS in de beoordeling van de beslissing van de verzekeraar eveneens toeziet op de naleving van de anti-discriminatiewetgeving. In het bijzonder in geval van een weigering vragen zij dat het OBS systematisch nagaat of aan de proportionaliteitsvereiste is voldaan en of de

dossiers. Sous la supervision du président, un consensus sera recherché dans la mesure du possible. Le nombre de cas dans lesquels les membres ne sont pas d'accord et doivent procéder à un vote est aujourd'hui minime.

Le BST vérifie, sur la base des informations dont il dispose, si le montant de la surprime est supérieur à 75 % de la prime de base (voir *supra*, V, D, 2.1 tâche du BST dans l'évaluation du seuil de la surprime de 75 %). Le BST prends toujours en compte dans l'évaluation de la surmortalité appliquée dans un dossier concret, de la situation individuelle du candidat-assuré sur la base de tous les éléments du dossier médical dont il dispose. En outre, le BST souligne que l'intervention de la Caisse de compensation n'est prise en compte ni dans l'évaluation ni dans une proposition de réforme.

La discussion au sein du BST porte principalement sur la motivation médicale de la décision de l'assureur. Les documents et les études fournis par l'assureur forment la base de l'évaluation. Le BST demande parfois à l'assureur de clarifier sa motivation ou de fournir des informations médicales supplémentaires sur le candidat-assuré concerné (voir *supra*, V, D., 3). Le BST examine les études et la motivation fournie par l'assureur. Les débats menés au sein du BST sont secrets. Il arrive que les membres échangent des (nouvelles) études ou informations, qui peuvent être pertinentes afin d'établir un pronostic des chances de survie de la personne en question par rapport à une personne sans risque de santé accru, et ils sont libres de consulter la base à ce sujet. Par conséquent, le BTS examine non seulement la situation médicale du candidat-assuré, mais vérifie également si la décision de l'assureur est fondée scientifiquement sur la base d'études et de statistiques pertinentes conformément à la législation.

Les représentants des patients et des consommateurs demandent en particulier que le BST surveille également le respect de la législation anti-discrimination lors de l'évaluation de la décision de l'assureur. En particulier dans le cas d'un refus, ils demandent que le BST vérifie systématiquement si l'exigence de proportionnalité a été respectée et si le refus ne

weigering niet moet omgezet worden in een bijpremie. Zij wijzen ook op het belang om erop toe te zien dat in geval van een hoger overlijdensrisico, rekening wordt gehouden met het feit of dit risico zich zal voordoen tijdens de duurtijd van verzekeringsovereenkomst.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat bijna alle aandacht van het OBS enkel naar de medische aspecten gaat (en geen aandacht naar de actuariële grondslag van de premies) en dat het OBS onvoldoende de naleving controleert van het geheel van dwingende regels die van toepassing zijn op de gevallen voorgelegd aan het OBS.

2. Het vrijmaken van een budget voor de artsen die de patiënten vertegenwoordigen en de aanstelling van een arts door iedere delegatie in het OBS, worden zeer positief ervaren.

De aanstelling van een expert door het OBS is mogelijk en de vertegenwoordigers van de patiënten vinden deze mogelijkheid belangrijk ingeval de problematiek een bijzondere deskundigheid vergt. Echter, door de wettelijk opgelegde termijn van 15 dagen voor het nemen van een beslissing door de OBS en de kostprijs, is dit de facto niet haalbaar.

3. De voorzitter van het OBS wijst erop dat het OBS van bij de aanvang in 2015 geprobeerd heeft om eveneens de actuariële grondslag van de bijpremie te onderzoeken. Hij betreurt ten eerste dat de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten nog steeds geen nieuwe actuaris hebben aangesteld nadat de initieel door hen aangestelde actuaris ontslag heeft genomen. De beoordeling wordt door alle leden van het OBS op zeer ernstige wijze gedaan en zij nemen plichtsbewust alle statistieken en studies door om een beeld te kunnen vormen van wat de relatieve oversterfte van een zieke persoon t.o.v. een gezonde persoon inhoudt. Artsen spelen daarbij een belangrijke rol maar zijn uiteraard geen actuaris. Niettegenstaande de ernst waarmee volgens hem de bijpremies worden onderzocht, kan op dit ogenblik geen 100% zekerheid worden gegeven dat de premies actuariael correct zijn. Het is volgens hem aangewezen dat de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten in de OBS een actuaris als lid van het OBS aanstellen. Het huidige wettelijk kader biedt hiervoor de nodige ruimte.

doit pas être converti en surprime. Ils soulignent également l'importance de veiller, en cas d'un risque accru de décès, à ce qu'il soit tenu compte du fait que ce risque se produira pendant la durée du contrat d'assurance.

Les représentants des consommateurs estiment que le BST consacre quasiment toute son attention aux aspects médicaux (et délaisse la base actuarielle des primes) et qu'il ne contrôle pas suffisamment le respect de l'ensemble des règles contraignantes applicables aux cas soumis au BST.

2. La libération d'un budget pour les médecins représentant les patients et la désignation d'un médecin par chaque délégation du BST sont perçues comme des mesures très positives.

Le BST peut se charger de la désignation d'un expert et les représentants des patients considèrent que cette possibilité est importante lorsque la problématique exige une expertise particulière. Cependant, étant donné le prix et le délai légal de 15 jours dans lequel le BST doit prendre une décision, cela n'est, de facto, pas réalisable.

3. Le président du BST a souligné que, dès le début, en 2015, le BST s'est également efforcé d'examiner l'évaluation actuarielle de la surprime. Il regrette profondément que les représentants des patients et des consommateurs n'aient toujours pas nommé de nouvel actuaire suite à la démission de l'actuaire qu'ils avaient initialement désigné. Tous les membres du BST réalisent l'évaluation avec sérieux et ils étudient consciencieusement toutes les statistiques et les études afin de se faire une idée de ce qu'implique la surmortalité relative d'une personne malade par rapport à une personne en bonne santé. Les médecins jouent un rôle important à cet égard, mais ils ne sont évidemment pas actuaires. Malgré la sévérité avec laquelle les surprimes sont examinées, il n'est actuellement pas possible, selon lui, de garantir à 100 % que les primes sont exactes sur le plan actuariel. Il est indiqué, selon lui, que les représentants des consommateurs et des patients au sein du BST désignent un actuaire en tant que membre du BST. Le cadre juridique actuel offre cette possibilité.

Een vertegenwoordiger van de verbruikers (Testaankoop) merkt op dat Testaankoop heeft beslist om het OBS te verlaten onder meer omdat naar hun mening er vanaf het begin nooit een actuariële evaluatie van de bijpremie is geweest, hoewel dit naar hun mening de belangrijkste taak van het OBS is.

De Commissie is het erover eens dat het huidige wettelijk kader de vertegenwoordigers van de consumenten en de patiënten de mogelijkheid geeft om een actuaire als lid van het OBS aan te stellen.

Niettemin benadrukken de vertegenwoordigers van de patiënten en van de verbruikers dat in het huidige wettelijk kader toch de nodige financiële middelen ontbreken om aan hun zijde deze actuaire aan te stellen (zie tevens *supra*, V, D, 1).

4. Het OBS houdt twee zittingen per maand.

De Commissie bevestigt dat de vooropgestelde termijn meestal wordt gehaald, behalve wanneer het gaat om complexe dossiers. Deze termijn wordt verlengd ingeval er bijkomende vragen rijzen of het dossier onvoldoende is gedocumenteerd. De kandidaat-verzekeringnemer wordt hierover door het secretariaat van het OBS ingelicht.

5. De vertegenwoordigers van de patiënten en van de verbruikers vragen dat blijvend bijzondere aandacht wordt gegeven aan en voldoende middelen worden voorzien voor de goede werking van de IT van het OBS, zodat de leden steeds toegang hebben tot alle noodzakelijke gegevens ter beoordeling van de dossiers.

5. Beslissing van het OBS

Het OBS stelt vast dat de dossiers steeds complexer worden en het een toenemend aantal zwaardere medische dossiers ontvangt, vaak over een combinatie van ernstige pathologieën of over erg zeldzame ziekten waarbij medisch moeilijk of niet kan beoordeeld worden of die personen verzekeraar zijn.

Un représentant des consommateurs (Test-Achats) fait remarquer que Test-Achats a décidé de quitter le BST, entre autres, parce qu'il n'a jamais été procédé, et ce, dès le début, à une évaluation actuarielle de la surprime alors qu'il s'agit, selon lui, de la principale tâche du BST.

La Commission convient que le cadre juridique actuel permet aux représentants des patients et des consommateurs de désigner un actuaire en tant que membre du BST.

Néanmoins, les représentants des patients et des consommateurs soulignent que les moyens manquent dans le cadre juridique actuel pour leur permettre de désigner cet actuaire de leur côté (voir aussi *supra*, V, D, 1).

4. Le BST se réunit deux fois par mois.

La Commission confirme que le délai est généralement respecté, sauf quand il s'agit de dossiers complexes. Ce délai peut être prolongé si des questions supplémentaires sont soulevées ou lorsque le dossier n'est pas suffisamment documenté. Le candidat-prenneur d'assurance en sera informé par le Secrétariat du BST.

5. Les représentants des patients et des consommateurs demandent de continuer à veiller tout particulièrement au bon fonctionnement des services informatiques du BST et de prévoir les ressources suffisantes, afin que les membres aient à tout moment accès à toutes les données nécessaires pour évaluer les dossiers.

5. Décision du BST

Le BST note que les dossiers deviennent de plus en plus complexes et qu'il reçoit un nombre croissant de dossiers médicaux plus lourds, qui concernent souvent une combinaison de pathologies graves ou des maladies très rares pour lesquelles il est difficile ou impossible d'évaluer médicalement si ces personnes sont assurables.

In aanvulling op de jaarverslagen heeft het OBS, op vraag van vertegenwoordigers van de verbruikers, uit een analyse van de dossierdatabase volgende bijkomende informatie verstrekt over de wijze waarop een hervormingsvoorstel van het OBS een verlaging van de effectief te betalen bijpremie inhield:

- in geval van het onderzoek van een bijpremie, zal een voorstel van het OBS steeds de vermindering van het percentage van de bijpremie (lees oversterfte) inhouden. Het is ook mogelijk dat een inkorting van de duur van de bijpremie wordt voorgesteld;
- in geval van het onderzoek van een weigering (of uitstel), zal een voorstel van het OBS quasi altijd de toepassing van een bijpremie inhouden;
- zowel bij het onderzoeken van bijpremies als weigeringen kon het OBS in enkele specifieke casussen aanbevelen dat er zelfs geen bijpremie zou worden toegepast (normaal tarief in 9 gevallen).

Uit onderzoek van de hervormingsvoorstellen (van 2015 tot 2017) van het OBS kan worden geconcludeerd:

- Hervormingen van bijpremies: meestal lager dan 125 %

Hervorming bijpremie: Aanvaard (door verzekeraar)	55 hervormingen	Waarvan 13 met tussenkomst compensatiemechanisme
Hervorming bijpremie: Niet aanvaard (door verzekeraar)	7 hervormingen	Waarvan 1 met (waarschijnlijke) tussenkomst compensatiemechanisme

Outre les rapports annuels, le BST, à la demande des représentants des consommateurs, a fourni des informations supplémentaires tirées d'une analyse de la base de données des dossiers sur la façon dont une proposition de révision du BST comportait une réduction de la surprime à payer :

- dans le cas de l'examen d'une surprime, une proposition du BST comportera toujours une réduction du pourcentage de la surprime (lire la surmortalité). Il est également possible qu'une réduction de la durée d'application de la surprime soit proposée ;
- dans le cas de l'examen d'un refus (ou d'un report), une proposition du BST comportera presque toujours l'application d'une surprime ;
- tant lors de l'examen des surprimes que des refus, le BST a été en mesure de recommander qu'aucune surprime ne soit appliquée dans certains cas spécifiques (taux normal dans 9 cas).

L'examen des propositions de révision (de 2015 à 2017) du BST permet de conclure ceci :

- Révisions des surprimes : généralement inférieures à 125 %

Révision de la surprime : acceptée (par l'assureur)	55 révisions	Dont 13 avec intervention d'un mécanisme de compensation
Révision de la surprime : pas acceptée (par l'assureur)	7 révisions	Dont 1 avec intervention (vraisemblable) d'un mécanisme de compensation

- Hervorming weigeringen: ongeveer de helft van de hervormingen hoger dan 125%

Hervorming weigering: Aanvaard (door verzekeraar)	51 hervormingen	Waarvan 36 met (waarschijnlijke) tussenkomst compensatiemechanisme
Hervorming weigering Niet aanvaard (door verzekeraar)	9 hervormingen	Waarvan 5 met tussenkomst compensatiemechanisme

Behoudens de vertegenwoordigers van de verbruikers, is de Commissie het erover eens dat de reglementering een gunstige impact heeft op de toegang tot de schuldsaldoverzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers betreuren dat geen antwoord kon worden gegeven op hun volgende vragen: "wat houdt een beter voorstel van het OBS in (verlaging van de bijpremie met hoeveel %)?"; "wat is de gemiddelde verlaging van de bijpremie en de mediaan?"; "in hoeveel % van de gevallen betekent het betere voorstel van het OBS geen vermindering van de werkelijke last in het voordeel van de verzekeringnemer (vermindering van de bijpremie maar niet onder 125% van de basispremie waardoor de werkelijke last niet verminderd omdat de compensatiekas maar tussenkomt zodra de bijpremie meer dan 125 % bedraagt?"; "wat is de gemiddelde vermindering van de werkelijke last en de mediaan (in euro en %)?".

6. Begrip "bindend voorstel"

1. Het begrip "bindend voorstel" doelt op de beslissing van het OBS.

Artikel 217, §3, derde lid W.Verz. stelt: "Het doet binnen een tijdspanne van vijftien werkdagen te rekenen van de ontvangst van het dossier, een bindend voorstel."

- Révision des refus : environ la moitié des révisions supérieures à 125 %

Révision du refus : acceptée (par l'assureur)	51 révisions	Dont 36 avec intervention (vraisemblable) d'un mécanisme de compensation
Révision du refus : pas acceptée (par l'assureur)	9 révisions	Dont 5 avec intervention d'un mécanisme de compensation

À l'exception des représentants des consommateurs, la Commission convient que la réglementation a un impact favorable sur l'accès à l'assurance solde restant dû.

Les représentants des consommateurs déplorent que les questions suivantes soient restées sans réponse: « en quoi consiste une meilleure proposition du BST (quel pourcentage de baisse de la surprime) ? »; « quelle est la baisse moyenne de la surprime et de la médiane ? »; « dans quel pourcentage des cas la meilleure proposition du BST n'implique pas une réduction de la charge réelle au profit du preneur d'assurance (réduction de la surprime mais pas sous 125 % de la prime de base, ce qui n'entraîne pas une diminution de la charge réelle parce que la Caisse de compensation n'intervient que lorsque la prime dépasse 125 %) »; « quelle est la réduction moyenne de la charge réelle et de la médiane (en euro et en %) ? ».

