



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

Rapport annuel d'activité

2019

Tables des matières

Avant-propos	3
I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi	4
Certaines évolutions, mais pas de révolution	6
II. Résultats	7
1. Chiffres	7
a. Introduction.....	7
b. Vue globale	8
c. Les demandes examinées plus en détail	11
Un regard sur les surprimes examinées	13
Un regard sur les refus examinés	15
d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi	17
2. Délai de gestion	19
III. Questionnaires médicaux.....	20
IV. Rapport du Data Protection Officer	21
V. Contact et procédure	22

Avant-propos

À l'heure où nous écrivons ces lignes, la crise sanitaire n'est pas encore tout à fait derrière nous. Depuis le début de la pandémie, le Bureau du suivi est attentif à la situation et prend les mesures qui s'imposent. Les conséquences se reflèteront à n'en pas douter dans les chiffres de l'année 2020. En pratique, un marché immobilier au ralenti signifie en effet une diminution du nombre de souscriptions de crédits hypothécaires et, par extension, d'assurances solde restant dû. Le nombre de dossiers traités par le service suit logiquement la même courbe. Sur le plan législatif, le « droit à l'oubli », inspiré du modèle français plus connu sous le nom de « convention AERAS », est désormais en vigueur. Nous reviendrons bien entendu plus en détails sur les effets de ces deux bouleversements sur le fonctionnement du Bureau du suivi dans un rapport d'activités 2020 qui s'annonce d'ores et déjà intéressant à plus d'un titre.

L'exercice 2019 aura, lui aussi, amené son lot d'enseignements. Le Bureau, qui a fêté ses cinq ans d'existence, n'a pas connu de changements majeurs dans sa composition ni dans ses méthodes de travail. La stabilité, la rigueur et la collégialité demeurent les maîtres mots. Néanmoins, pour la première fois après un tassement au fil des ans, les demandes sont repartiées à la hausse. Cette légère recrudescence permet de consolider la place du Bureau du suivi, dont les compétences sont à présent reconnues. Certes, les dossiers soumis à son analyse restent marginaux eu égard à l'ensemble des chiffres du marché. Et certes, dans la majorité de cas, la démarche n'aboutit pas à une réforme. Il n'en demeure pas moins que le Bureau du suivi, en sa qualité d'organe paritaire, passe des centaines de motivations au crible, veillant à ce qu'une décision prise par une compagnie d'assurance ne relève pas de l'arbitraire ou de la discrimination. Le service prône le consensus et la concertation entre représentants des différents secteurs qui peuvent se rencontrer et discuter afin de se prononcer d'une seule voix.

Le Bureau du suivi est et reste, en conclusion, un lieu de rencontre qui a de multiples raisons d'être. Certaines sont visibles, d'un côté comme de l'autre. Lorsqu'un candidat-preneur d'assurance voit un refus transformé en proposition, avec ou sans surprime médicale, ou une surprime revue à la baisse, voire supprimée, il peut s'estimer satisfait. Lorsqu'une compagnie d'assurance constate que le Bureau du suivi va dans le même sens qu'elle, confirmant une décision prise par un service d'acceptation médicale et étayée par un médecin-conseil, elle ne peut également que se féliciter. Dans les deux cas, et qu'elle que soit l'issue, l'opinion d'un organe neutre et impartial aura été bonne à prendre.

La plupart des mandats des membres arrivent à présent à échéance. Au vu du bon déroulement des réunions et de la fluidité des échanges entre les diverses délégations, ils pourront être renouvelés. En cette période incertaine, la continuité est le meilleur gage de réussite.

Bruno Bulthé
Président

I. Présentation et fonctionnement du Bureau du suivi

Le Bureau du suivi est composé paritairement de représentants des patients et des consommateurs d'une part et de représentants des assureurs d'autre part. Il est présidé par un magistrat indépendant. En 2019, un vice-président a été nommé en la personne d'André De Muylder, notamment juge de paix émérite à Etterbeek. Son mandat, à l'instar des autres membres et du président, est fixé à une durée de six ans.

Le Bureau est constitué de deux membres effectifs et deux membres suppléants désignés par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ; un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les patients ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant désignés par les organisations représentant les consommateurs.

Le secrétariat, qui est confié par la loi à une cellule spécifique auprès du service de l'Ombudsman des Assurances, apporte un soutien administratif et logistique et fait office de point de contact pour le consommateur. Il assure une permanence quotidienne afin d'encoder des demandes, de demander les dossiers aux compagnies et d'établir l'agenda des séances. Le secrétariat s'occupe de transmettre des questions, des remarques ou des avis entre les correspondants auprès des compagnies, d'une part, et les membres du Bureau, d'autre part. Il peut également fournir des renseignements d'ordre strictement général, par téléphone ou par e-mail.

