

BETERE TOEGANG TOT DE SCHULDSALDOVERZEKERING VOOR PERSONEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE

WET PARTYKA VANAF 1 JANUARI 2015 EINDELIJK VAN START

Sinds jaar en dag strijdt het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) samen met zijn achterban voor een verbeterde toegang tot de verzekeringsmarkt voor personen met een chronische ziekte of handicap. Regelmatig ontvangt het klachten van patiënten over bijpremies of weigeringen voor een schuldsaldoverzekering. Het VPP plaatste deze problematiek op de beleidsagenda en werkte actief mee aan de totstandkoming van de wet Partyka. De wet Partyka zorgt voor meer transparantie binnen de verzekeringssector, beroepsmogelijkheden tegen beslissingen van de verzekeraar en een solidariteitsmechanisme.

In dit artikel schetsen we de inhoud van de wet Partyka. Wat mogen personen met een chronische ziekte of handicap vanaf 1 januari 2015 verwachten als zij een schuldsaldoverzekering willen afsluiten?

1. Meer transparantie

1.1. Motiveringsplicht van de verzekeraar

Wanneer een schuldsaldoverzekeraar je een bij premie aanreken of je weigert omwille van gezondheidsproblemen, dan moet hij dit objectief en redelijk motiveren. Deze motiveringsplicht bevat minstens volgende elementen:

- de **medische redenen** voor de beslissing;
- bij bij premie¹: de **hoogte van de bij premie** zowel in euro als in percentage van de basis premie;
- de **persoonsgegevens van de raadsgeneesheer** van de verzekeraar voor vragen;
- de mogelijkheid voor kandidaat-verzekerden om **referenties naar studies en statistieken** op te vragen of meer uitleg over de **berekening van de bij premie**;
- contactgegevens van en informatie over het **Opvolgingsbureau voor tarifiering** (zie 2.2.).

Wil je zelf of via je behandelend arts (bv. je huisarts of je specialist) **meer informatie** krijgen over de motivering van de verzekeraar, dan moet jij of je arts dit **schriftelijk aanvragen** bij de raadsgeneesheer van de verzekeraar. De verzekeraar moet je vraag binnen de 8 werkdagen schriftelijk beantwoorden. Op jouw verzoek moet de verzekeraar je volgende gegevens meedelen:

¹ Definitie basis premie en bij premie

-Basis premie: de laagste premie die de verzekeraar aanbiedt voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeringsonderneming om redenen van de gezondheidstoestand toekent

-Bij premie: deel van de premie die de verzekeraar aanreken voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, dat de basis premie overstijgt en om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend

- de referenties van studies en/of statistieken waarop de beslissing genomen werd. De verzekeraar moet je ofwel de elektronische link naar deze bronnen meedelen (indien beschikbaar) ofwel je een afschrift van de studies en/of statistieken bezorgen en/of
- technische uitleg over de berekening van de bijpremie: wat is de proportionele relatie tussen het oversterftepercentage en de hoogte van de bijpremie?

De verzekeraar hoeft je geen bedrijfseigen informatie te geven zoals ondernemingsstatistieken of acceptatie- en tarifieringsregels.

1.2. Strikte antwoordtermijn

Als je een schuldsaldoverzekering aanvraagt en de verzekeraar beschikt over alle informatie (o.a. medische vragenlijst en eventueel bijkomende medische attesten), dan moet je de beslissing van de verzekeraar voortaan **binnen de 15 werkdagen** ontvangen.

1.3. Gecontroleerde medische vragenlijsten

De **medische vragenlijsten**, die verzekeringsondernemingen gebruiken, worden voortaan **gecontroleerd** door een externe instantie, met name het Opvolgingsbureau voor tarifiering (zie 2.2.). De vragenlijsten moeten de **privacywetgeving** volgen en mogen geen vragen bevatten over seksualiteit, hobby's, buitenlandse reizen en beroepsleven.

2. Beroepsmogelijkheden

De beroepsmogelijkheden die we hieronder worden opsommen gelden enkel voor schuldsaldoverzekeringen die worden afgesloten voor de bouw, verbouwing of aankoop van een enige en eigen gezinswoning. Ze gelden dus bijvoorbeeld niet voor een tweede verblijf, een handelspand of een woning die je zelf niet zal bewonen.

2.1. Herevaluatie door een herverzekeraar

Als je een **bijpremie** moet betalen die minstens **25%** van de basispremie bedraagt, dan heb je recht op een **herevaluatie door een herverzekeraar**.

Wat is een herverzekeraar?

Door zich te herverzekeren voorkomt een verzekeraar dat mogelijke schadegevallen die hij moet uitkeren plotseling te groot worden voor zijn eigen financiën. Dit risico kan de verzekeraar zelf laten verzekeren door een herverzekeraar. Herverzekeraars zijn meestal internationale ondernemingen die o.a. beschikken over wereldwijde expertise inzake gezondheidsrisico's, premiebepalingen en schadebeheer.

