



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

***Rapport annuel sur l'activité***

***2015***

## ***Table des matières***

Avant-propos .....	3
I.    Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi .....	4
1.    Présentation .....	4
2.    Fonctionnement .....	5
3.    Premières constatations.....	6
Un apprentissage pour tout le monde .....	6
Une matière complexe et diverse .....	7
Un médecin complémentaire pour les représentants des patients.....	8
II.   Résultats .....	9
1.    Chiffres .....	9
a.    En introduction.....	9
b.    Vue globale.....	9
c.    Les demandes examinées plus en détail .....	10
Un regard sur les surprimes examinées .....	12
Un regard sur les refus examinés .....	14
2.    Délais de gestion .....	16
III.  Questionnaires médicaux.....	17
IV.   Demandes d’avis aux autorités, administrations et organes spécialisés .....	18
V.    Contact et procédure .....	19

### Avant-propos

*Le Bureau du suivi trouve son origine dans une loi de 2010 qui, sur proposition d'entre-autres Madame Katrien Partyka, a étendu la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et a tenté d'apporter une solution pour l'accessibilité à l'assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (MB 3 février 2010).*

*En 2014, cette législation a été reprise moyennant quelques adaptations dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (MB 30 avril 2014) et exécutée par la publication de l'AR du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital du crédit hypothécaire (MB 10 juin 2014).*

*Le Président et les membres ont été nommés par AR.*

*Après plusieurs mois de travaux préparatoires, dès juillet 2014, les activités du Bureau du suivi ont pu commencer depuis le 30 décembre 2014 afin de progresser dans l'accessibilité à l'assurance solde restant dû.*

*Les différents représentants des organisations de consommateurs, de patients et des entreprises d'assurance ont entamé leur rôle au sein de ce Bureau avec différentes perspectives et approches. Il a fallu du temps et de l'énergie de la part de tous les participants afin d'œuvrer ensemble et dans la même direction, à cette tâche.*

*Les modalités de travail ont été consacrées dans un règlement d'ordre intérieur, consigné par arrêté Ministériel (MB 30 décembre 2014).*

*Pendant cette première année de travail, certaines questions se sont manifestées, pour lesquelles, en respect du point de vue de chacun autour de la table, une solution a été trouvée dans la plupart des cas, tenant compte des intérêts des divers acteurs.*

*Les mentalités ont évoluées et en 2016, nous constatons que les réunions se déroulent de manière plus aisée.*

*En outre, la procédure d'examen et approbation des questionnaires médicaux des entreprises d'assurance a pris beaucoup de temps. À côté d'un questionnaire standardisé proposé par l'association professionnelle Assuralia, les questionnaires médicaux de nombreuses entreprises d'assurance ont été soumis au Bureau du suivi. Après examen par le Bureau du suivi, certaines questions ont été reformulées ou biffées.*

*Le Bureau du suivi a dû se découvrir, prendre ses repères tout au long de cette première année et explorer ses possibilités. Maintenant que cette première année de travail est terminée, nous envisageons la continuation des travaux en 2016 avec confiance.*

Bruno Bulthé  
Président

## I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

### 1. Présentation

Le Bureau du suivi est composé de 4 membres effectifs et 4 membres suppléants et est présidé par un magistrat indépendant. Le Président et les membres sont nommés pour 6 ans.

Il est composé de :

- Deux membres effectifs et deux membres suppléants désignés par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ;
- Un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les patients ;
- Un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.

Un secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique.

Ce secrétariat fait également office de point de contact pour le consommateur. En 2015, nombreux sont les candidats-assurés, mais aussi intermédiaires en assurances, qui ont pris contact avec le secrétariat avec des questions qui concernent notamment la procédure à suivre afin d'introduire une demande d'examen.

Le Bureau du suivi a comme tâche principale d'examiner la décision d'une entreprise d'assurance de refuser une assurance solde restant dû pour des raisons médicales ou d'appliquer une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base ; lorsque l'assurance solde restant dû est demandée pour la couverture d'un crédit hypothécaire pour acquérir ou transformer l'habitation propre et unique. Le Bureau du suivi a aussi la tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions dans les questionnaires médicaux qui sont utilisés par les entreprises d'assurance.