À la requête du candidat-preneur d'assurance, de l'Ombudsman des Assurances ou d'un membre, le Bureau du suivi examine la décision d'une entreprise d'assurance lorsqu'une assurance solde restant dû est refusée ou une surprime médicale supérieure à 75% est appliquée pour raisons médicales. L'assurance solde restant dû doit être liée à un crédit hypothécaire dont l'objet est la construction, l'acquisition ou la rénovation de l'habitation propre et unique.

Le Bureau du suivi vérifie que la décision prise par une entreprise d'assurance se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le Bureau du suivi a également pour tâche d'examiner et d'approuver la formulation des questions posées dans les questionnaires médicaux utilisés par les entreprises d'assurance. Étant donné que la plupart des entreprises ont soumis leurs questionnaires les années précédentes, il a surtout été question, en 2019, d'analyser des adaptations ponctuelles.

Comme d'ordinaire, en 2019, le Bureau du suivi s'est également réuni à chaque quinzaine et a compté 25 séances de délibération. Dès lors, le Bureau a pu répondre à l'obligation légale de rendre son avis endéans 15 jours ouvrables dès réception du dossier complet.

À l'examen du refus ou de la surprime médicale, le Bureau du suivi vérifie le lien entre le risque de décès du candidat-assuré et celui d'une personne moyenne ne présentant aucun risque de santé spécifique. Le Bureau effectue une analyse approfondie de l'état de santé de chaque personne individuelle et examine si la décision de l'entreprise d'assurance est objectivée, études médicales scientifiques à l'appui. Au vu de la durée bien souvent longue que l'assurance couvre (de 20 à 30 ans, la plupart du temps), le Bureau tente d'identifier les pronostics à long terme. Il n'est bien entendu pas

exclu que la situation médicale d'une personne individuelle évolue ensuite autrement (positivement ou négativement).

Certaines évolutions, mais pas de révolution

En 2019, 432 demandes d'intervention ont été adressées au Bureau du suivi, parmi lesquelles 306 ont été jugées recevables et examinées. Ces chiffres s'élevaient respectivement à 416 et 286 en 2018.

Au cours de l'année 2019, grâce à l'intervention du Bureau, un ajustement de la décision initiale a été proposé dans le cadre de 73 dossiers recevable. Ce chiffre comprend non seulement les nouvelles propositions émanant du Bureau mais également les nouvelles propositions à l'initiative des entreprises d'assurance.

Deux tendances antagonistes se dégagent des chiffres évoqués ci-dessus. D'une part, le nombre de dossiers recevables, donc examinés, a augmenté de 7% par rapport à l'exercice précédent. D'autre part, le nombre de propositions d'ajustement a diminué, passant de 29% des cas en 2018, à 24% en 2019.

Dans tous les cas de figure, le Bureau du suivi examine minutieusement les dossiers et vérifie si la décision de l'assureur se justifie d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance. À quelques rares exceptions près, le Bureau se prononce de manière consensuelle dans les dossiers analysés. Soit le Bureau peut conseiller de réformer la décision et de proposer une assurance – moyennant surprime médicale ou à tarif normal - au candidat-preneur d'assurance, soit il juge que la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée est fondée. Il arrive également que le Bureau du suivi préconise un ajournement au lieu d'un refus catégorique, proposant alors à l'assureur de revoir sa position à partir d'une date précise et informant le candidat en ce sens. Par conséquent, la Bureau du suivi a un rôle régulateur mais peut également, du fait de son analyse neutre et objective, informer le candidat-preneur d'assurance à propos du bien-fondé de la décision prise par l'entreprise d'assurance.

Il est bon de rappeler que les demandes introduites auprès du Bureau du suivi sont (potentiellement) très diverses et complexes. D'une part, les situations médicales des candidats-preneurs d'assurance qui s'adressent au Bureau du suivi présentent des différences considérables. D'autre part, les assureurs se distinguent par leur politique d'acceptation et de tarification. Il peut s'avérer judicieux, pour un candidat-assuré, de consulter plusieurs entreprises d'assurance à titre comparatif.

Enfin, l'année 2019 s'est caractérisée par un faible nombre de dossiers clôturés par manque de réaction des candidats-preneurs d'assurance. Cette tendance peut s'expliquer par un suivi plus systématique des dossiers par le secrétariat, qui ne manque pas de contacter les intéressés afin de compléter leur demande.

II. Résultats

1. Chiffres

a. Introduction

Le Bureau du suivi analyse la décision prise par l'entreprise d'assurance concernée et a la possibilité soit d'adhérer à la décision, soit de proposer une autre décision, toujours dans l'intérêt de lu candidat-assuré : une surprime ne pourra en aucun cas être revue à la hausse.