6. Concept de « proposition contraignante »

1. Le concept de « proposition contraignante » fait référence à la décision du BST.

L'article 217, §3, alinéa 3 L.Ass. prévoit: « Il fait une proposition contraignante dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier. ».

Artikel 15, § 1 KB stelt: "Overeenkomstig artikel 217, § 3, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen, doet het Opvolgingsbureau ten aanzien van de betrokken partijen een bindend voorstel binnen de tijdspanne van 15 werkdagen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier.

§ 2. Het Opvolgingsbureau deelt, onverminderd de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zijn beslissing schriftelijk mee aan de kandidaat-verzekeringnemer, de verzekerde en de verzekeringsonderneming. Het Opvolgingsbureau geeft desgevallend in zijn beslissing een gedetailleerde weergave van de inhoud van zijn bindend voorstel. De in het voorgaande lid bedoelde beslissing beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 7."

Artikel 16 KB stelt: "De verzekeringsonderneming informeert de kandidaat-verzekeringnemer en het Opvolgingsbureau binnen een redelijke termijn over zijn beslissing omtrent het sluiten van een contract dat is opgesteld onder de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau."

Zie tevens artikel 17 KB inzake het jaarlijks verslag van het OBS. Dit verslag dient onder meer te vermelden "in hoeveel gevallen de verzekeringsonderneming bereid was om met de kandidaat-verzekeringnemer te contracteren onder de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau."

2. Vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers wijzen erop dat dit begrip "bindend voorstel" niet duidelijk is en verzekeraars in sommige gevallen weigerden om de schuldsaldoverzekering te sluiten aan de voorwaarden van het OBS.

Deze onduidelijkheid is mede het gevolg van de bepaling in artikel 219, §2 W.Verz. die stelt: "§ 2. De verzekeraar die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan die welke van toepassing is krachtens de tariefvoorwaarden die het Opvolgingsbureau voor de tarifiering heeft voorgesteld, informeert de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief over de toegangsvoorwaarden en tarieven die het Bureau heeft voorgesteld, en deelt hem mee dat

L'article 15, § 1 AR prévoit : « Conformément à l'article 217, § 3, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, le Bureau du suivi fait une proposition contraignante aux parties concernées dans un délai de 15 jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier complet.

§ 2. Dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, le Bureau du suivi communique sa décision motivée par écrit au candidat preneur d'assurance, à l'assuré et à l'entreprise d'assurances. Le cas échéant, le Bureau du suivi détaille dans sa décision le contenu de sa proposition contraignante. La décision visée à l'alinéa précédent respecte les conditions de l'article 7. ».

L'article 16 AR prévoit : « L'entreprise d'assurances informe, dans un délai raisonnable, le candidat preneur d'assurance et le Bureau du suivi de sa décision concernant la conclusion ou non d'un contrat établi aux conditions fixées dans la proposition contraignante établie par le Bureau du suivi. ».

Cf. article 17 AR, relatif au rapport annuel du BST. Ce rapport doit notamment mentionner « "le nombre de cas où l'entreprise d'assurances était disposée à conclure un contrat avec le candidat-preneur d'assurance aux conditions fixées dans la proposition contraignante du Bureau du suivi. ».

2. Les représentants des patients et des consommateurs soulignent que cette notion de « proposition contraignante » n'est pas claire et que les assureurs ont parfois refusé de souscrire une assurance solde restant dû en vertu des conditions du BST.

Ce manque de clarté est en partie dû à la disposition de l'article 219, §2 L.Ass. qui prévoit : « § 2. L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur. L'assureur communique par

hij zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar. De verzekeraar deelt schriftelijk en op duidelijke, uitdrukkelijke en ondubbelzinnige wijze mee om welke redenen de verzekering geweigerd wordt of waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt voorgesteld en hoe deze precies zijn samengesteld.”.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen leiden uit de cijfers in de jaarverslagen van het OBS af dat de verzekeraars zo goed als altijd de beslissing van het OBS volgen: in de periode 2015-2016, waarop de evaluatie betrekking heeft, waren er slechts vier dossiers waarin de verzekeraar het voorstel van het OBS om een weigering om te zetten in een bijpremie niet heeft gevolgd. Zij wijzen er tevens op dat in de gevallen waarin de verzekeraar niet bereid is om in te gaan op het voorstel van het OBS om een weigering om te zetten in een bijpremie (in de periode 2015-2016 zou het gaan om vier dossiers), dit niet noodzakelijk tot gevolg heeft dat de betrokken persoon geen hypotheekair krediet kan aangaan. De kredietgever kan in dergelijk geval nagaan of er andere waarborgen mogelijk zijn om de terugbetaling van het krediet te garanderen. Bovendien kan de kandidaat-verzekeringnemer proberen om bij een andere verzekeraar (met een andere acceptatiepolitiek) een schuldsaldoverzekering te sluiten.

Het Grondwettelijk Hof heeft in het arrest van 10 november 2011 duidelijk gesteld dat de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft (die aan de basis ligt van de huidige wetgeving) geen recht op schuldsaldoverzekering wil invoeren, en geen verplichting voor de verzekeraar om te contracteren (*“er kan geen sprake zijn van een recht op verzekering en geen acceptatieplicht in hoofde van de verzekeraar”*, arrest nr. 166/2011 van 10 november 2011).

Er wordt tevens opgemerkt dat het opleggen van een acceptatieplicht in hoofde van de verzekeraar zou vereisen om een beroepsprocedure in te voeren waarbij de verzekeraar in beroep zou kunnen gaan tegen de beslissing van het OBS. Hierdoor kan een dossier blijven aanslepen, terwijl de bedoeling van de wetgever is dat de

écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci. ».

Les représentants des entreprises d'assurance constatent sur la base des chiffres des rapports annuels du BST que les assureurs suivent presque toujours la décision du BST: au cours de la période 2015-2016, à laquelle se rapporte l'évaluation, il n'y avait que quatre dossiers dans lesquels l'assureur n'a pas respecté la proposition du BST de convertir un refus en surprime. Ils soulignent aussi que dans les cas où l'assureur n'est pas disposé à suivre la proposition du BST de convertir un refus en surprime (il s'agirait de quatre dossiers pour la période 2015-2016), cette décision n'entraîne pas nécessairement l'impossibilité pour la personne concernée de contracter un crédit hypothécaire. En pareil cas, le prêteur peut vérifier si d'autres garanties peuvent être fournies pour assurer le remboursement du crédit. En outre, le candidat-preneur d'assurance peut tenter de conclure une assurance solde restant dû auprès d'un autre assureur (pratiquant une politique d'acceptation différente).

La Cour constitutionnelle a précisé dans son arrêt du 10 novembre 2011 que la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (qui est à la base de la législation actuelle) n'a pas pour objet d'introduire un droit à l'assurance solde restant dû ni une obligation pour l'assureur de contracter (*« il ne peut y avoir ni droit à l'assurance ni obligation d'accepter de la part de l'assureur »*, arrêt n° 166/2011 du 10 novembre 2011).

Il convient également de noter qu'imposer une obligation d'acceptation de la part de l'assureur nécessiterait l'introduction d'une procédure d'appel permettant à l'assureur de faire appel de la décision du BST. Un dossier pourrait ainsi s'enliser, alors que l'intention du législateur est de permettre au client d'obtenir une décision rapide

klant op korte termijn een beslissing heeft zodat de kredietaanvraag niet nodeloos wordt vertraagd. De problematiek is dus breder dan het zuiver juridische.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat een verzekeraar vrij is om te beslissen of hij al dan niet een verzekeringsovereenkomst sluit aan de voorwaarden voorgesteld door het OBS, op dezelfde wijze als de kandidaat-verzekeringnemer vrij is om te beslissen of hij al dan niet het aanbod van de verzekeraar aanvaardt. Geen partij kan rechtstreeks of onrechtstreeks worden gedwongen om een overeenkomst te sluiten. De invoering van een "recht op verzekering" zou volgens deze vertegenwoordigers haaks staan op de principes van verzekeren en een groot financieel risico inhouden voor de verzekeraars dat zij in geen geval kunnen dragen.

3. Na bespreking is de Commissie het eens dat:

- het volledige artikel 219 W.Verz. een overblijfsel is van een vroeger wetsontwerp dat wat betreft de principes afweek van de huidige regeling;
- de verzekeraar wiens voorstel door het OBS is beoordeeld, of enig andere verzekeraar, niet verplicht kan worden om een schuldsaldoverzekering te sluiten wanneer de kandidaat-verzekeringnemer zich tot hem richt met de beslissing van het OBS;
- wanneer de verzekeraar wel bereid is een schuldsaldoverzekering te sluiten, hij het voorstel van het OBS moet volgen. De verzekeraar heeft geen recht om een nieuw voorstel te formuleren met een hogere bijpremie of vrijstelling.

4. Daar artikel 219 W.Verz. een historisch overblijfsel is, vinden meerdere vertegenwoordigers dat dit artikel kan worden opgeheven.

Sommige vertegenwoordigers van de patiënten stellen voor om artikel 219, §1 W.Verz. te behouden aangezien dit verduidelijkt wat het OBS precies doet, maar conform artikel 214 W.Verz. en artikel 1, §1, 1° KB moet de bepaling wel worden gewijzigd ten einde daarin duidelijk te bepalen dat de regeling enkel geldt voor verzekeringsovereenkomsten die de

afin de ne pas retarder inutilement la demande de crédit. La problématique ne se limite donc pas à l'aspect juridique.

Les représentants des entreprises d'assurance insistent sur le fait qu'un assureur a la faculté de décider de conclure ou non un contrat d'assurance aux conditions proposées par le BST, de la même manière que le candidat-preneur d'assurance est libre de décider d'accepter ou non l'offre de l'assureur. Aucune partie ne peut être contrainte, de manière directe ou indirecte, à conclure un contrat. Selon ces représentants, l'introduction d'un « droit à l'assurance » serait en contradiction avec les principes d'assurance et comporte un risque financier important pour les assureurs qu'ils ne peuvent en aucun cas supporter.

3. Après discussion, la Commission a convenu de ce qui suit :

- l'ensemble de l'article 219 L.Ass. est un vestige d'un projet de loi antérieur qui s'écarte de la réglementation actuelle en ce qui concerne les principes ;
- l'assureur dont la proposition a été évaluée par le BST, ou tout autre assureur, ne peut être tenu de souscrire une assurance solde restant dû lorsque le candidat-preneur d'assurance s'adresse à lui avec la décision du BST ;
- lorsque l'assureur est disposé à conclure une assurance solde restant dû, il doit suivre la proposition du BST. L'assureur n'a pas le droit de formuler une nouvelle proposition avec une surprime plus élevée ou une franchise.

4. Étant donné que l'article 219 L.Ass. est un vestige de l'histoire, plusieurs représentants considèrent que cet article peut être abrogé.

Certains représentants des patients proposent de maintenir l'article 219, §1^{er}, de la L.Ass. Étant donné qu'il clarifie la mission précise du BST, mais conformément à l'article 214 L.Ass. et à l'article 1^{er}, § 1^{er}, 1° AR, la disposition doit être modifiée afin d'y préciser clairement que la réglementation s'applique uniquement aux contrats d'assurance

terugbetaling waarborgen van het kapitaal van een "hypothecair" krediet.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat artikel 219 W.Verz. best volledig opgeheven wordt omdat het een restant van een oud wetsontwerp is dat niet coherent is met andere bepalingen in de wetgeving en hierdoor onnodig aanleiding geeft tot verwarring. Zowel de opdracht van het Opvolgingsbureau als de motiveringsplicht van de verzekeraar zijn reeds elders in de wetgeving duidelijk(er) omschreven.

4. De vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers benadrukken dat wanneer de verzekeraar weigert een verzekeringsovereenkomst af te sluiten na beslissing van het OBS, de verzekeraar deze weigering dient te motiveren. Ze menen dat het principe van de motiveringsplicht geldt voor alle beslissingen van de verzekeraar aan de kandidaat-verzekerde en vragen dat de regeling in artikel 219, §2, tweede lid W.Verz. ook zou toegepast worden op situaties waarin een verzekeraar na beslissing van het OBS geen verzekeringsovereenkomst wil onderschrijven.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat onder de huidige regeling een verzekeraar herhaaldelijk en uitgebreid zijn beslissing moet motiveren wanneer hij een verzekering weigert. Zij zien niet goed wat de verzekeraar nog bijkomend zou kunnen motiveren wanneer hij na afloop van de procedure bij het OBS bij zijn aanvankelijke beslissing blijft. Zij menen dat de kandidaat-verzekeringnemer/verzekerde de (extra) uitleg door de verzekeraar nooit zal aanvaarden, hoe uitgebreid deze ook is, dat de kandidaat-verzekeringnemer geen boodschap heeft aan soms erg confronterende statistieken waarop de verzekeraar zich steunt en dat dit alles vooral leidt tot onnodig tijdverlies voor de betrokken persoon.

Voorstel

Met het oog op rechtszekerheid is het aangewezen te verduidelijken dat het begrip "bindend voorstel" in artikel 217 moet geïnterpreteerd worden in de zin dat wanneer de

qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit « hypothécaire ».

Les représentants des entreprises d'assurance sont d'avis que l'article 219 L.Ass. devrait être complètement aboli parce qu'il s'agit d'un vestige d'un ancien projet de loi qui n'est pas cohérent avec d'autres dispositions de la législation et qui crée donc inutilement une confusion. Tant la mission du Bureau de suivi que l'obligation de motivation de l'assureur sont déjà clairement définies ailleurs dans la législation.

5. Les représentants des patients et des consommateurs insistent sur le fait que, dans le cas où l'assureur refuse de conclure un contrat d'assurance suite à une décision du BST, il doit justifier ce refus. Ils considèrent que le principe de l'obligation de motivation s'applique à toutes les décisions prises par l'assureur à l'égard du candidat-assuré et demandent que la règle consacrée à l'article 219, §2, alinéa 2, L.Ass. s'applique également aux situations dans lesquelles un assureur ne souhaite pas souscrire à un contrat d'assurance après la décision du BST.

Les représentants des entreprises d'assurance indiquent qu'en vertu de la réglementation actuelle, l'assureur doit motiver sa décision de manière détaillée et à plusieurs reprises lorsqu'il refuse une assurance. Ils ne perçoivent pas bien les éléments supplémentaires que l'assureur pourrait motiver lorsqu'il maintient sa décision initiale à l'issue de la procédure engagée auprès du BST. Ils estiment que le candidat-prenneur d'assurance/assuré n'acceptera jamais l'explication (supplémentaire) de l'assureur, aussi détaillée soit-elle, que le candidat-prenneur d'assurance n'a que faire de statistiques parfois très blessantes sur lesquelles l'assureur s'appuie et que tout cela entraîne surtout une perte de temps inutile pour la personne concernée.

Proposition

Pour des raisons de sécurité juridique, il convient de préciser que le concept de « proposition contraignante » consacré à l'article 217 doit être interprété en ce sens que lorsque l'assureur est

verzekeraar bereid is een schuldsaldoverzekering te sluiten, hij de beslissing van het OBS moet volgen.