Le Bureau du suivi est composé paritairement. Les différentes délégations utilisent un roulement des membres entre les effectifs et suppléants.

En 2015, 31 séances ont eu lieu, dont quelques séances complémentaires afin de pouvoir examiner les différents questionnaires médicaux.

Le Bureau du suivi a notamment temporairement suspendu ses activités entre la mi-août et la mi-septembre, car les délégations de consommateurs et patients ne désiraient plus participer momentanément aux réunions.

## 2. Fonctionnement

La tâche principale du Bureau du suivi est d'examiner, à la demande du candidat-prenneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances, ou un membre du Bureau, si la décision que l'entreprise d'assurance a prise, peut se justifier d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

De ce fait, dans chaque dossier soumis à son analyse, le Bureau du suivi demande à l'assureur concerné sa motivation spécifique et le dossier médical qui a été transmis et devra dans chaque cas individuel indiquer les éléments spécifiques qui lui ont fait prendre cette décision. La décision prise par l'entreprise d'assurance doit aussi être étayée par des études et statistiques pertinentes.

Sur la base de ces éléments apportés, le Bureau du suivi examinera si la décision peut s'objectiver compte tenu du dossier médical et la technique assurantielle.

En résumé, l'assureur doit pouvoir soutenir sa décision, tant sur le plan médical que sur la manière dont il est parvenu à cette décision moyennant des ouvrages de référence pertinents.

À l'examen de la décision prise, il faudra également prendre en compte la durée de couverture souvent longue pour laquelle ce type d'assurances est conclue, souvent entre 20 et 30 ans. La base de l'analyse des refus d'assurance ou surprimes médicales est dès lors de considérer le risque supérieur de décès du candidat-assuré en question pendant la durée de couverture et ceci par rapport au taux de mortalité d'une personne moyenne sans risque de santé spécifique.

L'application d'une surprime médicale est utilisée afin de traduire ou d'exprimer un risque relativement plus élevé de décès dû à un risque de santé spécifique, par rapport à la population normale qui n'est pas atteinte de cette affection. À l'examen de la surprime médicale ou du refus, dans un même sens, il est vérifié si le risque statistiquement plus élevé rapporté par l'assureur est traduit et soutenu par la littérature spécialisée.

Il faudra aussi examiner si une surprime peut être calculée et appliquée.

L'expérience nous apprend que l'application d'une surprime ou d'un refus d'assurance peut être différencié de chaque assureur et de sa propre politique d'acceptation. Cette politique d'acceptation est le reflet de l'affinité au risque et de l'expertise de chaque assureur individuel.

Assurer reste aussi une généralisation : il ne s'agit pas de déterminer le risque de décès individuel du candidat-assuré, mais bien le risque d'un groupe de personnes présentant des caractéristiques similaires. Il faudra tout de même évaluer également le plus précisément le risque de décès (accru). À chaque examen il s'agit d'un exercice d'équilibre délicat entre le dossier médical individuel et l'application d'études et statistiques plus générales.

De manière récapitulative, nous pouvons affirmer que 2015 a été une « année de découverte », remplie de défis et tout au long de laquelle nous avons dû tracer nos lignes et repères.

### 3. Premières constatations

#### *Un apprentissage pour tout le monde*

Comme déjà rapporté, dans chaque dossier une évaluation réfléchie doit être faite à partir de l'état de santé individuel et du matériel statistique apporté. Sur cette base, un pronostic plus général et l'évolution potentielle de l'état de santé est recherché.

Dans le courant de la première année de travail, une amélioration immanquable des motivations a été remarquée auprès des entreprises d'assurance. Si nécessaire, le Bureau du suivi a formulé le feedback à l'attention de l'entreprise concernée et la fédération professionnelle a sensibilisé ses membres lors de ses réunions de travail.

Aussi, les entreprises d'assurance ont été tenues d'adapter leur communication avec leurs candidats-preneurs à la nouvelle législation : exprimer la surprime en un pourcentage et un montant, indiquer la raison médicale, fournir les coordonnées de contact du Bureau du suivi, etc. Vu les multiples adaptations, il est dès lors possible que pas toutes les entreprises n'étaient prêtes avec ces ajustements. Ce point a été signalé à la fédération sectorielle Assuralia et la communication a été rectifiée en accord avec les acteurs concernés.