En vertu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle 16/2011, il n'est pas possible d'obliger une entreprise d'assurance de proposer une assurance solde restant dû, ni de contraindre un candidat à souscrire un contrat à des conditions précises. La liberté de contracter subsiste.

La législation stipule d'une part qu'une proposition formulée par le Bureau du suivi doit être « contraignante ». Or, d'autre part, le Bureau du suivi ne peut obliger aucune partie à conclure un contrat, tel que confirmé par la Cour constitutionnelle.

En d'autres termes, un assureur peut a priori se réserver le droit d'offrir ou non une assurance. En revanche, si ledit assureur décide de proposer une assurance, il devra s'en tenir à la proposition du Bureau du suivi. Il ne lui est pas autorisé de déroger à celle-ci et de proposer d'autres conditions.

En 2018, seules deux nouvelles propositions émanant du Bureau du suivi n'ont pas été suivies par l'assureur, contre sept en 2019. Lorsqu'un tel cas de figure se présente, le candidat-preneur d'assurance est invité à s'adresser à un autre assureur.

b. Vue globale

En 2019, le Bureau du suivi a reçu 432 demandes d'examen. Ces demandes peuvent être réparties en 244 demandes relatives à des surprimes et 188 relatives à des refus d'assurance. Parfois, l'assureur n'est pas disposé à offrir une couverture au moment souhaité par le candidat-prenneur d'assurance, mais lui propose de réévaluer la situation à une date ultérieure afin d'avoir du recul par rapport à un diagnostic posé récemment ou à un traitement encore en cours, pour ne citer que deux exemples. Il sera alors question d'un ajournement de la décision.

Le Bureau du suivi considèrera un ajournement comme un refus d'assurance, dans la mesure où l'assureur n'est pas (encore) disposé à offrir une couverture.

Le Bureau du suivi a examiné lors de chaque demande quel type de pathologie était à l'origine de la surprime ou du refus et a regroupé les pathologies par catégories. Pour les dossiers où plusieurs affections sont à l'origine de la décision, on parlera de poly-pathologie.

Les données statistiques exposées concernent des demandes introduites entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

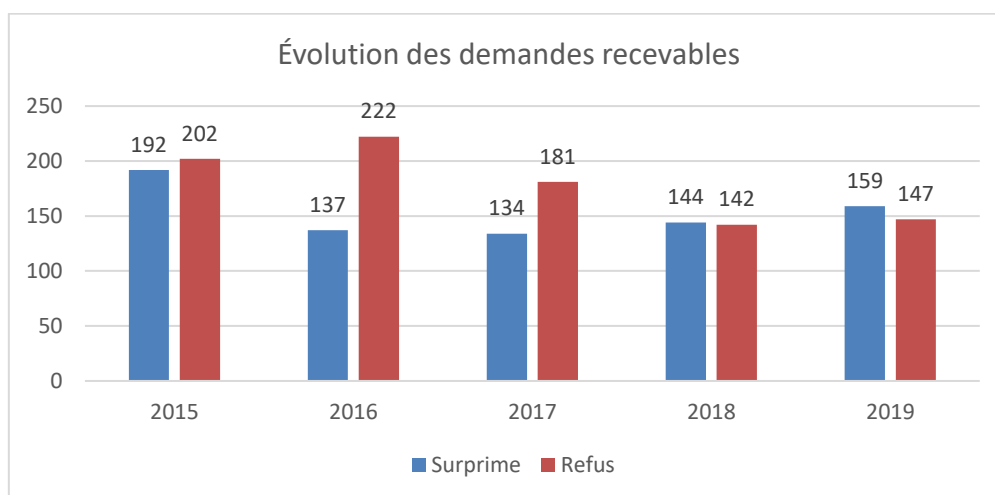
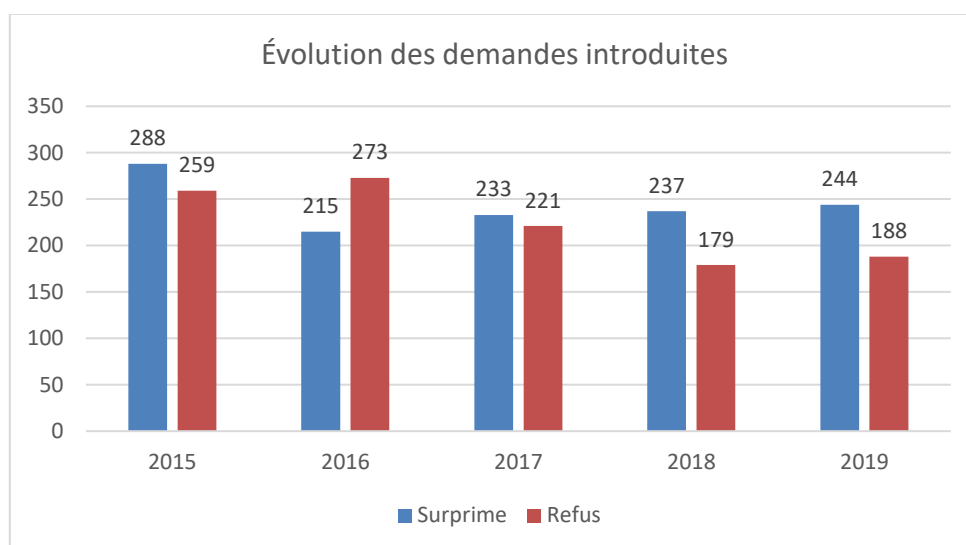