E. Motivering door de verzekeraar en door het OBS ten aanzien van de verzekerde

1. De verzekeraar en het OBS moeten elk hun beslissing ten aanzien van de kandidaat-verzekeringnemer motiveren overeenkomstig de wettelijke vereisten (artikelen 7 en 15, §2 KB).

De kandidaat-verzekeringnemer kan bij de verzekeraar, al dan niet via zijn behandelend arts, bijkomende informatie opvragen (artikelen 8-10 KB).

De Commissie vindt deze motivering een belangrijk aspect van de reglementering en acht de wettelijke regeling voldoende.

Volgens de vertegenwoordigers van de patiënten en van de verbruikers is de onderliggende bedoeling om op basis van de motivering in concreto te kunnen nagaan of is voldaan aan de onderscheiden elementen ter beoordeling van de objectieve rechtvaardiging zoals vereist in de antidiscriminatiewetgeving, m.a.w. houdt de individuele gezondheidssituatie van de betrokken kandidaat-verzekerde wel degelijk een objectief en significant verhoogd risico op overlijden in tijdens de concrete duur van het verzekeringscontract (artikel 7 KB; Verslag aan de Koning bij art. 6-8 KB).

2. Er blijven volgens sommige vertegenwoordigers niettemin knelpunten in de toepassing ervan in de praktijk.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers wijzen erop dat motivering die verzekeraars voor de weigering van de schuldsaldoverzekering of de voorgestelde bijpremie wegens het verhoogde overlijdensrisico overmaken aan de kandidaat-verzekeringnemer vaak op gebrekkige wijze gebeurt. Zo is naar hun mening die motivering soms beperkt tot een loutere vermelding "gezondheidsprobleem" of is er een volledig ontbreken van motivering. Naar hun ervaring wordt heel zelden uitvoerig uitgelegd hoe de verzekeraar tot een bepaalde

disposé à souscrire une assurance solde restant dû, il doit suivre la décision du BST.

E. Motivation de l'assureur et du BST par rapport à l'assuré

1. L'assureur et le BST doivent chacun motiver leur décision à l'égard du candidat-prenneur d'assurance conformément aux prescriptions légales (articles 7 et 15, §2 AR).

Le candidat-prenneur d'assurance peut demander des informations complémentaires auprès de l'assureur, ou à défaut par l'intermédiaire de son médecin traitant (articles 8-10 AR).

La Commission considère que cette motivation est un aspect important de la réglementation et que les dispositions légales sont suffisantes.

Selon les représentants des patients et des consommateurs, l'intention sous-jacente est de pouvoir, sur la base de la motivation, vérifier concrètement si les différents éléments servant à évaluer l'objectivité de la motivation, comme prévu par la législation anti-discrimination ont été pris en compte, en d'autres termes si la situation individuelle du candidat-assuré concerné implique effectivement un risque de décès objectivement et sensiblement accru pendant la durée spécifique du contrat d'assurance (article 7 AR ; Rapport au Roi en vertu de l'art. 6-8 AR).

2. Selon certains représentants, il subsiste néanmoins des problèmes dans leur mise en pratique.

Les représentants des patients et des consommateurs soulignent que les raisons données par les assureurs au candidat-prenneur d'assurance pour motiver leur refus de souscrire l'assurance solde restant dû ou la surprime proposée en raison d'un risque de décès accru sont souvent insuffisantes. Ils estiment ainsi que cette motivation se limite parfois à la simple mention de « problème de santé » ou est tout à fait inexistante. Selon leur expérience, l'assureur détaille très rarement la manière dont il calcule une surprime, le taux de survie/mortalité

bijpremie komt, op basis van welk overlevens-/mortaliteitscijfer in de studies het overlijdensrisico werd ingeschat, of op basis van welke cijfers iemand geweigerd wordt. Zeer vaak zijn de studies die meegestuurd worden helemaal niet toepasselijk voor het betreffende dossier.

Deze vertegenwoordigers wijzen erop dat ook de termijn waarin de kandidaat-verzekeringnemer een beslissing van de verzekeraar moet krijgen niet altijd gerespecteerd wordt.

Ook de Ombudsdienst stelt een toenemend aantal klachten met betrekking tot de schuldsaldoverzekeringen vast, waarvan een deel betrekking heeft op de motivering van de weigering of de bijpremie. Evenwel zijn de klachten over de motivering door het OBS slechts beperkt en zeker niet toenemend.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het niet eens met de kritiek van de vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers op de verzekeraars. Zij wijzen erop dat de wetgeving duidelijk bepaalt welke elementen de verzekeraars moeten opnemen in hun motivering en dat de verzekeraars dit naar best vermogen toepassen, op risico van blootstelling aan sancties. Zij menen dat het niet aan de verzekeraar is om de kandidaat-verzekerde te confronteren met soms erg harde sterftcijfers uit de studies. Een verzekeraar kent de kandidaat-verzekerde niet en kan niet inschatten in hoeverre deze hiermee kan omgaan.

Zij merken op dat er, bij hun weten, geen klachten zijn over de termijn waarbinnen een verzekeraar zijn beslissing meedeelt aan de kandidaat-verzekeringnemer en wijzen erop dat er wettelijke termijnen zijn vastgelegd die de verzekeraars zo goed als mogelijk proberen te respecteren.

3. De vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers hechten tevens groot belang aan de wijze waarop de beslissing van het OBS is gemotiveerd ten aanzien van de kandidaat-verzekeringnemer. Ook deze motivering moet naar hun mening voldoen aan dezelfde wettelijke vereisten en toelaten te beoordelen of de anti-discriminatiewetgeving is nageleefd. Naar hun

ressortant des études sur la base duquel il évalue le risque de décès, ou les chiffres sur la base desquels il refuse d'assurer quelqu'un. Très souvent, les études envoyées ne s'appliquent pas du tout au dossier en question.

Ces représentants soulignent aussi que la période au cours de laquelle le candidat-prenneur d'assurance doit recevoir une décision de l'assureur n'est pas toujours respectée.

Le Service de l'Ombudsman des assurances note également un nombre croissant de plaintes concernant les assurances solde restant dû, dont certaines concernent la motivation du refus ou de la surprime. En revanche, les plaintes du BST relatives à la motivation sont limitées et certainement pas en augmentation.

Les représentants des entreprises d'assurance ne partagent pas la critique émise à l'encontre des assureurs par les représentants des patients et des consommateurs. Ils signalent que la législation détermine clairement les éléments que les assureurs peuvent mentionner dans leur motivation et que les assureurs appliquent ces règles dans la limite de leurs possibilités, sous peine de s'exposer à des sanctions. Ils estiment qu'il ne revient pas à l'assureur de confronter parfois le candidat-assuré à la dure réalité des taux de mortalité révélés par les études. Un assureur ne connaît pas le candidat-assuré et ne peut pas estimer la mesure dans laquelle ce dernier peut faire face à ces informations.

Ils remarquent que, à leur connaissance, il n'y a pas de plaintes concernant la période au cours de laquelle un assureur communique sa décision au candidat-prenneur d'assurance et soulignent que des délais légaux ont été fixés, délais que les assureurs essaient de respecter au mieux.

3. Les représentants des patients et des consommateurs attachent également une grande importance à la manière dont le BST motive sa décision vis-à-vis du candidat-prenneur d'assurance. Selon eux, cette motivation devrait également répondre aux mêmes exigences juridiques et permettre d'évaluer le respect de la législation anti-discrimination. Ils estiment que le

mening is de beslissing van het OBS vaak nog te standaard geformuleerd.

De voorzitter van het OBS wijst erop dat het OBS het afgelopen jaar de motivering en wijze van mededeling van de beslissing aan de kandidaat-verzekeringnemer kritisch heeft herbekeken. De brief die het OBS verstuurt naar de kandidaat-verzekeringnemer, werd op meerdere punten aangepast om ze begrijpelijker en beter leesbaar te maken, doch ook om beter rekening te houden met mogelijke gevoeligheden bij de persoon in kwestie.

4. De Commissie is het erover eens dat de motivering vaak delicaat is en er telkens een juist evenwicht moet gevonden worden tussen de informatie die relevant is voor de kandidaat-verzekerde enerzijds en de vaak harde studies, gegevens en statistieken anderzijds.

Ingaan op de studies en de conclusies die hieruit naar voren kwamen, kan vaak erg confronterend zijn voor de betrokkene. Daarbij kennen de verzekeraars en de OBS de kandidaat-verzekerde niet echt en kunnen ze niet altijd uitmaken of en in hoeverre deze met deze soms erg confronterende informatie kan omgaan.

Met betrekking tot het OBS rijst tevens de vraag of een uitgebreidere en sterk geïndividualiseerde motivering door het OBS organisatorisch haalbaar is en in ieder geval kan dit de doorlooptijd van de dossiers doen oplopen.

5. Sommigen stellen vast dat een kandidaat-verzekeringnemer zelden de referenties naar de studies opvraagt bij een verzekeraar, zodat de vraag rijst of het wel nodig is dat het OBS de studies en statistieken automatisch zou moeten overmaken aan de kandidaat-verzekeringnemer.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers vinden echter dat de wettelijke motiveringsplicht inhoudt dat niet alleen de referenties van de gebruikte studies moeten worden vermeld, maar ook welke concrete cijfers hieruit worden gebruikt om tot de toegepaste oversterfte te komen. Zij vragen of er mogelijkheid bestaat dat de kandidaat-

BST formule souvent sa motivation de manière trop standard.

Le président du BST indique qu'au cours de l'année écoulée, le BST a revu d'un œil critique la motivation et le mode de communication de la décision au candidat-preneur d'assurance. La lettre envoyée par le BST au candidat-preneur d'assurance a été modifiée à plusieurs égards pour en faciliter la compréhension et la lecture, mais aussi pour mieux prendre en compte les éventuelles sensibilités de la personne concernée.

4. La Commission convient que la motivation est souvent délicate et qu'il faut toujours trouver le juste équilibre entre les informations pertinentes pour le candidat-assuré d'une part, et les études, données et statistiques souvent difficiles, d'autre part.

S'appuyer sur les études et les conclusions qui en découlent peut souvent s'avérer très conflictuel pour la personne concernée. Par ailleurs, les assureurs et le BST ne connaissent pas vraiment le candidat-assuré et ne peuvent pas toujours déterminer si et dans quelle mesure il est capable de faire face à ces informations parfois très conflictuelles.

En ce qui concerne le BST, la question se pose également de savoir si une motivation plus détaillée et plus individualisée est réalisable par le BST d'un point de vue organisationnel et, en tout état de cause, si cela risque d'augmenter le temps de traitement des dossiers.

5. Certains constatent qu'un candidat-preneur d'assurance demande rarement à un assureur les références des études, ce qui pose la question de la nécessité pour le BST de transmettre automatiquement les études et les statistiques au candidat-preneur d'assurance.

Les représentants des patients et des consommateurs considèrent cependant que l'obligation légale de motivation implique non seulement de mentionner les références des études utilisées mais également les chiffres concrets tirés de ces études qui ont servi à établir la surmortalité appliquée. Ils demandent s'il est possible que le candidat-preneur d'assurance, ou

verzekeringnemer, of zijn arts, voor bijkomende verduidelijking hieromtrent het OBS kan contacteren.

Het OBS wijst opnieuw op de wettelijk regeling inzake het verbod van contact tussen de kandidaat-verzekeringnemer en het OBS ten einde de onafhankelijkheid van het OBS en de leden te blijven garanderen, alsook op het vermijden van extra werklust.

Voorstel

De verzekeraars en het OBS dienen blijvend bijzondere aandacht te geven aan de motivering van hun beslissingen, conform de wettelijke vereisten, en aan de communicatie met de kandidaat-verzekeringnemer.

In het kader van haar toezicht, kan de FSMA de naleving van de motiveringsplicht door de verzekeringsondernemingen controleren (artikelen 42 ev. W.Verz.).

F. Medische vragenlijst, gezondheidsverklaring en andere vragenlijsten

Vooraleer een verzekeraar een medische vragenlijst gebruikt voor het afsluiten van enige schuldsaldoverzekering, moet deze worden goedgekeurd door het OBS (artikel 4 KB).

Deze vragenlijst moet voldoen aan de voorwaarden van de wetgeving op de privacy (artikel 5 KB) en andere wetgeving (o.m. wet patiëntenrechten, artikelen 58 en 61 W.Verz.).

1. Conformiteit van de medische vragenlijsten met de wetgeving

1. De Commissie is het eens dat de medische vragenlijsten in overeenstemming moeten zijn met alle wetgeving, en door het OBS en de FSMA toezicht moet worden uitgeoefend op de naleving ervan.

De vertegenwoordigers van de gebruikers verwijzen in dit kader tevens naar de artikelen 7 en 8 Charter Fundamentele rechten, artikel 8 EVRM en de Algemene Verordening gegevensbescherming (EU) 2016/679.

son médecin, puisse contacter le BST pour obtenir des éclaircissements à ce sujet.

Le BST renvoie encore une fois à la réglementation légale interdisant tout contact entre le candidat-preneur d'assurance et le BST afin de continuer à garantir l'indépendance du BST et ses membres, ainsi que d'éviter toute charge de travail supplémentaire.

Proposition

Les assureurs et le BST doivent continuer à accorder une attention particulière à la motivation de leurs décisions, conformément aux exigences légales, et à la communication avec le candidat-preneur d'assurance.

Dans le cadre de son contrôle, la FSMA peut vérifier que les entreprises d'assurance respectent l'obligation de motivation (articles 42 et suiv. L.Ass.).

F. Questionnaire médical, déclaration de santé et autres questionnaires

Avant qu'un assureur puisse utiliser un questionnaire médical pour conclure une éventuelle assurance solde restant dû, celui-ci doit être approuvé par le BST (article 4 AR).

Ce questionnaire doit respecter les principes de la loi relative à la protection de la vie privée (article 5 AR) et d'autres lois (e.a. la loi sur les droits des patients, articles 58 et 61 L.Ass.).

1. Conformité des questionnaires médicaux avec la législation

1. La Commission convient que les questionnaires médicaux doivent être conformes à toute la législation et doivent être contrôlés quant à leur conformité par le BST et la FSMA.

Dans ce contexte, les représentants des consommateurs se réfèrent également aux articles 7 et 8 de la Charte des droits fondamentaux, à l'article 8 de la CEDH et au

De Commissie is het eens dat het verbod op mededeling van genetische gegevens in de artikelen 58 en 61 W.Verz. impliceert dat familiale antecedenten niet worden opgevraagd noch mogen worden meegedeeld.

De vertegenwoordigers van de patiënten en van de gebruikers stellen vast dat er in de praktijk nog problemen zijn met vragen die te algemeen, te open, te subjectief verwoord en niet pertinent zijn, of zonder duidelijk verband met het overlijdensrisico. Ook wordt vastgesteld dat in secundaire vragenlijsten, die aan de behandelende arts van de kandidaat-verzekerde worden voorgelegd, soms wordt gevraagd naar bv. het beroep van de patiënt of naar familiale antecedenten.

De concrete medische vragen werden niet besproken.