Cette première année a tout autant été un apprentissage pour les délégations au sein du Bureau du suivi, car elles ont dû se familiariser avec la matière et les compétences assignées et prendre en compte les délais impartis très stricts, ce qui a souvent généré une charge de travail assez conséquente. Au cours de l'examen des dossiers l'expérience s'accumule auprès des différentes délégations, tout en restant attentif à l'amélioration des méthodes de travail.

### Une matière complexe et diverse

Pendant les discussions préparatoires et le démarrage du Bureau du suivi il n'a pas été possible d'avoir une évaluation concrète du nombre de dossiers qui seraient soumis au Bureau du suivi.

Sur la base d'un sondage effectué par Assuralia auprès de 13 entreprises d'assurance offrant des assurances solde restant dû, en 2015, au moins 269.000 polices qui ont attiré à l'habitation propre et unique, auraient été conclues sur le marché belge.

Par rapport à ceci, le nombre de demandes d'examen introduites auprès du Bureau du suivi semble limité : dans 547 cas, le candidat-assuré s'est adressé au Bureau du suivi afin d'examiner son dossier. N'oublions toutefois pas qu'il s'agit ici de personnes présentant parfois un historique médical très sensible, qui ne peuvent pas souscrire d'assurance ou seulement moyennant une surprime supérieure à 75%.

Une conclusion générale sur l'application de la législation semble à ce stade prématurée.

D'une part, le Bureau du suivi n'a seulement une vue très restreinte sur le nombre de propositions pour lesquelles une surprime médicale supérieure à 75% est appliquée ou l'assurance est refusée pour des raisons de santé. En effet, il n'est seulement saisi par les personnes qui sont en désaccord avec la décision prise ou incertain sur l'exactitude de la proposition faite.

D'autre part, la législation est également composée d'un deuxième volet : un système de solidarité limite les surprimes médicales à 125% de la prime de base, permettant de rendre l'assurance solde restant dû plus abordable financièrement.<sup>1</sup>

Une première vue sur les demandes très diverses introduites auprès du Bureau du suivi, il apparaît que la politique d'acceptation peut être très diverse, bien que l'historique médical de deux personnes n'est jamais identique. Dans un marché concurrentiel il peut en effet être conseillé de demander à différentes entreprises d'assurance sous quelles conditions une assurance peut être proposée.

De par la combinaison de l'appréciation de risque individuelle, la politique d'acceptation propre et la politique de mutualisation de risque, il se peut que deux assureurs prennent une décision différente, qui peut se justifier.

Mis à part la propre politique d'acceptation et de solidarisation, tout au long des activités du Bureau du suivi, il a aussi été constaté que la prime de base est unique à chaque entreprise d'assurance, car chaque entreprise d'assurance détermine librement les tarifs qu'elle pratique.

La prime de base est la prime que chaque personne sans problème de santé d'un certain âge paye. Ceci représente la prime de la 'population de référence' d'une certaine catégorie d'âge, sans risque de décès accru.

Comme chaque société, chaque assureur a sa propre structure de frais. En outre, la prime de base est étroitement liée à la mutualisation des risques.

---

<sup>1</sup> 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. (Art. 28, AR du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, MB 10 juin 2014)

Le montant de la prime de base aura aussi une influence sur le montant de la surprime. Vu que dans chaque entreprise d'assurance la prime de base peut être différente, la prime totale pourra aussi être différente d'un assureur à l'autre.

Il est dès lors important pour le consommateur de comparer différents assureurs et de ne pas se focaliser sur une seule entreprise. Il existe en effet d'importantes différences desquelles le consommateur peut tirer profit : la propre structure de prime et de frais (la prime de base), la propre politique d'acceptation et d'application de surprime, mais aussi parfois un taux d'intérêt avantageux lié au crédit s'il choisit un assureur spécifique.

### *Un médecin complémentaire pour les représentants des patients*

Le Bureau du suivi est composé de manière paritaire de deux membres qui représentent les entreprises d'assurance (et deux suppléants) et de deux membres qui représentent les organisations de patients et consommateurs (deux suppléants également).