Tableau 1

Aperçu des demandes introduites	2015			2016			2017			2018			2019		
	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus	Total	Surprime	Refus
Demandes introduites	547	288	259	488	215	273	454	233	221	416	237	179	432	244	188
Demandes incomplètes	85			71			62			63			47		
Demandes irrecevables	68			58			77			67			79		
Demandes recevables et examinées	394	192	202	359	137	222	315	134	181	286	144	142	306	159	147
Décisions confirmées par le Bureau du suivi	335	163	172	296	106	190	242	94	148	201	87	114	233	116	117
Nouvelles propositions formulées par le Bureau du suivi	35	15	20	46	26	20	48	24	24	61	40	21	46	29	17
Nouvelles propositions formulées par l'assureur après demande de dossier	24	14	10	17	5	12	25	16	9	24	17	7	27	14	13

Dans 79 cas, le Bureau du suivi a estimé que la demande soumise était irrecevable. Dans ces cas, la surprime médicale ne dépassait pas les 75% de la prime de base ou l'assurance ne servait pas à la couverture de l'habitation propre et unique. Il peut également s'agir d'une surprime ou d'un refus d'assurance lié au mode de vie, pour lequel le Bureau du suivi n'est pas compétent.

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

c. Les demandes examinées plus en détail

Au cours de l'année 2019, le Bureau du suivi a analysé 306 cas où l'assureur a décidé d'appliquer une surprime ou un refus d'assurance en raison de l'état de santé du candidat-assuré.

Parmi ces dossiers examinés, 159 concernaient l'application d'une surprime médicale supérieure à 75% de la prime de base et 147 dossiers concernaient un refus d'assurance.

Tableau 2

Catégories de maladies analysées en 2019	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	74	21	53
Polypathologie	54	24	30
Cœur et vaisseaux sanguins	39	23	16
Affections psychiques	25	18	7
Diabète, intolérance au glucose	20	18	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	18	14	4
Reins ou voies urinaires	16	7	9
Système nerveux et cerveau	14	10	4
Système digestif ou ventre	12	8	4
Autres affections	11	7	4
Maladies système ou auto-immunitaire	5	3	2
Système respiratoire	4	0	4
Maladies infectieuses ou parasitaires	4	2	2
Muscles et articulations	3	1	2
Handicap (héréditaire ou après accident)	3	1	2
Sang et ganglions lymphatiques	2	1	1
Peau	1	0	1
Rhumatologie	1	1	0
TOTAL	306	159	147

De manière générale, on constate que les surprimes prennent légèrement le pas sur les refus. Il est permis de supposer, avec toutes les réserves liées notamment à la proportion de dossiers examinés par le Bureau du suivi, que certaines affections s'avèrent plus facilement assurables au fil du temps. Le cas du diabète est intéressant, dans la mesure où il ne donne pratiquement plus jamais lieu à un refus tant qu'il n'est pas associé à des complications.

Concernant les cancers, les refus analysés sont deux fois plus nombreux que les surprimes. Il convient à ce titre de souligner que de nombreux ajournements figurent parmi ces refus. Une compagnie attend ainsi la fin d'un traitement ou le délai à partir duquel un patient présente moins de risques de décès. Cette période d'attente peut aller de quelques mois à quelques années, selon le cas. En cas d'amélioration de son état de santé, le candidat-assuré a intérêt à s'adresser à nouveau à la compagnie et à demander de reconsidérer la situation et de proposer de nouvelles conditions.

Le trio de tête est toujours constitué des trois mêmes catégories : « tumeurs », « polypathologie » et « cœurs ». Parmi les cas les plus courants en polypathologie, citons l'obésité morbide associée à une cardiopathie. De même, les affections psychiques peuvent se retrouver liées à toute autre catégorie.