De verschillende delegaties wachten de uitspraak af in de hangende rechtszaak waarin Testaankoop een vordering heeft ingesteld tegen enkele verzekeringsondernemingen betreffende de wettelijke conformiteit van bepaalde medische vragen voor schuldsaldoverzekeringen, en over de vraag of het verbod op mededeling van genetische gegevens ook impliceert dat een ziekte met een genetische oorsprong waaraan men reeds lijdt al dan niet moet worden meegedeeld.

2. Er bestaat onduidelijkheid over de zgn. life style-vragen (ivm beroep, reizen, hobby's, ...). Krachtens artikel 5 mogen in de medische vragenlijst de vragen in geen geval verwijzen naar de strikte privé aspecten van het leven van de kandidaat-verzekerde.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers menen dat sommige verzekeraars dit omzeilen door deze vragen in een aparte lijst, het zogenaamde niet-medische luik, te verwerken. Zij betwisten niet dat de verzekeraar een recht heeft zich te informeren maar daar tegenover staat het recht van de verzekerde op bescherming van de privacy waarover het Grondwettelijk Hof overwoog dat "de wetgever met de gedragscode

La Commission convient que l'interdiction de divulguer des données génétiques prévue dans les articles 58 et 61 L.Ass. implique que les antécédents familiaux ne peuvent pas être demandés ou communiqués.

Les représentants des patients et des consommateurs constatent que, dans la pratique, il subsiste des problèmes avec des questions formulées de manière trop générale, trop ouverte et trop subjective et qui ne sont pas pertinentes ou sans lien clair avec le risque de décès. Il est également constaté que les questionnaires secondaires soumis au médecin traitant du candidat-assuré comportent parfois des questions concernant la profession du patient ou ses antécédents familiaux.

Les questions médicales spécifiques n'ont pas été discutées.

Les différentes délégations attendent le jugement dans la procédure judiciaire pendante dans laquelle Test-Achats a intenté une action contre certaines entreprises d'assurance concernant la conformité juridique de certaines questions médicales pour l'assurance solde restant dû, et sur la question de savoir si l'interdiction de divulgation de données génétiques implique également qu'une maladie d'origine génétique dont on souffre déjà doit être communiquée.

2. Il y a un manque de clarté sur les questions liées au style de vie (profession, voyages, hobbies, etc.). Conformément à l'article 5, le questionnaire médical ne peut en aucun cas faire référence à des aspects strictement privés de la vie du candidat-assuré.

Les représentants des patients et des consommateurs estiment que certains assureurs contournent cette règle en incluant ces questions dans une liste distincte : le volet non médical. Ils ne contestent pas que l'assureur a le droit de s'informer mais considèrent que face à ce droit s'oppose le droit de l'assuré à la protection de sa vie privée, au sujet duquel la Cour constitutionnelle a considéré que « en prévoyant

en de standaard medische vragenlijst, in eerste instantie het recht op eerbiediging van het privéleven van de kandidaat-verzekerden heeft willen waarborgen" (GwH 10 november 2011, nr. 166/2011, punt B.16.5).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er daarentegen op dat bepaalde hobby's (sporten), beroepen en buitenlandse verblijven een belangrijke impact kunnen hebben op het overlijdensrisico van de kandidaat-verzekerde. De wetgeving mag een verzekeraar niet verhinderen een correcte beoordeling van het te verzekeren risico te maken (hetgeen het Grondwettelijk Hof bevestigde). Bovendien zal naar hun mening een algemeen verbod op het stellen van life style-vragen tot meer uitsluitingen in de polisvoorwaarden leiden en dus tot een beperktere verzekeringsdekking voor verzekerden. Eerder dan bepaalde hobby's, beroepen of buitenlandse verblijven algemeen uit te sluiten in de polis, verkiezen verzekeraars om deze toch te proberen verzekeren, desgevallend met een bijpremie. Omgekeerd kunnen personen die bijvoorbeeld regelmatig sporten bij bepaalde verzekeraars net genieten van een lagere premie.

2. Goedkeuring van de medische vragenlijst door het OBS

1. Het OBS heeft tevens als opdracht de medische vragenlijsten die verzekeraars gebruiken in de schuldsaldoverzekeringen goed te keuren alvorens ze deze kunnen gebruiken (artikel 5 KB).

De voorzitter van het OBS licht toe dat na een grondige analyse en bespreking het OBS een modelvragenlijst uitgewerkt heeft die unaniem, ook door de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten, werd goedgekeurd zonder voorbehoud. De door de verzekeraars voorgelegde vragenlijsten worden getoetst aan dit model. Dit modelvragenlijst is echter niet rigide en wordt waar nodig aangepast aan de medische evoluties. Recent heeft het OBS de vragenlijsten van de verzekeraars opnieuw opgevraagd voor een nieuwe evaluatie. Bij de beoordeling van de vragen geeft het OBS steeds bijzondere aandacht aan de vereiste van pertinentie en proportionaliteit en het verbod van

un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé, le législateur a en premier lieu voulu garantir le droit au respect de la vie privée des candidats à l'assurance.» (C.const. 10 novembre 2011, n° 166/2011, point B.16.5).

En revanche, les représentants des entreprises d'assurance soulignent que certains hobbies (sports), certaines professions et certains voyages à l'étranger peuvent avoir un impact significatif sur le risque de décès du candidat-assuré. La législation ne devrait pas empêcher un assureur d'évaluer correctement le risque à assurer (ce que la Cour Constitutionnelle a confirmé). En outre, l'interdiction générale de poser des questions liées au style de vie entraînera davantage d'exclusions dans les conditions de la police et donc une couverture d'assurance plus limitée pour les assurés. Plutôt que d'exclure généralement certains hobbies, professions ou séjours à l'étranger dans la police, les assureurs tentent de les assurer, le cas échéant avec une surprime. Inversement, les personnes qui, par exemple, pratiquent un sport régulièrement peuvent bénéficier d'une prime moins élevée chez certains assureurs.

2. Approbation du questionnaire médical par le BST

1. Le BST a également pour tâche d'approuver les questionnaires médicaux que les assureurs utilisent dans le cadre des assurances solde restant dû avant qu'ils ne puissent les utiliser (article 5 AR).

Le président du BST explique qu'après une analyse approfondie et après discussion, le BST a élaboré un questionnaire-type qui a été approuvé à l'unanimité et sans réserve, y compris par les représentants des patients et des consommateurs. Les questionnaires soumis par les assureurs sont testés par rapport à ce modèle. Cependant, ce questionnaire-type n'est pas rigide et est adapté, au besoin, en fonction des évolutions médicales. Récemment, le BST a de nouveau demandé les questionnaires des assureurs pour une nouvelle évaluation. Lors de son évaluation des questions, le BST accorde toujours une attention particulière à l'exigence de pertinence et de proportionnalité et à

genetische informatie. De artsen in het OBS hebben de competenties om deze medische vragenlijsten te beoordelen. De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer werd regelmatig bevraagd maar beperkt zich in haar antwoorden tot algemene richtlijnen. Bovendien benadrukt de voorzitter dat alle opmerkingen op het model medische vragenlijst steeds via de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten ter bespreking in het OBS kunnen worden voorgelegd.

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers blijven op basis van hun informatie de mening toegedaan dat de medische vragenlijsten die het OBS goedkeurt in feite, behoudens enkele aanpassingen, inhoudelijk niet anders zijn dan een overname van de standaardmedische vragenlijst die Assuralia in 2009 opstelde en later aanpaste (in het kader van een in 2013 aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer voorgelegd systeem van medische herevaluatie, SCSZG/12/382, nr. 13/009, 13 januari 2013). Zij verwijzen hiervoor tevens naar het jaarverslag van het OBS van 2015 dat vermeldt: “de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen, Assuralia, diende een sectorale vragenlijst in, die met de nodige aanpassingen werd goedgekeurd”. Bovendien zijn deze vertegenwoordigers van mening dat de medische vragenlijst voor schuldsaldoverzekering van Assuralia een verboden besluit is in de zin van artikel 101, 1 Verdrag Werking Europese Unie, aangezien deze naar hun mening door het OBS en door de verzekeraars als de standaard-norm wordt beschouwd en toegepast. Het algemeen gebruik van de medische vragenlijst van Assuralia leidt volgens hen eveneens tot uniformisering van de voorwaarden van de medische screening en risicoselectie door de verzekeraars, hetgeen de verzekeraars zou beperken om in de aangeboden voorwaarden rekening te houden met de eigenheid van hun (commercieel) acceptatiebeleid en de keuze voor de verzekeringnemers zou verminderen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiënten benadrukken dat de medische gegevens de harde kern zijn van het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (GwH 10 november 2011, nr. 166/2011, B.16.5,

l'interdiction concernant les informations génétiques. Les médecins du BST ont les compétences pour évaluer ces questionnaires médicaux. La Commission de la protection de la vie privée a été régulièrement interrogée mais se limite dans ses réponses à des directives générales. En outre, le président souligne que toutes les remarques portant sur le questionnaire médical type peuvent toujours être soumises pour discussion au sein du BST par l'intermédiaire des représentants des patients et des consommateurs.

Certains représentants des consommateurs maintiennent sur la base des informations dont ils disposent que, hormis quelques adaptations, le contenu des questionnaires médicaux approuvés par le BST ne fait que reprendre le questionnaire médical standardisé qu'Assuralia a établi en 2009 et adapté par la suite (dans le cadre d'un système de réévaluation médicale soumis en 2013 à la Commission de protection de la vie privée, CSSSS/12/382, n° 13/009, 13 janvier 2013). Ils renvoient également au rapport annuel du BST de 2015 qui mentionne que : « *L'union professionnelle des entreprises d'assurance, Assuralia, a introduit un questionnaire médical sectoriel, qui a été approuvé moyennant quelques adaptations* ». En outre, ces représentants estiment que le questionnaire médical d'Assuralia relatif à l'assurance solde restant dû est une décision interdite au sens de l'article 101, 1 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, étant donné que le BST et les assureurs le considèrent et l'appliquent comme étant la norme standard. Selon eux, l'usage généralisé du questionnaire médical d'Assuralia entraîne également l'uniformisation des conditions du screening médical et de la sélection du risque par les assureurs, ce qui limiterait leurs possibilités de tenir compte de la spécificité de leur politique (commerciale) d'acceptation dans les conditions offertes et réduirait le choix pour les preneurs d'assurance.

Les représentants des consommateurs et des patients soulignent que les données médicales constituent le noyau dur du droit à la protection de la vie privée (C. const. 10 novembre 2011, n° 166/2011, B.16.5, articles 7, 8 et 52, 1 CEDH); ce

artikelen 7, 8 en 52,1 EVRM), hetgeen voor hen inhoudt dat de verzekeraar moet aantonen dat de vraag noodzakelijkheid en proportioneel is en betrekking heeft op een risico op overlijden in de duurtijd van de overeenkomst.

Volgens vertegenwoordigers van de verbruikers merkte de Commissie privacy op dat de naleving van deze criteria van de vragen een taak is van het OBS.

Met betrekking tot het punt van de conformiteit van het model medische vragenlijst van het OBS met de reglementering, wacht de Commissie eveneens de uitspraak in voormelde hangende rechtszaak af (zie *supra*, V, F.1.1).

2. Het OBS heeft in bepaalde dossiers vastgesteld dat de erin opgenomen medische vragenlijst geen of onvoldoende rekening hield met de door het OBS gevraagde aanpassingen. Het OBS vraagt in die gevallen met aandring aan de betrokken verzekeraar om de vragenlijst alsnog aan te passen. Wanneer hieraan geen gehoor wordt gegeven, licht het OBS de FSMA in met het verzoek de nodige maatregelen te nemen tegen de betrokken verzekeringsonderneming.

Het OBS beschikt zelf niet over de bevoegdheid om de effectieve naleving af te dwingen.

De Commissie is het erover eens dat er streng moet worden toegezien op de naleving van de door het OBS gevraagde aanpassingen van de medische vragenlijst en benadrukt de rol die de FSMA daarin kan spelen.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten vragen dat aan het OBS meer mogelijkheden worden toegekend om op te treden tegen verzekeraars die hun medische vragenlijst niet correct aanpassen. Zij vragen tevens meer transparantie over de goedkeuring die een medische vragenlijst al dan niet heeft gekregen, bv. via publicatie op de website van het OBS van de verzekeraars die zich niet aan de regels houden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat het niet aan het OBS toekomt om verzekeraars te sanctioneren via een dergelijke publicatie.

qui implique que l'assureur doit démontrer que la question est nécessaire et proportionnelle et se rapporte à un risque de décès pendant la durée du contrat.

Selon des représentants des consommateurs, la Commission Vie privée fait observer que le respect de ces critères des questions incombait au BST.

S'agissant du point de la conformité du questionnaire médical type du BST avec la réglementation, la Commission attend aussi le jugement dans la procédure judiciaire pendante précitée (voir *supra*, V, F.1.1).

2. Le BST a constaté dans certains dossiers que le questionnaire médical qui y était inclus ne tenait pas ou insuffisamment compte des ajustements demandés par le BST. Dans ces cas de figure, le BST demande instamment à l'assureur concerné que le questionnaire soit modifié. Lorsqu'il n'y est pas donné suite, le BST en informe la FSMA et lui demande de prendre les mesures qui s'imposent à l'encontre de l'entreprise d'assurances concernée

Le BST lui-même n'a pas le pouvoir d'imposer une mise en œuvre effective.

La Commission convient qu'il est nécessaire de procéder à un contrôle strict du respect des demandes d'adaptation du questionnaire médical demandées par le BST et souligne le rôle que la FSMA peut jouer à cet égard.

Les représentants des patients et des consommateurs demandent à ce que le BST dispose des moyens d'agir contre les assureurs qui n'adaptent pas correctement leur questionnaire médical. Ils demandent également une plus grande transparence sur l'approbation dont un questionnaire médical a déjà bénéficié au non, p. ex. en publiant sur le site Internet du BST le nom des assureurs qui ne respectent pas les règles.

Les représentants des entreprises d'assurance estiment qu'il n'appartient pas au BST de sanctionner les assureurs par le biais d'une telle publication.

De Commissie wijst erop dat de FSMA er dient op toe te zien dat de wetgeving correct wordt nageleefd en gepast dient te reageren indien dat niet het geval zou zijn.

Voorstel

Het OBS dient er blijvend op toe te zien dat verzekeringsondernemingen hun medische vragenlijsten aanpassen aan de beslissing van het OBS.

De FSMA dient er op toe te zien dat de wetgeving correct wordt nageleefd en dient gepast te reageren indien dat niet het geval zou zijn.

Verder overleg tussen de OBS en de FSMA om dit toezicht nog performanter te organiseren.

3. Eén medische vragenlijst of iedere verzekeraar eigen medische vragenlijst?

De wettelijke regeling laat iedere schuldsaldoverzekeraar vrij om al dan niet een medische vragenlijst te gebruiken, alsook om zijn eigen medische vragenlijst te gebruiken (mits goedkeuring door het OBS).

De vertegenwoordigers van de patiënten pleiten voor het gebruik van één gemeenschappelijke medische vragenlijst zonder bijlagen, of minstens één set van medische vragen waaruit de verzekeraar kan kiezen, die door het OBS goedgekeurd wordt.