Initialement, trois médecins siégeaient au sein du Bureau du suivi : deux médecins qui représentent les entreprises d'assurances (qui participaient tour à tour aux réunions), et un médecin qui représentaient les organisations de patients.

De par la charge de travail élevée et la disponibilité d'un seul médecin au sein de la délégation des patients et consommateurs<sup>2</sup>, la charge d'examiner les dossiers et l'expertise médicale au sein de cette délégation aboutissait toujours auprès de cette seule personne.

Afin d'améliorer le fonctionnement du Bureau du suivi, un médecin complémentaire a été nommé au par les organisations de représentation des patients, ce qui ne fait qu'améliorer les débats. Le Ministre a également libéré des fonds complémentaires<sup>3</sup> pour que les associations de patients puissent pleinement assumer leur rôle au sein du Bureau du suivi.

---

<sup>2</sup> Voir aussi supra: p.4, section fonctionnement et le système de roulement entre représentants

<sup>3</sup> Question parlementaire du 16 novembre 2015 de Madame Els Van Hoof



## II. Résultats

### 1. Chiffres

#### a. En introduction

Le Bureau du suivi (parfois abrégé par “OBS” pour Opvolgingsbureau / Bureau du suivi) analyse la décision prise par l’entreprise d’assurance concernée et a la possibilité de soit adhérer à la décision soit de proposer une autre décision. Ainsi, un refus d’assurance pour raisons médicales reste possible.

Comme la Cour Constitutionnelle le jugeait dans son arrêt du 10 novembre 2011, il n’est pas possible d’obliger une entreprise d’assurance (ou un preneur d’assurance) de souscrire une assurance solde restant dû et la liberté de contracter subsiste<sup>4</sup>.

Une assurance est un contrat basé sur un aléa : il doit subsister un élément d’incertitude. Suivant que le risque (relatif) de décès augmente, il est de moins en moins répondu à cette condition de fait aléatoire afin de pouvoir encore parler d’assurance.

Lorsque le Bureau du suivi fait une nouvelle proposition, l’assureur concerné n’est pas tenu d’accepter cette proposition. Toutefois, si l’assureur désire contracter, il devra le faire sur la base de cette nouvelle proposition.

La possibilité existe dès lors que le candidat-assuré, pour qui le Bureau du suivi a fait une nouvelle proposition, ne se voit pas proposer d’assurance auprès de cette entreprise d’assurance. Libre au candidat-preneur ensuite de démarcher d’autres entreprises d’assurance.

#### b. Vue globale

En 2015, le Bureau du suivi a reçu 547 demandes d’examen. Ces demandes peuvent être réparties en 288 demandes relatives à des suppressions et 259 relatives à des refus d’assurance.

Parfois, l’assureur propose au candidat-assuré de revoir le dossier plus tard avec de nouvelles données médicales et l’on parlera alors d’un ajournement de la décision.

Le Bureau du suivi considèrera un ajournement comme un refus d’assurance, vu que l’assureur n’est pas (encore) disposé à offrir une assurance.

Le Bureau du suivi a examiné lors de chaque demande quel type de pathologie était à l’origine de la surprime ou du refus et les a groupé par catégories d’affections. Pour les dossiers où plus d’une affection était à l’origine de la décision, la catégorie ‘poly-pathologie’ a été créée.

Les données statistiques exposées concernent des demandes introduites entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2015 et elles ont été clôturées au 1<sup>er</sup> mars 2016.

---

<sup>4</sup> Question parlementaire du 28 décembre 2015 de Madame Leen Dierick.

	Total	Surprime	Refus
<b>Nombre total de demandes</b>	547	288	259
Nombre total de demandes recevables	397	193	204
dont examiné et clôturé	367	177	190
dont l'assureur a établi une nouvelle proposition de sa propre initiative	22	13	9
dont dossiers 2015 encore en cours (au 1 <sup>er</sup> mars 2016)	8	3	5
Nombre de dossiers placés sans suite en raison du manque d'informations de la part du demandeur <sup>5</sup>	85	95	55
Nombre de demandes irrecevables	65		

Au 1<sup>er</sup> mars 2016, 8 dossiers n'étaient pas encore clôturés.