Je vraagt de herevaluatie **rechtstreeks** bij je verzekeraar aan. De verzekeraar verzendt je vraag vervolgens naar zijn herverzekeraar. Binnen een termijn van 15 werkdagen na je vraag tot herevaluatie moet je een antwoord krijgen. Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, dan moet het **verzekeringsvoorstel aangepast** te worden.

Opgelet: de kans is groot dat de verzekeraar zich voor zijn beslissing tot bijpremie of weigering al gebaseerd heeft op de gegevens van zijn herverzekeraar. Om geen tijd te verliezen kan het dus interessanter zijn om direct een aanvraag in te dienen bij het Opvolgingsbureau voor tarifiering (tenzij de hoogte van je bijpremie zich tussen 25% en 75% bevindt).

2.2. Aanvraag bij het Opvolgingsbureau voor tarifiering

Een kandidaat-verzekerde, die een **bijpremie van meer dan 75%** krijgt voorgesteld of **geweigerd** wordt, kan een aanvraag indienen bij het **Opvolgingsbureau voor tarifiering**. Dit bureau bestaat enerzijds uit vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen en anderzijds uit vertegenwoordigers van consumenten en patiënten. Het bureau wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat.

Het bureau zal nagaan of de bijpremie van meer dan 75% of de weigering vanuit **medisch en verzekeringstechnisch** oogpunt correct is. Het Opvolgingsbureau kan akkoord gaan met het oorspronkelijke voorstel van de verzekeraar of een aangepast verzekeringsvoorstel doen. Dit laatste houdt een lagere bijpremie in of een toelating (met bijpremie) in plaats van een weigering.

Zodra je dossier bij het Opvolgingsbureau voor tarifiering volledig is, moet deze instantie **binnen 15 werkdagen** schriftelijk een verzekeringsvoorstel aan jou en aan de verzekeraar bezorgen. De verzekeraar moet jou en het Opvolgingsbureau binnen een redelijke termijn meedelen of hij het aangepaste voorstel aanvaardt of niet.

Opgelet! De verzekeraar is niet verplicht om het voorstel van het Opvolgingsbureau te volgen. Als de verzekeraar het voorstel niet volgt, kan je met dit voorstel steeds andere verzekeraars aanspreken.

Hoe moet je een **aanvraag** indienen bij het Opvolgingsbureau voor tarifiering?

Je richt een **mail of brief** naar het Opvolgingsbureau met volgende gegevens:

- de aanvraag: je contactgegevens, naam van de verzekeraar, de redenen waarom je de bijpremie of weigering betwist,
- een kopie of scan van de brief van de verzekeraar met het verzekeringsvoorstel,
- toelating voor het Opvolgingsbureau om je gezondheidsgegevens (zoals de medische vragenlijst en eventueel medische attesten) bij de verzekeraar op te vragen. Je kan dit toelatingsformulier op de website van het Opvolgingsbureau downloaden en
- een volmacht indien de verzekeringsnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn. (Bijvoorbeeld als jij een schuldsaldoverzekering voor een andere persoon afsluit). Je kan het formulier voor volmacht op de website van het Opvolgingsbureau downloaden.

Contactgegevens:

Opvolgingsbureau voor tarifiering
De MeeÛsquare 35
1000 Brussel
Tel: 02/547.57.70
info@opvolgingsbureau.be
www.opvolgingsbureau.be

De verzekeraar is verplicht om je onmiddellijk te informeren over het Opvolgingsbureau voor tarifiering en de contactgegevens mee te delen. (Zie 1.1. *Motiveringsplicht*)

Het Opvolgingsbureau zal alle nodige informatie (zoals de gezondheidsgegevens van de verzekerde, de gebruikte statistieken en studies, de motivering) bij de verzekeraar opvragen om tot een besluit te kunnen komen. De procedure verloopt volledig schriftelijk of elektronisch.

3. Solidariteitsmechanisme

Wanneer je een bijpremie krijgt voorgesteld van **meer dan 125%** kom je in aanmerking voor het solidariteitsmechanisme, de **Compensatiekas**. Deze kas wordt beheerd en gefinancierd door schuldsaldoverzekeraars en banken die hypothecaire leningen aanbieden. Het compensatiemechanisme geldt enkel voor schuldsaldoverzekeringen die in het kader van de bouw, verbouwing of aankoop van een enige en eigen gezinswoning worden afgesloten.

Bij een bijpremie die meer dan 125% bedraagt, vraagt de verzekeraar **automatisch** een tussenkomst bij de Compensatiekas aan voor het overschrijdende bedrag. Je bijpremie wordt met andere woorden begrensd tot maximaal 125% van de basispremie. Er geldt ook een bovengrens: de tussenkomst van de Compensatiekas kan nooit meer 800% van de basispremie bedragen.

Voorbeeld berekening:

- Basispremie = 2000 euro
- Bijpremie = 3000 euro
125% van 2000 (basispremie) is 2500
Tussenkomst Compensatiekas: $3000 - 2500 = 500$ euro

4. Nog vragen?

Voor **meer informatie** kan je terecht bij

Vlaams Patiëntenplatform vzw
Kristien Dierckx, projectverantwoordelijke verzekeringen
016 23 05 26
kristien.dierckx@vlaampatientenplatform.be
www.vlaampatientenplatform.be