Zij zien hierin een oplossing voor de hoger gemelde problemen, ten einde te garanderen dat de vragenlijsten in de toekomst voldoen aan de wettelijke voorwaarden en discussies hierover worden vermeden. Bovendien zou de controle op de naleving ervan door het OBS en de FSMA hierdoor performanter kunnen gebeuren.

Het ontwerp van deze gemeenschappelijke medische vragenlijst moet dan volgens hen worden voorgelegd aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, om na te gaan of de vragenlijst te verzoenen valt met de privacywetgeving en aan enkele onafhankelijke artsen (eventueel via de Hoge Gezondheidsraad of FOD Volksgezondheid) die de medische relevantie van de vragen voor het overlijdensrisico kunnen nagaan.

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers en een vertegenwoordiger van de patiënten

La Commission souligne que la FSMA doit veiller au respect de la législation et est tenue de prendre les mesures appropriées si ce n'est pas le cas.

Proposition

Le BST doit veiller en permanence à ce que les entreprises d'assurances adaptent leurs questionnaires médicaux en fonction de la décision du BST.

La FSMA doit veiller au respect de la législation et est tenue de prendre les mesures appropriées si ce n'est pas le cas.

Prévoir davantage de consultations entre le BST et la FSMA pour organiser encore plus efficacement ce contrôle.

3. Un seul questionnaire médical pour tous ou un questionnaire médical par assureur ?

La législation laisse à chaque assureur solde restant dû le libre choix d'utiliser ou non un questionnaire médical, ainsi que d'utiliser son propre questionnaire médical (sous réserve d'approbation par le BST).

Les représentants des patients plaident en faveur de l'utilisation d'un questionnaire médical commun sans annexes, ou au moins d'un ensemble de questions médicales approuvées par le BST parmi lesquelles l'assureur peut choisir.

Ils y voient une solution aux problèmes susmentionnés, afin de s'assurer que les questionnaires répondent aux exigences légales à l'avenir et d'éviter les discussions sur le sujet. De plus, cela permettrait au BST et à la FSMA d'exercer un contrôle plus efficace quant à la conformité.

Selon eux, l'ébauche de ce questionnaire médical commun doit ensuite être soumise à la Commission de la protection de la vie privée afin de vérifier si le questionnaire peut être concilié avec la législation sur la vie privée, et à un certain nombre de médecins indépendants (éventuellement via le Conseil supérieur de la santé ou le SPF Santé publique) pouvant vérifier la pertinence médicale des questions pour le risque de décès.

Certains représentants des consommateurs et un représentant des patients rappellent que, selon

herhalen dat, volgens hen, de Commissie privacy van mening is dat deze beoordelingsbevoegdheid bij het OBS ligt en ze wijzen op de aan de Koning toegekende bevoegdheid tot het regelen van de medische vragenlijsten in artikel 212, §2 W.Verz.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsonderneming gaan niet akkoord met het voorstel om alle verzekeraars te verplichten om één gemeenschappelijke medische vragenlijst, of één set van medische vragen te gebruiken. Elke verzekeraar dient naar hun mening vrij te kunnen beslissen welke vragen hij al dan niet nodig acht om het risico correct te kunnen beoordelen, onder meer rekening houdend met het beleid dat hij wenst te voeren. Verzekeraars moeten zich van elkaar kunnen (blijven) onderscheiden in de wijze waarop zij risico's accepteren. De verschillen in het acceptatiebeleid van de verzekeraars garandeert een grotere concurrentie die net leidt tot een grotere verzekeraarbaarheid.

Zij vragen ook aandacht voor de nieuwe evolutie van 'statische' vragenlijsten naar 'dynamische' elektronische acceptatiesystemen. Via zulke acceptatiesystemen proberen verzekeraars het aanvragen van een verzekering klantvriendelijker te laten verlopen en proberen zij in te spelen op de steeds toenemende (vraag naar) digitalisering. Deze acceptatiesystemen zijn zeer gesofisticeerd en hebben tot doel om, aan de hand van een opeenvolging van laagdrempelige vragen (principe van een 'boomstructuur'), het te verzekeren risico zo precies mogelijk te beoordelen en zoveel mogelijk personen 'in één beweging' een verzekering te verlenen (zonder specifieke info te hoeven opvragen bij een arts of de persoon een medisch onderzoek te laten ondergaan). Ze leiden ertoe dat verzekeraars méér kandidaat-verzekerden sneller een verzekeringsaanbod kunnen doen. De doorlooptijd voor de kandidaat-verzekerde wordt via deze weg ook sterk ingekort.

Het opleggen van één gemeenschappelijke medische vragenlijst zou, volgens hen, de doodsteek betekenen voor dergelijke innovatieve systemen die heel wat voordelen hebben voor klanten (digitaal en sneller afsluiten van een verzekering, vermijden van overbodige vragen, ...) en zou de betrokken verzekeraars die hierin

eux, la Commission Vie privée est d'avis que cette compétence d'appréciation appartient au BST et ils renvoient au pouvoir accordé au Roi, à l'article 212, § 2 L.Ass, de régler l'utilisation des questionnaires médicaux.

Les représentants des entreprises d'assurance n'approuvent pas la proposition d'obliger tous les assureurs à utiliser un questionnaire médical commun ou une série de questions médicales. Selon eux, chaque assureur doit être libre de décider des questions qu'il juge nécessaires pour évaluer correctement le risque, en tenant compte, entre autres, de la politique qu'il souhaite mener. Les assureurs doivent (continuer à) pouvoir se distinguer les uns des autres dans la manière dont ils acceptent les risques. Les différences dans la politique d'acceptation des assureurs garantissent une plus grande concurrence entraînant une plus grande assurabilité.

Ils attirent également l'attention sur la nouvelle évolution des questionnaires « statiques » vers des systèmes d'acceptation électroniques « dynamiques ». Grâce à de tels systèmes d'acceptation, les assureurs tentent de rendre les demandes d'assurance plus conviviales pour les clients et de répondre à la (demande de) numérisation toujours croissante. Ces systèmes d'acceptation sont très sophistiqués et visent à évaluer le plus précisément possible le risque à assurer sur la base d'une série de questions à bas seuil (principe de « l'arborescence ») et à assurer le plus grand nombre possible de personnes « en un seul geste » (sans devoir demander des informations spécifiques à un médecin ou faire passer un examen médical à la personne). Ils permettent aux assureurs de proposer plus rapidement une offre d'assurance aux candidats-preneurs d'assurance. Cela réduit considérablement les délais pour le candidat-assuré.

L'imposition d'un seul questionnaire médical commun serait, selon eux, le coup de grâce de ces systèmes innovants, qui présentent de nombreux avantages pour les clients (souscrire une assurance électroniquement et plus rapidement, éviter des questions inutiles, etc.) et se traduirait

geïnvesteed hebben met een enorm verlies opzadelen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat er in het OBS voldoende (medische) expertise aanwezig is om de pertinentie van de vragen te beoordelen.

Wat betreft de consultatie van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, wordt door de voorzitter van het OBS gewezen op de ervaring dat de antwoorden vaak algemene zijn. Deze Commissie privacy kan algemene richtlijnen geven maar de vraag rijst of zij de mogelijkheid heeft om voor iedere vraag uit de medische vragenlijst de pertinentie te beoordelen op basis van studies en andere gegevens.

4. “Le droit à l’oubli” (“recht om te vergeten”) naar Frans recht

1. De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers stellen voor om de Belgische regeling aan te vullen met een maatregel gelijkaardig aan het zgn. “le droit à l’oubli” in de Franse regeling van de Convention AERAS (S’Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Deze Convention heeft tot doel om de toegang tot de schuldsaldoverzekering (l’assurance emprunteur) te verhogen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico en is onderschreven door bank- en kredietinstellingen en de beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen (ingevoerd in 2015, <http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>). Zij wijzen erop dat deze Convention haar oorsprong vindt in de Convention pour l’assurabilité des personnes séropositives, opgesteld in 1991 om seropositieve personen de mogelijkheid te geven een schuldsaldoverzekering af te sluiten tot dekking van een lening voor de aankoop van een onroerend goed in geval van overlijden. Deze Convention is geleidelijk aan uitgebreid en recent werd een “grille de référence” aangenomen op 30 maart 2017 (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>).

Deze vertegenwoordigers verwijzen in het bijzonder naar het zgn. “le droit à l’oubli” (“recht

par d’énormes pertes pour les assureurs qui ont investi dans ces systèmes.

Les représentants des entreprises d’assurance estiment qu’une expertise (médicale) suffisante est présente au sein du BST pour apprécier la pertinence des questions.

En ce qui concerne la consultation de la Commission de la protection de la vie privée, le président du BST note que l’expérience a montré que les réponses sont souvent d’ordre général. La Commission vie privée peut publier des lignes directrices générales sur la vie privée, mais la question se pose de savoir si elle a la possibilité d’évaluer la pertinence de chaque question du questionnaire médical sur la base d’études et d’autres données.

4. Le « droit à l’oubli » en droit français

1. Les représentants des patients et des consommateurs proposent que la réglementation belge soit complétée par une mesure similaire à ce qu’on appelle « le droit à l’oubli » dans la réglementation française de la Convention AERAS (S’Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Cette convention a pour objectif d’accroître l’accès à l’assurance solde restant dû (l’assurance emprunteur) pour les personnes présentant un risque accru de santé et a été souscrite par des institutions bancaires et de crédit ainsi que par l’association professionnelle des entreprises d’assurance (convention introduite en 2015, <http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>). Ils soulignent que cette convention trouve son origine dans la « Convention pour l’assurabilité des personnes séropositives », établie en 1991 pour donner la possibilité aux personnes séropositives de conclure une assurance solde restant dû couvrant l’emprunt destiné à l’achat d’un bien immobilier en cas de décès. Cette convention a été étendue progressivement et une « grille de référence » a été adoptée le 30 mars 2017 (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>).

Ces représentants renvoient en particulier au « droit à l’oubli » (« recht om te vergeten »)

om te vergeten”) in deze Convention, dat inhoudt (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/le-droit-a-loubli.html>):

- mits aan welbepaalde voorwaarden is voldaan, moet een persoon bij het aanvragen van een schuldsaldoverzekering niet meer meedelen aan de verzekeraar dat hij aan kanker heeft geleden;
- een “grille de référence de pathologies”, zijnde een lijst van kanker – en andere chronische aandoeningen waarvoor de verzekeraar, na bepaalde termijnen afhankelijk van de pathologie, aan de personen die hieraan lijden of hebben geleden, een verzekering aanbiedt zonder bijpremie of uitsluiting, of aan voorwaarden die de basisvoorwaarden benaderen (recente versie 30 maart 2017).

Volgens hen voorziet de Convention AREAS een plafonnering van de bijpremie onder voorwaarden van inkomen in functie van de totale effectieve rentevoet van de lening, zonder dat de bijpremie 125 % moet bedragen. Volgens hen kregen in Frankrijk in 2015 3, 9% van de kandidaat-verzekerden een bijpremie en zouden 15% een verhoogd gezondheidsrisico vertegenwoordigen waarvan 97, 3% een verzekeringsvoorstel zou hebben ontvangen. Aldus zouden 99,99% van de kandidaat-verzekerden een verzekeringsvoorstel tot dekking van het overlijdensrisico hebben ontvangen.

Volgens deze vertegenwoordigers betreft de Franse regeling van dit zgn. “le droit à l’oubli” (“recht om te vergeten”) twee van de belangrijkste doodsoorzaken, met name kanker als eerste doodsoorzaak bij de mannen en als tweede doodsoorzaak bij de vrouwen. Zij wijzen er op dat het risico op overlijden door kanker jaar na jaar daalt en de personen die getroffen worden door kanker steeds langer leven (het overleven na 5 jaar zou voor mannen gestegen zijn met 5% en voor vrouwen met 3%), mede door betere en adequatere diagnostische technieken en de langere levensverwachting zal door de nieuwe behandelingsmethodes enkel nog toenemen. Dit “le droit à l’oubli” (“recht om te vergeten”) is naar hun mening bijgevolg gesteund op deze ontwikkelingen in preventie – en

contenu dans cette convention (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/le-droit-a-loubli.html>), qui implique ce qui suit :

- pour autant que certaines conditions soient remplies, une personne ne doit plus communiquer à l’assureur, lors de la demande d’une assurance solde restant dû, qu’elle a précédemment souffert d’un cancer ;
- une grille de référence de pathologies (c.-à-d. une liste de pathologies comme le cancer ou d’autres affections chroniques) pour lesquelles l’assureur propose, après certains délais en fonction de la pathologie, une assurance aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert, sans surprime ni exclusion, ou à des conditions proches des conditions de base (dernière version 30 mars 2017).

Selon eux la Convention AERAS prévoit un plafonnement des surprimes sous conditions de ressources en fonction du taux effectif global de l’emprunt, sans que la surprime ne doive atteindre 125 %. En France, 3,9 % des candidats-assurés ont reçu une surprime en 2015, 15 % présenteraient un risque de santé accru et 97,3 % d’entre eux auraient reçu une proposition d’assurance. Ainsi, 99,99 % des candidats-assurés auraient reçu une proposition d’assurance couvrant le risque de décès.

Selon ces représentants, la réglementation française du « droit à l’oubli » concerne deux grandes causes de décès, à savoir le cancer comme première cause chez les hommes et deuxième cause chez les femmes. Ils indiquent que le risque de décès par cancer baisse d’année en année et que les personnes touchées vivent de plus en plus longtemps (le taux de survie à 5 ans aurait augmenté de 5 % pour les hommes et de 3 % pour les femmes), ce qui s’explique en partie par des techniques de diagnostic plus performantes et plus adéquates. Du reste, cette espérance de vie ne fera que s’accroître grâce aux nouvelles méthodes de traitement. Par conséquent, ils estiment que le droit à l’oubli s’appuie sur les progrès réalisés dans les

behandelingstechnieken. Deze situatie is volgens hen dezelfde voor België.

2. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen hebben ernstige bedenkingen bij het voorstel om in België een "droit à l'oubli" ("recht om te vergeten") naar het voorbeeld van de Franse Convention AERAS in te voeren. Het feit dat een kandidaat-verzekerde na een aantal jaren geen melding meer hoeft te maken van zijn kankerverleden, zelfs al wordt men al een geruime periode beschouwd als 'kankervrij', is niet in overeenstemming met de wettelijke verplichting van de kandidaat-verzekerde om alle gegevens mee te delen aan zijn verzekeraar die van invloed zijn op de risicobeoordeling. Zij wijzen erop dat de Belgische en de Franse regeling ieder op eigen wijze de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd risico beogen te verhogen. De Belgische regeling voorziet in enkele maatregelen die niet bestaan in de Franse regeling (herbeoordeling van bijpremies, begrenzing van eender welke bij premie hoger dan 125% zonder enige andere voorwaarden hieraan te koppelen, ...), om te garanderen dat de (ex-)kankerpatiënten (correct) verzekerd kunnen worden. Beide reglementeringen kunnen niet zomaar vergeleken worden.