Dans 65 cas, le Bureau du suivi a estimé que la demande soumise était irrecevable. Dans ces cas, la surprime médicale ne dépassait pas les 75% de la prime de base, la décision datant d'avant l'entrée en vigueur du Bureau du suivi<sup>6</sup> ou l'assurance ne servait pas à la couverture de l'habitation propre et unique.

### c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de 2015, le Bureau du suivi a analysé 397 cas où l'assureur a décidé d'appliquer une surprime ou un refus d'assurance en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

De ces 397 dossiers examinés, 193 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 204 dossiers concernaient un refus d'assurance.

<sup>5</sup> Une demande complète se compose d'une demande d'intervention, une copie de la lettre de décision de l'assureur et de l'original du document d'autorisation accompagné de la copie du recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées. Dans le cadre de ces dossiers, le demandeur n'a plus donné de suite à la demande du secrétariat de compléter la demande introduite, d'où l'examen n'a pas pu avoir lieu.

<sup>6</sup> Le Bureau du suivi est entré en fonction le 30 décembre 2014, ceci est la date de publication de son règlement d'ordre intérieur au Moniteur belge.

<b>Pathologie</b>	<b>Total</b>	<b>Surprime</b>	<b>Refus</b>
Cœur et vaisseaux sanguins	92	37	55
Tumeurs, affections malignes ou cancer	84	33	51
Diabète, intolérance au glucose	51	39	12
Polypathologie	40	15	25
Système digestif ou ventre	25	20	5
Affections psychiques	22	14	8
Système nerveux et cerveau	21	12	9
Maladies du système et auto-immunitaires	15	5	10
Reins ou voies urinaires	13	3	10
Métabolisme, hormones et glandes	13	8	5
Système respiratoire	7	1	6
Sang et ganglions lymphatiques	5	2	3
Infection ou maladie parasitaire	4	2	2
Affections rhumatologiques	2	2	0
Muscles et articulations	2	0	2
Peau	1	0	1

À l'examen des demandes relatives aux surprimes, nous constatons que celles-ci sont plus répandues parmi les groupes de pathologies, mais que plus de la moitié des demandes concernent le diabète, des affections cardiovasculaires ou des formes de cancer. En quatrième position figurent les affections liées au système digestif.

Les trois types d'affections les plus examinées en ce qui concernent les refus d'assurance se situent dans les catégories des affections cardiovasculaires, des formes de cancer et la catégorie des 'polypathologie'. Ces trois groupes de pathologies représentent près de deux-tiers des demandes relatives aux refus (64%).

Vu que chaque demande est examinée de manière individuelle, il est impossible de comparer ces 397 dossiers personnels qui ont été analysés distinctement et de pouvoir en tirer des conclusions univoques, uniquement sur la base des éléments de motivation et de la décision prise par le Bureau du suivi. Ceci pourrait engendrer de fausses attentes d'une part, mais d'autre part aussi mener à des déductions erronées.

### Un regard sur les surprimes examinées

Dans le cadre de l'examen de 193 dossiers relatifs à des surprimes médicales, le Bureau du suivi a été d'avis que la décision de l'assureur était justifiée dans 162 cas, soit 84%, et a suivi la décision prise par l'entreprise d'assurance.

Surprime - OBS suit la décision de l'assureur					
Diabète, intolérance au glucose	35	Affections psychiques	10	Sang et ganglions lymphatiques	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	30	Système nerveux et cerveau	9	Infection ou maladie parasitaire	2
Cœur et vaisseaux sanguins	30	Métabolisme, hormones et glandes	6	Système respiratoire	1
Système digestif ou ventre	16	Maladies du système et auto-immunitaires	5	Affections rhumatologiques	1
Polypathologie	12	Reins ou voies urinaires	3		

Dans 7,8% ou 15 dossiers, le Bureau du suivi a fait une nouvelle proposition à l'assureur et au candidat-prenneur d'assurance. Dans 13 cas, l'assureur a été disposé à proposer un contrat aux conditions de cette nouvelle proposition. Ainsi, 86% des nouvelles propositions ont été acceptées par les entreprises d'assurance.