Les quatre demandes relatives à des affections respiratoires ont trait à un refus. Cette catégorie comprend entre autres des maladies telles que la mucoviscidose. Or cette maladie est précisément reprise dans la grille de référence dans le cadre du droit à l'oubli, tout comme d'autres maladies chroniques et certains cancers. Si des conditions particulières sont bien remplies, la loi prévoit qu'un patient atteint de mucoviscidose peut obtenir une couverture, avec une surprime médicale plafonnée. Cette nouvelle réalité pourrait se refléter dans les chiffres de l'année prochaine.

Au vu du caractère individuel de chaque demande examinée, il est impossible de comparer ces 306 dossiers personnels qui ont été analysés distinctement et de pouvoir en tirer des conclusions univoques, uniquement sur la base des éléments de motivation et de la décision prise par le Bureau du suivi. Ceci pourrait d'une part engendrer de fausses attentes et, d'autre part, également mener à des déductions erronées.

Un regard sur les surprimes examinées

En 2019, le Bureau du suivi a examiné 159 dossiers relatifs à des surprimes médicales, ce qui constitue une hausse de 15 dossiers par rapport à 2018. Après examen, il s'est avéré dans 116 dossiers que la décision de l'entreprise d'assurance d'appliquer une surprime médicale se justifiait et a dès lors été suivie par le Bureau du suivi. Cette proportion de décisions confirmées a été de 73% en 2019, pour 60% en 2018 : on constate dès lors que le Bureau a davantage suivi les points de vue motivés des compagnies d'assurance. Les surprimes confirmées par le Bureau se répartissent comme suit :

Tableau 3

Surprimes – Le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Cœur et vaisseaux sanguins	21
Polypathologie	20
Diabète, intolérance au glucose	13
Tumeurs, affections malignes ou cancer	13
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	13
Affections psychiques	10
Système nerveux et cerveau	8
Reins ou voies urinaires	5
Système digestif ou ventre	4
Autres maladies	3
Maladies système ou auto-immunitaire	2
Maladies infectieuses ou parasitaires	2
Sang et ganglions lymphatiques	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
TOTAL	116

Dans 29 dossiers (18%), le Bureau du suivi a formulé une nouvelle proposition à l'assureur concerné et au candidat-prenneur d'assurance. Soulignons que parmi les 29 nouvelles propositions, seules deux n'ont pas été suivies par les assureurs concernés.

Dans certains cas, l'entreprise d'assurance constate, lors de la constitution de son dossier pour le Bureau du suivi, que la décision initiale peut être rectifiée et elle a alors formulé une nouvelle proposition à son candidat de sa propre initiative. Cette situation est survenue dans le cadre de 14 dossiers, soit 9%. La surprime est alors revue à la baisse, voire annulée par l'assureur.

Au total, ce sont donc 41 dossiers relatifs à des surprimes qui ont été réformés suite à la demande de justification du Bureau du suivi introduit par le candidat, ce qui représente 26% de réformes.

Tableau 4

Surprimes : nouvelle proposition Bureau du suivi acceptée	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	5
Diabète, intolérance au glucose	5
Affections psychiques	5
Système digestif ou ventre	3
Polypathologie	2
Système nerveux et cerveau	2
Cœur et vaisseaux sanguins	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Muscles et articulations	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
TOTAL	27

Tableau 5

Surprimes : nouvelle proposition émanant de l'assureur	
Affections psychiques	3
Autres affections	3
Tumeurs, affections malignes ou cancer	2
Diabète, intolérance au glucose	2
Polypathologie	2
Système digestif ou ventre	1
Maladies systémiques et auto-immunes	1
TOTAL	14

Vu les catégories d'affections très diverses pour lesquelles tant le Bureau du suivi que les assureurs concernés ont fait une nouvelle proposition de surprime, il n'est pas possible de déterminer l'un ou l'autre type d'affection plus susceptible de faire l'objet d'une nouvelle proposition par le Bureau du suivi. Cependant, uniquement sur la base des chiffres des années précédentes, nous constatons que les surprimes relatives aux affections oncologiques ont été davantage réformées en 2019.

Un regard sur les refus examinés

En 2019, le Bureau du suivi a examiné 147 refus d'assurance, soit 5 de plus qu'en 2018.

Dans cette catégorie, le Bureau du suivi a estimé dans 117 dossiers – soit 80% des cas – que le refus se justifiait d'un point de vue médical et au regard des techniques d'assurance.

Le pourcentage de refus jugés raisonnables d'un point de vue médical et au regard des techniques de l'assurance par le Bureau du suivi n'a pratiquement pas évolué par rapport aux années précédentes.