Zij vragen zich ernstig af in hoeverre de invoering van deze maatregel in de Belgische regeling, bovenop alle reeds genomen maatregelen, nog een noemenswaardig effect zou hebben voor de kandidaat-verzekerde en bovendien verantwoord kan worden vanuit een kosten-baten oogpunt. Het loutere feit van mededeling aan de verzekeraar dat men aan kanker heeft geleden, hoeft niet noodzakelijkerwijs tot een negatieve beslissing te leiden. Zelfs in geval dit toch zou leiden tot een bij premie of een weigering, voorziet het huidige recht reeds in een uitgebreide bescherming van (ex)kankerpatiënten om maximaal te garanderen dat zij (correct) verzekerd kunnen worden. Zij kunnen immers hierover een herbeoordeling vragen bij het OBS dat op basis van de meest recente studies de beslissing zal herevalueren.

Zij wijzen er tevens op dat ook onder de Franse regeling niet iedereen verzekeraar is. Indien de overheid desondanks zou overwegen om een dergelijk systeem in te voeren, dringen zij erop

techniques de prévention et de traitement. Cette situation est selon eux la même en Belgique.

2. Les représentants des entreprises d'assurances émettent de sérieuses réserves quant à la proposition d'introduire un « droit à l'oubli » en Belgique, à l'instar de la Convention française AERAS. Le fait qu'un candidat-assuré ne soit plus tenu de mentionner ses antécédents de cancer après un certain nombre d'années, même s'il est considéré comme guéri du cancer depuis une longue période, est en contradiction avec l'obligation légale du candidat-assuré de communiquer à son assureur tous les éléments susceptibles d'influencer l'évaluation du risque. Ils soulignent que les réglementations belge et française visent chacune à leur manière à accroître l'accès à l'assurance solde restant dû pour les personnes avec un risque accru. La réglementation belge prévoit un certain nombre de mesures qui n'existent pas dans la réglementation française (réévaluation des surprimes, plafonnement de toute surprime supérieure à 125 % sans lien avec d'autres conditions, ...) afin de garantir que les (anciens) patients cancéreux puissent être (correctement) assurés. Les deux réglementations ne sont tout simplement pas comparables.

Ils se demandent sérieusement en quoi l'introduction de cette mesure dans la législation belge, en plus de toutes les mesures déjà prises, aurait un effet notable pour le candidat-assuré et pourrait être justifiée du point de vue des coûts-bénéfices. Le simple fait de communiquer à l'assureur qu'on a souffert d'un cancer ne doit pas nécessairement entraîner une décision négative. Même dans le cas où cela entraînerait une surprime ou un refus, le droit actuel prévoit déjà une protection étendue afin de garantir au maximum que les (anciens) patients cancéreux puissent être (correctement) assurés. Ils peuvent en effet demander une réévaluation de leur dossier auprès du BST qui l'examinera en s'appuyant sur les études les plus récentes.

Ils soulignent également que tout le monde n'est pas assurable non plus sous la réglementation française. Si le gouvernement envisageait néanmoins d'introduire un tel système, ils

aan dat dit grondig onderzocht en medisch gefundeerd wordt. Zo kunnen er zich bijvoorbeeld voor sommige kankeraandoeningen, zelfs na een periode van 10 jaar, complicaties manifesteren die een belangrijke impact kunnen hebben op het overlijdensrisico.

Om gelijkaardige redenen kunnen deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen niet akkoord gaan met de invoering in België van een "grille de référence" voor bepaalde (kanker)aandoeningen. Het begrenzen van de bijpremie voor bepaalde categorieën van (kanker)aandoeningen zou de verzekeraar verhinderen om een correcte premie te vragen die aangepast is aan de individuele situatie van de kandidaatverzekerde (en naargelang het geval hoger of lager kan zijn dan deze die de "grille de référence" als bijpremie naar voren schuift). De kandidaat-verzekerde kan naar huidig Belgisch recht de voorgestelde bijpremie laten herevalueren door het OBS, wat de garantie biedt van een correcte premie. Bovendien zorgt het compensatiemechanisme ervoor dat elke bijpremie hoger dan 125% wordt begrensd, zonder andere voorwaarden hieraan te koppelen (wat het geval is in de Franse Convention AERAS). Dergelijke mechanismen bestaan niet (op dezelfde wijze) in de Franse reglementering.

G. Compensatiekas

De artikelen 220 en 223 W.Verz. regelen de oprichting en tussenkomst van een Compensatiekas.

1. Drempel 125 %

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

Betreffende de verschillende standpunten inzake de interpretatie van de begrippen basispremie en bijpremie en de impact ervan op de toegang tot

insistent voor qu'il fasse l'objet d'une enquête approfondie et qu'il soit fondé sur des bases médicales. Par exemple, des complications peuvent survenir pour certains cas de cancer, même après une période de 10 ans, ce qui peut avoir un impact significatif sur le risque de décès.

Pour des raisons similaires, ces représentants des entreprises d'assurance ne peuvent approuver l'introduction en Belgique d'une « grille de référence » pour certaines affections (cancéreuses). Le plafonnement de la surprime pour certaines catégories d'affections (cancéreuses) empêcherait l'assureur de demander une prime correcte, adaptée à la situation individuelle du candidat-assuré (qui, selon le cas, peut être supérieure ou inférieure au montant présenté comme étant une surprime dans cette grille de référence). Dans le droit belge, le candidat-assuré peut faire réévaluer la surprime proposée par le BST, ce qui offre la garantie d'une prime correcte. En outre, grâce au mécanisme de compensation, toute surprime supérieure à 125 % est plafonnée sans lui lier d'autres conditions (ce qui est le cas dans la Convention française AERAS). De tels mécanismes n'existent pas (de la même manière) dans la réglementation française.

G. Caisse de compensation

Les articles 220 et 223 L.Ass. réglementent la création et l'intervention de la Caisse de compensation.

1. Seuil de 125 %

Concernant le seuil d'intervention de la Caisse de compensation, l'article 28 AR prévoit ce qui suit : *« La Caisse de compensation intervient si la surprime réclamée s'élève à plus de 125 % de la prime de base, sans que son intervention ne puisse dépasser 800 % de la prime de base ».*

Concernant les différents points de vue sur l'interprétation des concepts de prime de base et de surprime et leur impact sur l'accès à la Caisse

de Compensatiekas (zie *supra* V.C. Het begrip basispremie en bijpremie).

De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers wijzen erop dat deze regeling van de compensatiekas tot doel heeft om te komen tot een betaalbare premie. Ondanks de drempel van 125% voor toegang tot de Compensatiekas, zijn er naar hun mening nog veel verschillen in de premies aangerekend aan enerzijds "gezonde" en anderzijds "minder gezonde" personen. Zo is er volgens hen in veel gevallen meer dan 10.000 euro premieverschil voor een verzekeringnemer van 35 jaar met een verzekerd kapitaal van 150.000 euro.

Zij vragen om de drempel van 125% te verlagen, en te brengen op 50%. Zij verwijzen tevens naar de hoger toegelichte regeling in de Franse Convention AERAS (zie *supra*, V, F, 4).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het systeem van begrenzing van de bijpremies in de Franse Convention AERAS minder voordelig is dan de Belgische regeling. Het Franse systeem komt niet tussen voor eender welke persoon met een ernstig gezondheidsprobleem maar begrenst enkel de bijpremies in functie van diverse criteria, zoals het inkomen en de leeftijd van de kredietnemer en de totale effectieve rentevoet van de lening (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/la-limitation-des-majorations-de.html>). Uit statistieken over de Franse Convention AERAS blijkt volgens hen dat er in Frankrijk nog steeds bijpremies voorkomen van meer dan 300% van de basispremie.

Deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen kunnen absoluut niet akkoord gaan met het voorstel dat de Compensatiekas al zou tussenkomen vanaf een bijpremie van 50% in plaats van 125%.

Zij wijzen erop dat de begrenzing van de bijpremie vanaf 125% reeds een belangrijke tegemoetkoming is die ertoe leidt dat ook personen met ernstige gezondheidsproblemen aan een, soms sterk, verlaagde bijpremie een schuldsaldoverzekerings kunnen sluiten. Het

de compensation (voir *supra* V. C. Le concept de prime de base et de surprime).

Les représentants des patients et des consommateurs soulignent que l'objectif de cette Caisse de compensation est de parvenir à une prime abordable. Malgré le seuil de 125 % donnant accès à la Caisse de compensation, il existe encore de nombreuses différences dans les primes portées en compte, d'une part, aux personnes « en bonne santé » et, d'autre part, aux personnes « en moins bonne santé ». Dans de nombreux cas, on observe selon eux ainsi une différence de prime de plus de 10.000 euros pour un preneur d'assurance de 35 ans avec un capital assuré de 150.000 euros.

Ils demandent une diminution du seuil de 125 % à 50 %. Ils renvoient également à la réglementation mentionnée ci-dessus contenue dans la Convention française AERAS (voir *supra*, V, F, 4).

Les représentants des entreprises d'assurance estiment que le système de limitation des surprimes dans la Convention française AERAS est moins avantageux que celui instauré dans la réglementation belge. Le système français n'intervient pas pour toute personne ayant un problème de santé grave mais limite seulement les surprimes en fonction de différents critères, tels que le revenu et l'âge de l'emprunteur et le taux d'intérêt effectif total du prêt (<http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/la-limitation-des-majorations-de.html>). Selon eux, les statistiques concernant la Convention française AERAS démontrent que des surprimes de plus de 300% de la prime de base existent toujours en France.

Ces représentants des entreprises d'assurance ne peuvent absolument pas accepter la proposition selon laquelle la Caisse de compensation interviendrait déjà à partir d'une surprime de 50 % plutôt que de 125 %.

Ils soulignent qu'une limitation de la surprime à partir de 125 % est déjà une concession importante, qui permet aussi à des personnes souffrant de graves problèmes de santé de souscrire une assurance solde restant dû avec une surprime parfois fortement réduite. Le

compensatiemechanisme heeft de schuldsaldoverzekering betaalbaar gemaakt voor de modale consument en bereikt bijgevolg volgens hen de doelstelling van de wet. Zij merken in de marge op dat de kandidaat-verzekeringnemer de betaalbaarheid van zijn premie deels ook zelf in de hand heeft. Zo kan hij opteren voor een gespreide premiebetaling. In 94 % van de gevallen waarvoor de Compensatiekas tussenkomt is dit het geval. De meerderheid van de klanten betaalt door de tussenkomst van de compensatiekas all-in (basispremie en bijpremie samen) heel wat minder dan 1.000 euro op jaarbasis.

Voorts lichten deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen toe dat het voorstel van een verlaging van de drempel tot 50 % de kost van de compensatie ten laste van de verzekeraars en kredietgevers zou doen exploderen. Immers, enerzijds zouden de verzekeraars en kredietgevers een nog groter deel van de bijpremie (75% extra) op zich moeten nemen voor de polissen waarvoor er vandaag al tussengekomen wordt in de bijpremie omdat deze hoger was dan 125%. Wetende dat het compensatiemechanisme vandaag gemiddeld genomen een bijpremie gelijk aan 84% van de basispremie op zich neemt, zou een compensatie vanaf 50% als onmiddellijk gevolg hebben dat de totale tussenkomst voor diezelfde polissen alleen al met 89% ($= 75\%/84\%$) zou stijgen t.o.v. de situatie van vandaag. Anderzijds zouden de verzekeraars en kredietgevers bijkomend ook nog moeten tussenkomen voor de polissen waarvan de bijpremie ligt tussen 50% en 125% (die vandaag dus niet onder het compensatiemechanisme vallen). Volgens een eerste raming zou het totale aantal polissen waarvoor de Compensatiekas moet tussenkomen hierdoor meer dan verdrievoudigen. De totale tussenkomst zou als gevolg hiervan met nog eens 95% extra stijgen t.o.v. de situatie van vandaag.

Daarbij moet tevens in rekening worden gebracht dat de kost van de compensatie jaar na jaar zal toenemen zolang bovenvermelde polissen verder lopen en hiervoor nog premies geïnd worden. Naar verwachting zal het compensatiemechanisme op kruissnelheid komen na ongeveer 13 jaar (wanneer er ongeveer evenveel nieuwe polissen bijkomen als er oude

mécanisme de compensation a rendu l'assurance solde restant dû abordable pour le consommateur moyen et atteint donc l'objectif poursuivi par la loi. Ils font remarquer accessoirement que le candidat-preneur d'assurance contrôle en grande partie l'abordabilité de sa prime. Il peut ainsi opter pour un paiement échelonné de sa prime. C'est le cas dans 94 % des dossiers dans lesquels la Caisse de compensation intervient. Grâce à l'intervention de la Caisse de compensation, la majorité des clients paient en tout (prime de base et surprime confondues) un montant bien inférieur à 1.000 euros sur base annuelle.

En outre, ces représentants des entreprises d'assurance ont expliqué que la proposition visant à abaisser le seuil à 50 % ferait exploser le coût de la compensation à charge des assureurs et des prêteurs. En effet, les assureurs et les prêteurs devraient supporter une partie encore plus importante de la surprime (75 % de plus) pour les polices pour lesquelles une intervention est déjà actuellement prévue dans la surprime quand elle est supérieure à 125 %. Sachant que le mécanisme de compensation prend aujourd'hui en charge, en moyenne, une surprime égale à 84 % de la prime de base, une compensation à partir de 50 % aurait comme conséquence directe que l'intervention totale pour ces mêmes polices augmenterait déjà de 89 % ($= 75\%/84\%$) par rapport à la situation actuelle. D'autre part, les assureurs et les prêteurs devraient encore intervenir davantage pour les polices dont la surprime se situe entre 50 % et 125 % (qui ne relèvent donc pas actuellement du mécanisme de compensation). Selon une première estimation, le nombre total de polices pour lesquelles la Caisse de compensation doit intervenir, serait ainsi triplé. L'intervention totale augmenterait encore, par conséquent, de 95 % par rapport à la situation actuelle.

Il convient également de prendre en considération le fait que le coût de la compensation augmentera d'année en année tant que les polices précitées se poursuivent avec encaissement de primes. Le mécanisme de compensation atteindra vraisemblablement sa vitesse de croisière après environ 13 ans (lorsque le nombre de nouvelles polices équivaudra à peu

polissen wegvloeiën). Op kruissnelheid zal de kost van de compensatie bijgevolg een veelvoud zijn van de kost van vandaag.

Het voorstel zou ook de individuele verzekeraars die polissen zouden moeten uitgeven aan een bijpremie van 50% (i.p.v. 125%) voor een groot financieel risico plaatsen. Doordat de kost van de compensatie volgens een 50/50-verdeling wordt afgewenteld op de verzekeraar die de polis uitgaaf en de kredietgever die het krediet verleende, zou dit ertoe leiden dat de (bij)premie die de verzekeraar in werkelijkheid ontvangt om het risico te verzekeren, nog sterker afwijkt van het bedrag dat hij normaal gezien had moeten ontvangen. Anders gezegd, de (bij)premie die de verzekeraar ontvangt (via de klant én de Compensatiekas) volstaat niet (nog minder) om het risico te verzekeren. Uit de rapportering aan de Compensatiekas kan afgeleid worden dat alle verzekeraars samen vandaag een bedrag van ongeveer 30 miljoen euro 'gratis' verzekeren, m.a.w. zonder dat zij hiervoor een premie ontvingen vanwege de klant of de Compensatiekas. Ook dit bedrag zal jaar na jaar stijgen totdat het compensatiemechanisme op kruissnelheid komt (na ongeveer 13 jaar).