Dans certains cas, l'entreprise d'assurance constate, lors de la constitution de son dossier pour le Bureau du suivi, que la décision initiale peut être rectifiée et elle a alors formulé d'initiative une nouvelle proposition à son candidat.

Ainsi, dans 13 cas (6,7%) le Bureau du suivi a été informé que l'assureur recontactait le demandeur avec une nouvelle proposition.

De la sorte, dans 26 dossiers la surprime a été revue lorsque le Bureau du suivi a demandé à l'assureur de fournir la motivation de sa décision.

<b>Surprimes: Nouvelle proposition OBS acceptée</b>			
Affections psychiques	4	Cœur et vaisseaux sanguins	3
Diabète, intolérance au glucose	4	Système nerveux et cerveau	2

<b>Surprimes: Nouvelle proposition émanant de l'assureur</b>	
Système digestif ou ventre	3
Polypathologie	3
Tumeurs, affections malignes ou cancer	2
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Affections rhumatologiques	1
Système nerveux et cerveau	1
Métabolisme, hormones et glandes	1

Deux propositions formulées par le Bureau du suivi n'ont pas été acceptées par les assureurs concernés. Il s'agissait d'une proposition dans le groupe des affections cardiovasculaires et d'un dossier concernant les pathologies du métabolisme.

À la clôture des données statistiques, 3 dossiers qui avaient attiré à des surprimes, n'étaient pas clôturés.

Vu les catégories d'affections très diverses parmi lesquelles tant le Bureau du suivi que les assureurs concernés ont fait une nouvelle proposition de surprime, il n'est pas possible de déterminer l'une ou l'autre type d'affection parmi laquelle le Bureau du suivi pourrait prévoir de faire une nouvelle proposition.

### Un regard sur les refus examinés

En 2015, le Bureau du suivi a examiné 204 refus d'assurance.

Parmi ces dossiers, le Bureau du suivi a estimé dans 170 dossiers ou dans 83% des cas, que la décision de l'assureur était justifiée d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance et a suivi la décision prise par cette entreprise.

Refus - OBS suit la décision de l'assureur					
Cœur et vaisseaux sanguins	49	Affections psychiques	6	Système respiratoire	5
Tumeurs, affections malignes ou cancer	48	Maladies du système et auto-immunitaires	6	Sang et ganglions lymphatiques	2
Polypathologie	18	Système nerveux et cerveau	5	Muscles et articulations	2
Reins ou voies urinaires	10	Système digestif ou ventre	5	Infection ou maladie parasitaire	1
Diabète, intolérance au glucose	8	Métabolisme, hormones et glandes	5		

De manière générale on peut estimer qu'un refus pour raisons médicales peut avoir trois causes ;

- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à court terme paraît défavorable ;
- Sur la base d'études scientifiques, un pronostic d'évolution de la maladie à plus long terme paraît défavorable ;
- L'évolution ou le pronostic de la maladie est (encore) insuffisamment décrite par la science. Ceci peut être dû au manque d'évidence scientifique d'une maladie rare, de l'effet d'une (nouvelle) thérapie ou un traitement récent, la possibilité de stabilisation d'une affection, etc.

Il est également possible que l'entreprise d'assurance refuse de proposer un contrat lorsque le candidat-assuré ne fournit pas tous les éléments médicaux demandés de sorte à ce que l'entreprise d'assurance concernée n'a pu évaluer le risque.

Ainsi, il serait peut-être conseillé dans certains cas, que l'assureur rappelle sa demande de pièces médicales manquantes dans sa lettre de refus.

Dans 20 dossiers (9,8%) le Bureau du suivi a établi une nouvelle proposition à l'assureur concerné et le candidat-preneur d'assurance.

Toutes ces propositions ont été acceptées par les entreprises d'assurance.

Tout comme cela a été le cas pour les surprimes, les entreprises d'assurance concernées ont pu revoir leur décision de refus lors de la préparation du dossier. Là où elles avaient initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 9 dossiers (4.4%) le Bureau du suivi a été informé que l'entreprise reprenait contact avec son candidat en formulant une nouvelle proposition.