Tableau 6

Refus : le Bureau du suivi suit la décision de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	45
Polypathologie	25
Cœur et vaisseaux sanguins	12
Reins ou voies urinaires	9
Affections psychiques	6
Système respiratoire	4
Autres affections	3
Muscles et articulations	2
Maladies système ou auto-immunitaire	2
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	2
Système digestif ou ventre	2
Système nerveux et cerveau	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Peau	1
Diabète, intolérance au glucose	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
TOTAL	117

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

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

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

Lorsque le Bureau du suivi l'estime approprié, il énonce dans son avis que des éléments médicaux sont manquants pour évaluer adéquatement l'état de santé. Il invite dès lors la compagnie à demander les éventuels rapports complémentaires nécessaires à une analyse fiable de l'état de santé du candidat.

Dans 17 dossiers (12%), le Bureau du suivi a conseillé une nouvelle décision à l'assureur concerné et en a avisé le candidat-preneur d'assurance. Dans 12 dossiers, l'assureur était disposé à proposer une assurance aux conditions du Bureau du suivi. En revanche, 5 propositions sur les 17 n'ont pas été suivies par les assureurs concernés.

Tout comme cela a été le cas pour les surprimes, les entreprises d'assurance concernées ont pu revoir leur décision de refus lors de la préparation du dossier. Là où elle avait initialement refusé de proposer un contrat d'assurance, dans 13 dossiers, l'entreprise a formulé une nouvelle proposition de sa propre initiative, ce qui signifie que 9% des refus sont réformés avant même que le Bureau du suivi ne se prononce. Au total, ce sont 25 refus qui ont finalement abouti à une réforme. Ces nouvelles propositions ont été émises dans les groupes de pathologies suivants :

Tableau 7

Refus : proposition du Bureau du suivi acceptée	
Système nerveux et cerveau	3
Polypathologie	2
Tumeurs, affections malignes ou cancer	1
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	1
Maladies infectieuses ou parasitaires	1
Système digestif ou ventre	1
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Autres affections	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	1
TOTAL	12

Tableau 8

Refus : nouvelle proposition de l'assureur	
Tumeurs, affections malignes ou cancer	7
Diabète, intolérance au glucose	1
Sang ou système lymphatique	1
Cœur et vaisseaux sanguins	1
Affections psychiques	1
Polypathologie	1
Système digestif ou ventre	1