Voor de individuele verzekeraar wordt de situatie nog deliquer indien de werkelijke schadelast nadien hoger blijkt te liggen dan de verzekeraar had ingecalculéerd in zijn premies. Daarenboven dient er ook rekening gehouden te worden met het effect op de solvabiliteitsvereisten die de verzekeraar onder Solvency II dient te respecteren. Een verzekeraar zou hierdoor een nog groter kapitaal moeten opzijzetten om zijn verplichtingen te kunnen nakomen.

Dit alles kan als 'neveneffect' hebben dat een verzekeraar er de voorkeur aan geeft om geen schuldsaldoverzekeringen meer aan te bieden aan personen die in principe nochtans wel verzekerbare zijn (zij het tegen een hogere bijpremie), of om te opteren zijn activiteit in schuldsaldoverzekeringen volledig stop te zetten. Bovendien kan het er ook voor zorgen dat verzekeraars hun bestaande tarieven dienen te verhogen. De portefeuille van een verzekeraar moet immers in zijn geheel solvabel blijven. Finaal zou men met de verlaging tot 50 % het omgekeerde bereiken van wat de wetgeving voor

près au nombre d'anciennes polices). En vitesse de croisière, le coût de la compensation sera donc un multiple du coût actuel.

La proposition placerait aussi les assureurs individuels qui devraient émettre des polices avec une surprime de 50 % (au lieu de 125 %) devant un grand risque financier. Comme le coût de la compensation est répercuté selon une clé de répartition 50/50 sur l'assureur qui a émis la police et le prêteur qui a octroyé le crédit, la (sur)prime que l'assureur reçoit en réalité pour assurer le risque, s'écarte encore davantage du montant qu'il aurait normalement dû recevoir. En d'autres termes, la prime que l'assureur reçoit (du client et de la Caisse de compensation) ne suffit pas pour assurer le risque, et c'est encore moins le cas pour la surprime. L'on peut déduire du rapport à la Caisse de compensation que tous les assureurs assurent ensemble aujourd'hui un montant d'environ 30 millions d'euros « gratuitement », c'est-à-dire sans recevoir de prime du client ou de la Caisse de compensation. Ce montant augmentera aussi d'année en année jusqu'à ce que le mécanisme de compensation atteigne sa vitesse de croisière (après environ 13 ans).

Pour l'assureur individuel, la situation devient encore plus délicate si la sinistralité effective s'avère plus importante que l'estimation qu'il en avait faite pour calculer ses primes. Il faut également tenir compte de l'impact de cette proposition sur les exigences de solvabilité imposées par Solvency II. L'assureur devrait dès lors mettre de côté un capital encore plus important pour remplir ses obligations.

Tout ceci pourrait avoir comme « effet secondaire » qu'un assureur préférerait ne plus proposer d'assurance solde restant dû aux personnes qui sont, en principe, assurables (éventuellement moyennant une surprime plus élevée) ou de choisir de cesser totalement son activité d'assurances solde restant dû. Cela peut aussi conduire des assureurs à devoir augmenter leurs tarifs actuels. Le portefeuille d'un assureur doit, en effet, rester globalement solvable. Enfin, la réduction à 50 % aurait des conséquences contraires à celles poursuivies par la législation

ogen had (minder aanbod, minder concurrentie, algemene prijsstijging).

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn het niet eens met deze argumenten van de verzekeraars. Zij stellen dat, hoewel in eerdere discussies de verzekeraars aanvoerden dat de invoering van de compensatiekas zou leiden tot minder concurrentie en een algemene prijsstijging, ze thans hebben vastgesteld dat het omgekeerde is gebeurd.

2. Beheer

Met betrekking tot het beheer van de compensatiekas door de VZW Accesso wordt erop gewezen dat dit moet voldoen aan alle regels voor VZW's en alle governance verplichtingen die gelden voor verzekeraars en onder toezicht van de FSMA staat. Dit alles biedt garanties voor een goed beheer doch maakt dat het beheer ook behoorlijk zwaar.

3. Solidariteitsmechanisme gekoppeld aan een "experience rating" formule

1. Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers in de Commissie menen dat in België moet gekeken worden naar alternatieven die minder kosten, minder werk vragen, minder tijdsintensief zijn en minder patiënten in de kou laten staan.

Hun voorstel is een solidariteitsmechanisme gekoppeld aan een experience rating formule dat voor iedereen een betaalbare premie garandeert. Daarvoor mag bij het bepalen van de premie voor de schuldsaldoverzekering geen rekening worden gehouden met criteria die de kandidaat-verzekerde niet in de hand heeft (opdat bv. diabetici, mensen met de ziekte van Crohn of patiënten met reuma geen bijpremie zouden moeten betalen, maar rokers bvb wel). Men kiest er immers niet voor om man of vrouw te zijn, gezond of ziek enz. Zij kunnen er wel mee leven dat terminaal zieken van een schuldsaldoverzekering worden uitgesloten, zij het na advies van een ad hoc commissie. Voor alle anderen zou de premie volgens hen gelijk moeten zijn, ongeacht hun gezondheidstoestand, zolang ze moeite doen om hun gezondheid in stand te houden. Het mechanisme van de solidariteit moet

(moins d'offres, moins de concurrence, augmentation générale des prix).

Les représentants des consommateurs ne partagent pas ces arguments avancés par les assureurs. Ainsi, alors que les assureurs soutenaient dans le passé que l'introduction de la Caisse de compensation réduirait la concurrence et entraînerait une hausse générale des prix, ils constatent aujourd'hui que c'est l'inverse qui s'est produit.

2. Gestion

Concernant la gestion de la Caisse de compensation par l'asbl Accesso, il convient de rappeler qu'elle doit respecter la réglementation applicable aux asbl et toutes les obligations de gouvernance qui s'imposent aux assureurs, sous la supervision de la FSMA. Tout cela fournit des garanties pour une bonne gestion, mais complique également la gestion.

3. Mécanisme de solidarité lié à une formule d' "experience rating" »

1. Certains représentants des consommateurs au sein de la Commission estiment qu'en Belgique, il faut considérer des alternatives moins coûteuses, moins laborieuses, moins chronophages et qui négligent moins les patients.

Ils proposent un mécanisme de solidarité lié à une formule d'experience rating qui garantit une prime abordable pour tous. Pour ce faire, la prime de l'assurance solde restant dû ne peut être déterminée sur la base de critères sur lesquels le candidat-assuré n'a aucun contrôle (de sorte que, p. ex., les diabétiques, les personnes atteintes de la maladie de Crohn ou les patients souffrant de rhumatismes ne doivent pas payer de surprime, mais bien les fumeurs). Après tout, on ne choisit pas d'être un homme ou une femme, d'être en bonne santé ou malade, etc. Ils peuvent toutefois accepter le fait que les malades en phase terminale soient exclus de l'assurance solde restant dû, même après avis d'une commission ad hoc. Pour tous les autres, ils sont d'avis que la prime devrait être la même quel que soit leur état de santé, pourvu qu'ils fassent un effort pour préserver leur santé. Le mécanisme de solidarité

dus spelen om voor iedereen een betaalbare premie te garanderen, behalve voor personen die er zelf voor kiezen om een bepaald risico te lopen. Hun stelling is dat bv. een diabetespatiënt voor de schuldsaldoverzekering slechts evenveel moet betalen als iemand zonder gezondheidsproblemen mits hij er alles aan doet om de ziekte onder controle te houden. Ze vinden het terecht dat een verstokte roker die alle medische adviezen in de wind slaat en bewust het risico op longkanker neemt, méér moet betalen. Experience rating betekent dat een bepaald percentage van het verschil van de (totale premies – uitkeringen in kapitaal overlijden) op jaarbasis moet terug naar de verzekeringnemers gaan. Het voordeel is dat omwille van experience rating er geen stijging is van de kost voor de consument omdat de meeste verzekeraars naar hun mening te hoge schuldsaldoverzekeringspremies aanrekenen.

Het OBS zou bevoegd blijven voor terminaal zieken en voor de gevallen waarbij er vragen kunnen gesteld worden over het feit of een persoon zelf voldoende heeft gedaan om zijn gezondheid onder controle te houden.

Volgens deze vertegenwoordigers kunnen de verzekeraars in dit voorstel de methodes voor de premieberekening die ze nu hanteren verder gebruiken, zoals de laagste premie toekennen op voorwaarden dat men niet gerookt heeft gedurende de laatste x jaar en een normale body mass index heeft bij het sluiten van de overeenkomst. Deze vertegenwoordigers stellen dat ze zich bewust zijn van het feit dat de voorgestelde oplossing niet perfect is maar menen dat dit beter zal werken dan (de actuariële bijpremie-evaluatie door) het OBS. Naar hun mening blijft de consument bij het OBS meestal in de kou staan omdat het slechts in één op de zes gevallen het voorstel van de verzekeraar wijzigde (in 2016) en de verzekeraar niet verplicht is zich te schikken naar het voorstel van het OBS dat de bijpremie te hoog is of er geen reden is tot weigering. Bovendien zijn ze van mening dat de financiële last voor de consument niet per se vermindert, bv. wanneer de bijpremie sterk wordt herzien van 200% naar 130% verandert de

doit donc jouer un rôle pour garantir une prime abordable pour tous, sauf pour ceux qui choisissent de prendre un risque particulier. Selon eux, un patient diabétique, par exemple, devrait payer le même montant pour l'assurance solde restant dû qu'une personne sans problèmes de santé, à condition qu'il fasse tout ce qui est en son pouvoir pour contrôler sa maladie. Ils considèrent comme tout à fait normal qu'un fumeur endurci, qui ignore tous les conseils médicaux et est conscient du risque de cancer du poumon, doive payer plus cher. Selon l'experience rating, un certain pourcentage de la différence de (primes totales – prestation capital décès) doit être remboursé aux preneurs d'assurance sur une base annuelle. Selon eux, l'avantage est qu'en raison de l'experience rating, il n'y a pas d'augmentation de coût pour le consommateur parce la prime demandée par la plupart des assureurs pour l'assurance solde restant dû est trop élevée.

Le BST resterait compétent pour les malades en phase terminale et pour les cas où l'on se demande si une personne a fait assez d'efforts pour préserver sa santé.

Selon ces représentants, les assureurs peuvent, dans cette proposition, continuer à utiliser les méthodes qu'ils appliquent actuellement pour calculer la prime et, p. ex., accorder la prime la plus basse à condition de ne pas avoir fumé pendant les x dernières années et avoir un indice de masse corporelle normal au moment de la conclusion du contrat. Ces représentants indiquent qu'ils ont conscience du fait que la solution proposée n'est pas parfaite mais qu'elle sera plus performante que (l'évaluation actuarielle de la surprime par) le BST. Il estiment que le BST abandonne généralement le consommateur à son sort puisqu'il ne modifie la proposition de l'assureur que dans un cas sur six (chiffre de 2016) et que l'assureur n'est pas tenu de se conformer à la proposition du BST indiquant une surprime trop élevée ou un refus non motivé. En outre, la charge financière incombant au consommateur ne diminue pas en soi. Ainsi, lorsque la prime est fortement revue pour passer de 200 % à 130 %, la charge réelle du

werkelijke last van de consument niet daar bij nog altijd 125% zelf draagt.

2. De vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties en de andere vertegenwoordigers van de verbruikers vinden dit een zeer delicaat voorstel en staan er helemaal niet achter. Zij zijn van mening dat dit zeer moeilijke discussies opwerpt. In geval van huidkanker bv. kan men de vraag stellen in welke mate dit erfelijk is dan wel te wijten is aan een bepaald gedrag. Anderzijds is het niet omdat men genetisch belast is, dat men een bepaalde aandoening krijgt. De lijn tussen eigen schuld en geen invloed of geen controle is bijzonder moeilijk. Het voorstel bevat zeer veel vage elementen die maatschappelijk zeer moeilijk uitvoerbaar zijn.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen staan ook geenszins achter dit voorstel. Dit voorstel impliceert dat er moet beoordeeld worden of een kandidaat-verzekerde schuld of geen schuld heeft aan zijn aandoening, waarbij onder meer moet worden opgevolgd in welke mate hij zijn therapie getrouw volgt. Overeenkomstig de huidige wetgeving geldt het principe dat de verzekeraar eenmalig, voor het sluiten van de schuldsaldoverzekering, het te verzekeren risico beoordeelt. Biedt de verzekeraar een verzekering aan tegen een bepaalde premie, dan blijven de voorwaarden gelden zolang deze verzekering loopt, zelfs indien de (gezondheids)situatie van de verzekerde, al dan niet door zijn toedoen, ongunstig zou evolueren. Vanuit verzekeringstechnisch oogpunt betekent dit voorstel dat er wordt afgestapt van het huidig geldend principe dat de verzekeraar zich op het moment van de contractsluiting definitief engageert voor de toekomst. Indien men de schuld van de kandidaat mee in rekening wil nemen, houdt dit in dat de verzekeraar op periodieke momenten een controle kan en moet uitvoeren van de (gezondheids)toestand van de verzekerde en de verzekeringsvoorwaarden in functie hiervan kan aanpassen in de loop van de overeenkomst. Dit lijkt voor deze vertegenwoordigers zowel vanuit het oogpunt van de verzekeringstechniek als de privacy niet haalbaar en ook niet wenselijk.

consommateur ne change pas, puisqu'il continue à la supporter à 125 %.

2. Les représentants des associations de patients et les autres représentants des consommateurs considèrent cette proposition comme très délicate et ne la soutiennent pas du tout. Ils estiment que cela soulève des discussions très difficiles. Dans le cas d'un cancer de la peau, par exemple, on peut se demander dans quelle mesure la maladie est héréditaire ou due à un certain comportement. D'autre part, ce n'est pas parce qu'on est génétiquement prédisposé à une certaine maladie que l'on va la contracter. Il est particulièrement difficile de différencier la responsabilité de l'absence d'influence ou du manque de contrôle. La proposition contient de nombreux éléments vagues et très difficiles à mettre en œuvre dans la société.

Les représentants des entreprises d'assurance ne soutiennent pas non plus cette proposition. Cette proposition implique d'évaluer si un candidat-assuré est responsable ou non de son état de santé et, entre autres, de vérifier la mesure dans laquelle il suit fidèlement sa thérapie. Conformément à la législation actuelle, l'assureur évalue une seule fois le risque à assurer, avant la conclusion de l'assurance solde restant dû. Si l'assureur offre une assurance en échange d'une prime déterminée, les conditions de cette assurance s'appliquent pendant toute la durée contractuelle, même si l'état (de santé) de l'assuré devait évoluer défavorablement par sa faute ou non. Du point de vue de la souscription, cette proposition signifierait l'abandon du principe actuellement en vigueur selon lequel l'assureur s'engage définitivement pour l'avenir au moment de la conclusion du contrat. Si on veut tenir compte de la responsabilité du candidat, cela signifie que l'assureur peut et doit contrôler à intervalles réguliers l'état (de santé) de l'assuré et peut adapter les conditions d'assurance en conséquence en cours de contrat. Pour ces représentants, cela ne semble pas réalisable ni souhaitable, tant du point de vue de la technique d'assurance que sous l'angle du respect de la vie privée.