Ces 29 nouvelles propositions ont été faites dans les groupes de pathologies suivants :

<b>Refus: Proposition OBS acceptée</b>	
Cœur et vaisseaux sanguins	5
Polypathologie	4
Diabète, intolérance au glucose	4
Système nerveux et cerveau	3
Maladies du système et auto-immunitaires	2
Affections psychiques	1
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1

<b>Refus: Nouvelle proposition de l'assureur</b>	
Maladies du système et auto-immunitaires	2
Polypathologie	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Système nerveux et cerveau	1
Affections psychiques	1
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Système respiratoire	1

À la clôture des données statistiques, 5 dossiers relatifs à des refus d'assurance n'étaient pas encore clôturés.

## 2. Délais de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, sa recevabilité est examinée :

- Cela concerne-t-il une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base ou un refus en raison de l'état de santé du candidat-assuré ?
- Le but de l'assurance est-il de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique ?
- La décision à examiner, date-t-elle d'après l'entrée en vigueur du Bureau du suivi ?

Une fois qu'il est clairement établi que la demande est recevable, l'entreprise d'assurance a deux semaines pour fournir au Bureau du suivi tous les éléments dont il dispose et qui sont nécessaires à l'examen du dossier. Il est demandé à l'entreprise d'assurance de motiver sa décision de manière circonstanciée et de compléter le dossier par les éléments médicaux que le candidat-assuré lui a fournis.

Dès que le dossier est complet, le Bureau du suivi dispose d'un délai de 15 jours ouvrables (3 semaines) afin d'examiner la demande introduite.

L'entreprise d'assurance est invitée à fournir sa réponse endéans les deux semaines.

En moyenne, en 2015, un assureur nécessitait environ 21 jours afin de compléter le dossier.

Dans la plupart des demandes de pièces aux assureurs il a été répondu dans les délais prévus. Uniquement dans la phase de démarrage il n'a pas été tout aussi aisé de disposer de toutes les pièces endéans les délais imposés.

Le Bureau du suivi constate en effet dans une minorité de dossiers qu'il n'a pas été répondu endéans les délais prévu par son règlement d'ordre intérieur.

Ce délai de réponse plus long peut toutefois être expliqué par trois facteurs :

- Certains dossiers ont souffert d'un retard dû à des problèmes techniques relatifs à la plateforme de gestion du Bureau du suivi, à la suite de quoi la réponse de l'assureur concerné n'a pu qu'être obtenue plus tard ;
- Dans certains cas, l'assureur a recontacté son candidat-assuré afin de disposer d'informations complémentaires et d'ainsi pouvoir optimiser sa proposition ;
- Aussi est-il possible que la suspension des réunions et le fait de postposer les dates des nouvelles séances du Bureau du suivi ait eu un impact sur les délais de réponse.

En moyenne, le dossier a été soumis au Bureau du suivi et traité dans les 18 jours, ce qui correspond environ au délai de 15 jours ouvrables (3 semaines) qu'a le Bureau du suivi afin de traiter les demandes.

Dans certains cas, le Bureau du suivi effectue une demande d'information complémentaire, ce qui peut rallonger les délais de gestion, vu que le dossier n'est pas encore complet.

De manière générale, nous pouvons estimer que la durée moyenne de gestion d'un dossier prend environ 4 à 5 semaines afin de demander les informations nécessaires auprès de l'assureur, de disposer d'un dossier complet et de prendre une décision au sein du Bureau du suivi.



Le Bureau du suivi constate également que toutes les parties concernées (entreprises d'assurances, membres du bureau, secrétariat), ont connu une forme de processus d'apprentissage et l'on remarque au cours de cette première année de travail une évolution positive sensible.

### III. Questionnaires médicaux

L'union professionnelle des entreprises d'assurance, Assuralia, a introduit un questionnaire médical sectoriel, qui a été approuvé moyennant quelques adaptations.

Ce questionnaire médical sectoriel a ensuite fait fonction de norme pour l'analyse des autres questionnaires introduits.

Le Bureau du suivi a reçu de la part de 17 entreprises d'assurance qui offrent l'assurance solde restant dû, la demande d'examiner leurs questionnaires médicaux.