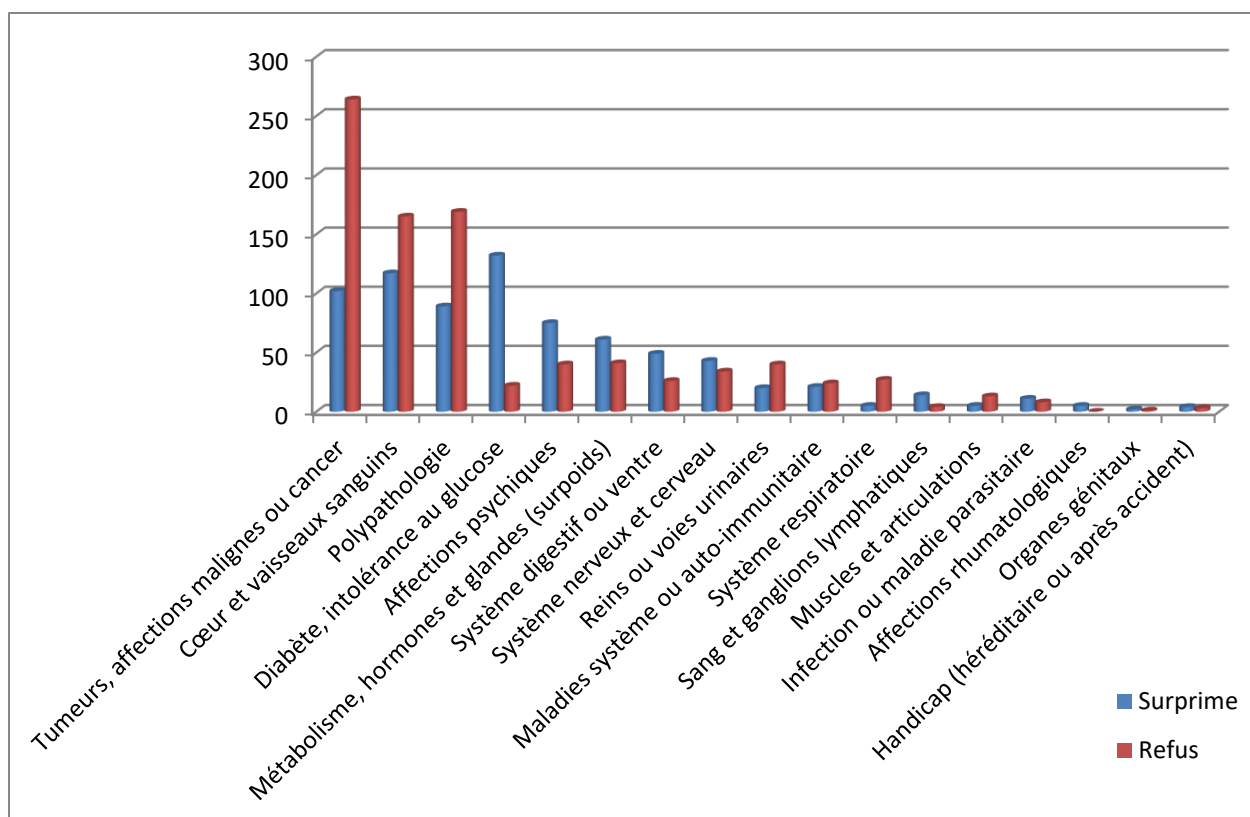
TOTAL	13
--------------	-----------

Les 5 dossiers pour lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas suivi la proposition du Bureau du suivi concernent 2 affections cardiaques, 1 cas d'obésité morbide majeure et 2 cas de polypathologie.

d. Résultats globaux depuis la création du Bureau du suivi

Au fil des années : demandes examinées depuis 2015			
Pathologie	Total	Surprime	Refus
Tumeurs, affections malignes ou cancer	366	102	264
Cœur et vaisseaux sanguins	282	117	165
Polypathologie	258	89	169
Diabète, intolérance au glucose	154	132	22
Affections psychiques	115	75	40
Métabolisme, hormones et glandes (surpoids)	102	61	41
Système nerveux et cerveau	77	43	34
Système digestif ou ventre	75	49	26
Reins ou voies urinaires	60	20	40
Maladies système ou auto-immunitaire	45	21	24
Système respiratoire	32	5	27
Autres affections	23	11	12
Maladies infectieuses ou parasitaire	19	11	8
Muscles et articulations	18	5	13
Sang et ganglions lymphatiques	17	13	4
Affections rhumatologiques	5	5	0
Organes génitaux	3	2	1
Handicap (héréditaire ou après accident)	7	4	3
Peau	2	1	1
	1660	766	894

Résultats globaux	Total	Surprime	Refus
Nombre de dossiers recevables et demandes examinées	1660	766	894
Confirmation de la décision par le Bureau du suivi	1308	567	741
% du total	78,7%	73,9%	82,8%
Proposition de réforme (acceptée par assureur)	211	126	85
% du total	12,7%	16,4%	9,5%
Proposition de réforme (pas acceptée par assureur)	25	8	17
% du total	1,5%	1%	1,9%
Nouvelle proposition émanant de l'assureur	117	66	51
% du total	7%	8,6%	5,7%



D'un point de vue global, la décision de l'entreprise d'assurance est considérée comme fondée dans un peu moins de 8 dossiers sur 10, ce qui n'a pas fondamentalement changé par rapport aux années précédentes. Il ressort également qu'en moyenne, les refus d'assurance appliqués par les entreprises d'assurance sont davantage suivis par le Bureau que les surprimes.

En tout et pour tout, environ 1 dossier sur 5 fait l'objet d'une décision réformée après intervention du Bureau du suivi. Cette proportion n'a, elle non plus, pratiquement pas évolué.

Concernant les types de maladie, on peut observer que le Bureau du suivi est le plus souvent sollicité par des candidats-assurés ayant des antécédents de cancer, une problématique cardiaque ou une combinaison d'affections (polypathologie). Ces trois catégories représentent une majorité des dossiers analysés, et se caractérisent par un nombre significatif de refus. En effet, elles constituent à elles seules deux-tiers des refus examinés. Les données chiffrées de 2019 ne remettent pas en question cet ordre.

Les surprimes les plus fréquemment analysées par le Bureau du suivi ont trait au diabète, aux affections cardiaques et à des types de cancer. Ces trois catégories représentent plus de la moitié des surprimes examinées.

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

2. Délai de gestion

Lorsque la demande d'examen est introduite, le Bureau du suivi vérifie entre autres si :

- elle concerne 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 de couvrir un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique

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

Le Bureau du suivi constate que le délai de réponse est stable par rapport aux années précédentes. Globalement, l'entreprise d'assurance fournit les renseignements requis endéans le délai imparti de 15 jours.

Dès que le dossier est complet, le Bureau du suivi dispose à son tour d'un délai de 15 jours ouvrables afin d'examiner la demande introduite.

D'ordinaire, le Bureau du suivi traite les dossiers endéans ledit délai. Néanmoins, dans certains cas où le Bureau du suivi demande des informations complémentaires ou des précisions, le délai de traitement peut se voir rallongé. De manière générale, la gestion complète d'un dossier prend environ un mois.

Au fil du temps, une routine et une méthodologie se sont mises en place et le Bureau du suivi constate également que tous les intéressés (entreprises d'assurance, membres du Bureau, secrétariat) poursuivent cette évolution positive manifeste.