H. Gestandaardiseerde waarborg

Artikel 222 W.Verz. bepaalt: *“De verzekeraar die een bijpremie aanrekent die meer dan 200 % van de basispremie bedraagt, is ertoe gehouden de gestandaardiseerde waarborg aan te bieden aan de verzekeringnemer.*

Deze gestandaardiseerde waarborg bedraagt maximaal 200.000 euro indien de kandidaat-verzekerde het hypothecaire krediet alleen aangaat. Indien er een mede-kredietnemer is, kan de kandidaat-verzekerde zich verzekeren tot hetzelfde bedrag, maar beperkt tot 50 % van het ontleend kapitaal.

De Koning kan het in dit artikel vermelde bedrag aanpassen om rekening te houden met de prijzenevolutie.”.

Via de begrenzing van 200 % wordt vermeden dat de Compensatiekas voor sterk verzwaarde risico's zou moeten tussenkomen voor ongelimiteerde verzekerde bedragen. Hoewel het Compensatiemechanisme en de 'gestandaardiseerde waarborg' (impliciet) aan elkaar gekoppeld zijn, komt dit in de wetgeving niet meer duidelijk tot uiting omdat finaal beslist werd om voor het Compensatiemechanisme de bijpremies te begrenzen op 125% i.p.v. 200% (artikel 28 KB).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat artikel 222 W.Verz. niet gewijzigd hoeft te worden, hoewel het volgens hen logischer was geweest om de percentages voor het compensatiemechanisme (thans 125%) en voor de 'gestandaardiseerde waarborg' (thans 200%) op elkaar te aligneren, en dit op 125%.

Een verzekerd bedrag tot 200.000 euro is volgens hen ruim voldoende voor een modale klant. Het is hoger dan het bedrag dat gemiddeld ontleend wordt in het kader van een hypothecair krediet en het bedrag dat gemiddeld verzekerd wordt in een schuldsaldoverzekering.

De vertegenwoordigers van de patiënten en de gebruikers kunnen zich niet vinden in een alignering als dat ook effect heeft op het maximaal te verzekeren kapitaal. Ze verwijzen naar de Franse Convention AERAS waarin een financiering is voorzien voor een verzekerd

H. Garantie standardisée

L'article 222 L.Ass. prévoit ce qui suit :
« L'assureur qui impute une surprime supérieure à 200 % de la prime de base, est tenu d'offrir la garantie standardisée au preneur d'assurance.

Cette garantie standardisée est d'un montant maximal de 200 000 euros si le candidat assuré souscrit seul le crédit hypothécaire. Dans le cas de co-emprunteurs, le candidat assuré peut s'assurer pour le même montant mais limité à 50 % du capital emprunté.

Le Roi peut adapter les montants déterminés au présent article afin de tenir compte de l'évolution des prix. ».

Cette limitation de 200 % empêche la Caisse de compensation d'intervenir en cas de risques très importants pour des sommes assurées illimitées. Bien que le mécanisme de compensation et la « garantie standardisée » soient (implicitement) reliés entre eux, cela n'apparaît plus clairement dans la loi, car il a été finalement décidé de limiter les surprimes à partir de 125 % au lieu de 200 % pour le mécanisme de compensation (cf. article 28 AR).

Les représentants des entreprises d'assurance considèrent qu'il n'y a pas lieu de modifier l'article 222 L.Ass., même si selon eux, il aurait été plus logique d'aligner à 125 % les pourcentages pour le mécanisme de compensation (actuellement 125 %) et pour la « garantie standardisée » (actuellement 200 %).

Selon eux, un montant assuré allant jusqu'à 200 000 euros est plus que suffisant pour un client moyen, car il est supérieur au montant moyen emprunté dans le cadre d'un crédit hypothécaire et au montant moyen assuré pour une assurance solde restant dû.

Les représentants des patients et des consommateurs ne peuvent accepter un alignement s'il produit un impact sur le capital maximal à assurer. Ils renvoient à la Convention française AERAS qui prévoit un financement pour un montant assuré inférieur à 320 000 euros.

bedrag dat niet hoger is dan 320.000 euro.

De Commissie gaat akkoord om in artikel 222, tweede lid W.Verz. de vereiste van de beperking tot 50% van het ontleend kapitaal te schrappen.

Voorstel

In artikel 222, tweede lid W.Verz. de vereiste van de beperking tot 50% van het ontleend kapitaal schrappen.

I. Herbeoordelingsprocedure herverzekeraar

1. Wanneer de verzekeringnemer aan de verzekeraar bericht dat hij niet akkoord gaat met de premie, moet de verzekeraar onverwijld het dossier overmaken aan de herverzekeraar voor een herbeoordeling (artikelen 214-216 W.Verz.).

2. Betreffende deze herbeoordelingsregeling door de herverzekeraar is er uitvoerig overleg geweest over drie aspecten:

- is het nodig om een wettelijke verplichting op te leggen in hoofde van de verzekeraar om de kandidaat-verzekeringnemer te informeren over het recht op herbeoordeling door de herverzekeraar, zoals geldt voor het beroep op het OBS?

- maakt het verbod in artikel 214, tweede lid W.Verz. op rechtstreeks contact tussen de herverzekeraar en de kandidaat-verzekeringnemer, kandidaat-verzekerde of de behandelende geneesheer de procedure minder transparant voor de kandidaat-verzekeringnemer/verzekerde?

- is het nodig om een wettelijke verplichting op te leggen in hoofde van de herverzekeraar tot motivering van zijn beslissing conform artikel 7 KB?

Belangrijk in dat overleg was de verduidelijking over de praktijk van de relatie tussen de verzekeraar en de herverzekeraar.

Volgende punten zijn daarbij van belang:

- Zodra de kandidaat-verzekeringnemer niet akkoord is met de bijpremie, moet de verzekeraar reeds overeenkomstig de huidige regeling automatisch het dossier voor herbeoordeling overmaken aan zijn herverzekeraar. De

La Commission approuve la suppression de l'exigence de la limite de 50 % du capital emprunté dans l'article 222, alinéa 2 L.Ass.

Proposition

Dans l'article 222, alinéa 2 L.Ass., supprimer l'exigence de la limite de 50 % du capital emprunté.

I. Procédure de réévaluation du réassureur

1. Si le preneur d'assurance informe l'assureur qu'il n'est pas d'accord avec la prime, l'assureur doit immédiatement transmettre le dossier au réassureur pour une réévaluation (articles 214-216 L.Ass.).

2. Concernant la réglementation de cette réévaluation par le réassureur, des discussions approfondies ont eu lieu autour de trois aspects :

- est-il nécessaire d'imposer à l'assureur une obligation légale d'informer le candidat-prenneur d'assurance du droit à la réévaluation par le réassureur, comme c'est le cas pour la réclamation contre le BST ?

- l'interdiction prévue par l'article 214, alinéa 2 L.Ass. de contact direct entre le réassureur et le candidat-prenneur d'assurance, le candidat-assuré ou le médecin traitant, rend-elle la procédure moins transparente pour le candidat-prenneur d'assurance/assuré ?

- est-il nécessaire d'imposer au réassureur l'obligation légale de motiver sa décision conformément à l'article 7 AR ?

La clarification de la relation en pratique entre l'assureur et le réassureur a joué un rôle important dans cette discussion.

Les points suivants sont importants :

- Conformément à la réglementation en vigueur, dès que le candidat-prenneur d'assurance n'accepte pas la surprime, l'assureur doit automatiquement transmettre le dossier pour réévaluation à son réassureur. Le candidat-

kandidaat-verzekeringnemer hoeft de herbeoordeling niet uitdrukkelijk aan te vragen bij de (her)verzekeraar. Gezien het vooral gaat om buitenlandse herverzekeraars zou een direct contact met de kandidaat-verzekeringnemer overigens niet realistisch zijn in de praktijk.

- Wanneer de herverzekeraar de bij premie te hoog acht, moet de verzekeraar een nieuw voorstel met een lagere bij premie overmaken aan de kandidaat-verzekeringnemer. Wanneer de herverzekeraar het voorstel van de verzekeraar bevestigt of een hogere premie bepaalt, kan de verzekeraar het initiële voorstel niet meer verhogen en blijft zijn motivering dezelfde.

- In de praktijk treedt de verzekeraar proactief op. Dit houdt in dat hij, vooraleer een premie voor te stellen, het beleid van acceptatie en tarifiering van de herverzekeraar bekijkt en bijgevolg a priori al rekening houdt met het beleid van de herverzekeraar. In de conventies tussen de verzekeraar en de herverzekeraar is immers opgenomen dat indien de verzekeraar een dekking van de herverzekeraar wil genieten, hij gebonden is door de richtlijnen van de herverzekeraar en de herverzekeraar de naleving ervan kan controleren.

In de praktijk heeft de verzekeraar bijgevolg reeds vooraleer hij een bij premie voorstelt aan de kandidaat-verzekeringnemer, een gelijkaardige procedure gevolgd als deze procedure voorzien in artikel 213, tweede lid W.Verz. De voorgestelde bij premie en motivering zijn bijgevolg reeds afgetoetst bij de herverzekeraar en men kan aannemen dat hij in het kader van de herbeoordelingsprocedure bedoeld artikel 213 tot hetzelfde voorstel komt.

Aldus verliest de klant de facto met deze a posteriori- procedure van artikel 213, gezien de a priori aftoetsing in de praktijk, extra tijd die van belang kan zijn voor zijn kredietaanvraag en biedt deze geen enkele meerwaarde voor de klant.

- Daarnaast mag de eigenheid van de contractuele relatie tussen iedere verzekeraar en zijn herverzekeraar(s) niet uit het oog worden verloren, waarbij de verzekeraar moeilijk een bijkomende motivatieplicht aan de herverzekeraar kan opleggen en niet kan afwijken van de opgelegde contractuele richtlijnen. Ten

preneur d'assurance ne doit pas demander expressément la réévaluation auprès de l'assureur (du réassureur). Vu qu'il s'agit surtout de réassureurs étrangers, un contact direct avec le candidat-preneur d'assurance ne serait d'ailleurs pas réaliste en pratique.

- Si le réassureur estime que la surprime est trop élevée, l'assureur doit soumettre au candidat-preneur d'assurance une nouvelle proposition de surprime moins élevée. Si le réassureur confirme la proposition de l'assureur ou détermine une prime plus élevée, l'assureur ne peut plus augmenter la proposition initiale et sa motivation reste la même.

- Dans la pratique, l'assureur agit de manière proactive. Cela signifie qu'avant de proposer une prime, il devra examiner la politique d'acceptation et de tarification du réassureur et donc a priori déjà prendre en compte la politique du réassureur. Les conventions entre l'assureur et le réassureur stipulent que si l'assureur souhaite bénéficier d'une couverture du réassureur, il est lié par les directives de ce dernier et que le réassureur peut en vérifier le respect.

Dans la pratique, l'assureur a donc déjà suivi une procédure similaire à celle prévue à l'article 213, alinéa 2 L.Ass. avant de proposer une surprime au candidat-preneur d'assurance. La surprime proposée et sa motivation ont donc déjà été évaluées par le réassureur et l'on peut supposer qu'il parvient à la même proposition dans le cadre la procédure de réévaluation visée à l'article 213.

Avec cette procédure a posteriori prévue par l'article 213, le client perd de facto du temps supplémentaire, vu le contrôle a priori dans la pratique, ce qui est négatif pour sa demande de crédit et n'offre aucune valeur ajoutée.

- En outre, il ne faut pas négliger la nature spécifique de la relation contractuelle entre chaque assureur et son ou ses réassureur(s), l'assureur ayant du mal à imposer une obligation supplémentaire de motivation au réassureur et ne pouvant s'écarter des directives contractuelles imposées. En outre, les réassureurs étant des

aanzien van herverzekeraars, die mondiale spelers zijn, is het bovendien niet haalbaar dat een nationaal verzekeringscontractenrecht bijkomende afdwingbare motiveringsplichten aan herverzekeraars zou opleggen.

- Een vertegenwoordiger van de Ombudsdienst licht toe dat hun ervaring met de procedure van de herverzekeraar uitwijst dat deze niet de beste is. De consument weet vaak niet wat het inhoudt of begrijpt de brieven niet en, gezien het voorstel van de verzekeraar veelal wordt bevestigd, loopt men een vertraging op van een drietal weken. Hun ervaring leert dat dossiers meer vooruit gaan en opgelost worden wanneer de kandidaat-verzekeringnemer via zijn arts bijkomende informatie vraagt aan en overleg heeft met de adviserend arts van de verzekeraar.

3. De vertegenwoordigers van de patiënten en de verbruikers gaan akkoord dat de regeling zeker geen aanleiding mag geven tot vertraging in de afhandeling van de kredietaanvraag. Ze pleiten ook voor het behoud in de wetgeving van deze mogelijkheid voor de kandidaat-verzekeringnemer om een herbeoordeling te vragen aan de herverzekeraar, als een wettelijke mogelijkheid tot aftoetsing.

4. De Commissie gaat akkoord om de huidige regeling van de herbeoordelingsprocedure door de herverzekeraar ongewijzigd te behouden.

J. Gedragscode

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de verzekeraars een gedragscode opstellen.

De andere deelnemers in de Commissie zijn geen vragende partij voor het opstellen van een gedragscode nu er, destijds op vraag van de vertegenwoordigers van de verbruikers, een wettelijk regeling in voege is getreden.

Voorzitster

acteurs mondiaux, le droit national des contrats d'assurance ne peut pas leur imposer des obligations supplémentaires de motivation contraignantes.

- Selon son expérience, un représentant du Service de l'Ombudsman des assurances explique que la procédure du réassureur n'est pas la meilleure. Souvent, le consommateur ne sait pas ce que cela signifie ou ne comprend pas les courriers et, étant donné que la proposition de l'assureur est souvent confirmée, il y a un délai de trois semaines. Leur expérience leur a appris que les dossiers progressent davantage et sont résolus lorsque le candidat-preneur d'assurance demande des informations supplémentaires à son médecin et consulte le médecin-conseil de l'assureur.

3. Les représentants des patients et des consommateurs sont d'accord pour dire que le système ne devrait certainement pas entraîner des retards dans le traitement des demandes de crédit. Ils plaident aussi pour le maintien de cette possibilité dans la législation afin que le candidat-preneur d'assurance puisse demander au réassureur une réévaluation, en tant que possibilité juridique de contrôle.

4. La Commission convient de maintenir la réglementation actuelle relative à la procédure de réévaluation par le réassureur.

J. Code de conduite

Certains représentants des consommateurs demandent aux assureurs d'élaborer un code de conduite.

Les autres participants à la Commission ne sont pas favorables à l'élaboration d'un code de conduite maintenant qu'une réglementation légale est entrée en vigueur, à la demande des représentants des consommateurs.

La Présidente

Caroline Van Schoubroeck