Quasi toutes ces demandes relatives à l'approbation de questionnaires médicaux ont été introduites fin janvier 2015 par les entreprises d'assurance offrant des assurances solde restant dû.

De par le grand nombre de questionnaires et les points de vue divergents entre les différentes délégations au sein du Bureau du suivi, les débats à propos de ces questionnaires ont pris dans la plupart des cas jusqu'à 3 mois.

Particulièrement, l'équilibre très délicat entre le respect de la vie privée du candidat-assuré, de grande importance pour les représentants des consommateurs et patients, et la nécessité pour les entreprises d'assurance d'avoir une vue claire sur le risque de décès du candidat-assuré ont longuement et largement été débattu et à maintes reprises.

Dans le cadre de cet examen, l'avis de la Commission de la vie privée a également été demandé. Ainsi, après avoir sollicité cet avis, la clarté et la pertinence des questions posées afin de pouvoir estimer le risque de décès, ont été débattus<sup>7</sup>.

Là où la législation<sup>8</sup> prévoit un délai stricte d'un mois pour l'examen et la prise de décision concernant les questionnaires médicaux soumis, force est de constater que ce délai semble insuffisant dans la pratique.

En effet, l'analyse des questionnaires médicaux coïncide avec l'examen des dossiers soumis, mais il faut aussi chercher le consensus afin de convenir d'une proposition de reformulation.

Les quelques entreprises d'assurance qui ont introduites leurs questionnaires médicaux plus tard dans l'année ont pu être examinés de manière plus rapide, endéans les deux mois.

---

<sup>7</sup> Question parlementaire du 16 novembre 2015 de Madame Els Van Hoof, mais également la question parlementaire du 2 juin 2015 de Madame Karine Lalieux.

<sup>8</sup> Art.4, 2° alinéa, AR du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

#### **IV. Demandes d'avis aux autorités, administrations et organes spécialisés**

Au vu de la législation toute nouvelle, l'application et exécution de celle-ci n'est pas toujours évidente. Ainsi, dans quelques matières, l'avis d'instances et services disposant de l'expertise nécessaire a été sollicité.

- La Commission de la protection de la vie privée a été consultée concernant l'analyse et approbation des questionnaires médicaux.
- Il a été demandé conseil au SPF Economie concernant l'application du critère d'habitation propre et unique : la nue-propriété, la copropriété et le déménagement
- Ensuite, il a aussi été demandé à la FSMA de rendre un avis concernant ce critère d'habitation propre et unique.

## V. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

- À quel sujet?

L'assurance solde restant dû doit concerner un prêt hypothécaire pour l'habitation propre et unique. De plus, cette assurance solde restant dû doit avoir été refusée pour des raisons de santé ou la surprime doit être supérieure à 75% (de la prime de base) en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

L'entreprise d'assurance indiquera dans sa lettre de décision si ces conditions sont remplies.

- Comment ?

Le candidat-prenneur d'assurance, l'Ombudsman des Assurances ou un in des membres du Bureau du suivi peuvent introduire une demande d'examen.

Les éléments suivants sont nécessaires afin de pouvoir entamer l'analyse de la décision :

- Une **demande** d'examen adressée au Bureau du suivi ;
- Une copie ou un scan de la **décision de l'assureur** (proposition de surprime ou refus)
- Une **autorisation** (exemplaire disponible sur le site, fournir l'original par la poste avec une copie recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées). Avec ce document, le Bureau du suivi peut demander le dossier médical du candidat-assuré. Le document comporte également une déclaration expresse que l'assurance solde restant dû couvre un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique et qu'il est possible que le Bureau du suivi puisse se renseigner à ce propos auprès de Cadastre.

La demande d'examen doit être introduite par écrit, par la poste, courriel ou par [le formulaire de contact](#) sur le site internet.

### Coordonnées de contact

*Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû  
Square de Meeûs 35  
1000 Bruxelles*

[info@bureaudusuivi.be](mailto:info@bureaudusuivi.be)

[www.bureaudusuivi.be](http://www.bureaudusuivi.be)

Tél. : 02 547 57 70

Fax : 02 547 59 75

E.R. Bruno Bulthé, Président, *Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*.  
D/2016/13.852/1

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



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

Square de Meeûs 35  
1000 Bruxelles