III. Questionnaires médicaux

De manière générale, les questionnaires médicaux des entreprises d'assurance ont été soumis à l'analyse du Bureau du suivi dans l'année qui a suivi son entrée en vigueur, en 2015, et dans une moindre mesure en 2016. Depuis lors, le Bureau a principalement reçu deux types de demandes :

- Des modifications apportées à un questionnaire médical par un assureur, qui en informe le Bureau du suivi en vue de son approbation.
- L'analyse et l'approbation de questionnaires médicaux électroniques mis en place par un certain nombre d'entreprises d'assurance.

En 2019, le Bureau du suivi n'a pas examiné de nouveaux questionnaires à proprement parler. Il s'est uniquement penché sur des adaptations ponctuelles que les assureurs ont voulu apporter à leurs questionnaires.

Il arrive également qu'une question attire l'attention d'un candidat lorsqu'il remplit un questionnaire, ou qu'un membre du Bureau du suivi remarque un passage non conforme au cours de l'analyse d'un dossier. Il se peut en effet qu'un intermédiaire, par exemple, utilise une version antérieure à celle approuvée par le Bureau du suivi. Dans ce cas, le Bureau du suivi ne manque pas de le signaler à l'instance concernée et demande de rectifier le passage en question. Il s'agit notamment de questions relatives aux données génétiques, qui ne peuvent en aucun cas être utilisées dans la motivation et la tarification. Le Bureau du suivi est sensible à la question et veille à ce que les dispositions légales soient respectées.

En cas de problèmes persistants et à défaut de réaction de la part de l'entreprise ou de l'intermédiaire concerné, le Bureau du suivi se réserve le droit d'interpeller la FSMA, autorité de contrôle du secteur. La FSMA peut en outre être sollicitée, en dernier recours, lorsque les membres du Bureau du suivi relèvent des manquements récurrents dans les motivations et les dossiers préparés par une entreprise d'assurance.

Il convient de rappeler que l'analyse d'un questionnaire médical relève d'un équilibre délicat entre la vie privée du candidat-assuré et la nécessité de l'entreprise d'assurance de pouvoir évaluer adéquatement le risque à assurer. Rappelons également qu'un questionnaire médical a finalement pour but d'aider le candidat-assuré à remplir son obligation de déclaration tel que prévu légalement.

IV. Rapport du Data Protection Officer

Comme l'ensemble des instances concernées, le Bureau du suivi a pris dûment connaissance du contenu des dispositions du Règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Étant donné que les membres et le secrétariat sont amenés, dans l'analyse ou l'encodage des dossiers, à traiter des données médicales, le service a pris les mesures additionnelles qui s'imposent. Il convient toutefois de signaler qu'au vu du caractère hautement sensible de certaines données, les précautions de rigueur s'appliquaient déjà auparavant.

Un délégué à la protection des données, également appelé Data Protection Officer (DPO), veille au respect des règles en matière de protection des données. Le DPO fait directement rapport au président du Bureau et dispose de moyens suffisants (en temps, en ressources humaines et matérielles et en budget).

Le DPO est bien évidemment le point de contact obligatoire en cas de fuite de données, mais également la personne de référence pour les questions de la part des parties concernées (personnes reprises, membres et secrétariat, voire autorités) relatives au traitement des données par le Bureau.

Hormis ces mesures bien précises et imposées, l'entrée en vigueur du RGPD n'a dès lors pas bouleversé le fonctionnement du Bureau. En effet, dès la création du service, au vu du caractère sensible des données traitées, la plupart de ces pratiques étaient déjà mises en place.

En 2019, le DPO a enregistré une demande d'accès à des informations médicales, formulée par un candidat-assuré.

Le DPO peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@bureaudusuivi.be, ou par courrier postal adressé au Bureau du suivi.

V. Contact et procédure

Procédure afin d'introduire une demande d'examen

- À quel sujet ?

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

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

- Comment ?

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

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

- Une **demande** d'examen adressée au Bureau du suivi ;
- Une copie ou un scan de la **décision de l'assureur** (proposition de surprime ou refus)
- Une **autorisation** (exemplaire disponible sur le site, fournir l'original par la poste avec une copie recto-verso de la carte d'identité des personnes concernées). Avec ce document, le Bureau du suivi peut 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 du Cadastre.

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

Coordonnées de contact

Le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû

Square de Meeûs 35

1000 Bruxelles

info@bureaudusuivi.be

www.bureaudusuivi.be

Tél. : 02 547 57 70

Fax : 02 547 59 75

E.R. Bruno Bulthé, Président, *Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû*.

D/2019/13.852/1

Een Nederlandstalige versie is beschikbaar in Pdf-formaat op de website www.opvolgingsbureau.be



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

Square de Meeûs, 35
1000 Bruxelles