DOC 56 **1891/001**

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

12 november 2026

HET RECHT OM VERGETEN TE WORDEN INZAKE VERZEKERINGEN

Hoorzitting van 20 oktober 2026

Verslag

namens de commissie
voor Economie,
Consumentenbescherming
en Digitalisering
uitgebracht door
mevrouw **Lieve Truyman**

Inhoud Blz.

I. Inleidende uiteenzettingen 3
II. Vragen en opmerkingen van de leden 15
III. Antwoorden van de uitgenodigde sprekers 24
IV. Replieken 37

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

12 novembre 2026

LE DROIT À L'OUBLI EN MATIÈRE D'ASSURANCES

Audition du 20 octobre 2026

Rapport

fait au nom de la commission
de l'Économie,
de la Protection des consommateurs
et de la Digitalisation
par
Mme **Lieve Truyman**

Sommaire Pages

I. Exposés introductifs 3
II. Questions et observations des membres 15
III. Réponses des orateurs invités 24
IV. Répliques 37

04838

Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport
Voorzitter/Président: Roberto D'Amico

A. — Vaste leden / Titulaires:		**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**
N-VA	Michael Freilich, Lieve Truyman, Charlotte Verkeyn	Katrijn van Riet, Jeroen Bergers, Dorien Cuylaerts, Wouter Raskin
VB	Dieter Keuten, Reccino Van Lommel	Kurt Moons, Lode Vereeck, Wouter Vermeersch
MR	Anthony Dufrane, Youssef Handichi	Georges-Louis Bouchez, Gilles Foret, Florence Reuter
PS	Patrick Prévot, Sophie Thémont	Hugues Bayet, Ridouane Chahid, Christophe Lacroix
PVDA-PTB	Roberto D'Amico, Annik Van den Bosch	Kim De Witte, Raoul Hedebouw, Nadia Moscufo
Les Engagés	Julien Matagne, Ismaël Nuino	Serge Hiligsmann, Anne Pirson, Carmen Ramlot
Vooruit	Jessy Salenbien	Nele Daenen, Alain Yzermans
cd&v	Leentje Grillaert	Tine Gielis, Nathalie Muylle
Ecolo-Groen	Meyrem Almaci	Rajae Maouane, Dieter Vanbesien
Anders.	Steven Coenegrachts	Sandro Di Nunzio, Kjell Vander Elst

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
VB	:	*Vlaams Belang*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
PS	:	*Parti Socialiste*
PVDA-PTB	:	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Les Engagés	:	*Les Engagés*
Vooruit	:	*Vooruit*
cd&v	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
Ecolo-Groen	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Anders.	:	*Anders.*
DéFI	:	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
ONAFH/INDÉP	:	*Onafhankelijk-Indépendant*

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		*Abréviations dans la numérotation des publications:*	
DOC 56 0000/000	*Parlementair document van de 56e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*	*DOC 56 0000/000*	*Document de la 56e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi*
QRVA	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*	*QRVA*	*Questions et Réponses écrites*
CRIV	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*	*CRIV*	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*
CRABV	*Beknopt Verslag*	*CRABV*	*Compte Rendu Analytique*
CRIV	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*	*CRIV*	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*
PLEN	*Plenum*	*PLEN*	*Séance plénière*
COM	*Commissievergadering*	*COM*	*Réunion de commission*
MOT	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*	*MOT*	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

Dames en Heren,

Uw commissie heeft tijdens haar vergadering van 24 juni 2026 beslist een hoorzitting te organiseren over het recht om vergeten te worden inzake verzekeringen.

Tijdens deze hoorzitting, die heeft plaatsgevonden op 20 oktober 2026, werden gehoord:

— de heer Hein Lannoy, gedelegeerd bestuurder, en de heer Sammy Bogaert, adviseur leven individueel, Assuralia;

— de heer Laurent de Barsy, ombudsman, en mevrouw Nathalie Peetroons, adviseur, Ombudsman van de Verzekeringen;

— de dames Irm Vinck, juriste, en Irina Odnoletkova, onderzoekster, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;

— de heer Simon Ector, beleidsmedewerker, Vlaams Patiëntenplatform.

I. — **INLEIDENDE UITEENZETTINGEN**

A. **Inleidende uiteenzetting van de heer Hein Lannoy, gedelegeerd bestuurder, Assuralia**

De heer Hein Lannoy (Assuralia) stelt dat het recht om vergeten te worden een delicaat maar maatschappelijk zeer relevant onderwerp is. Dankzij de medische vooruitgang zijn steeds meer chronische aandoeningen behandelbaar en stijgt voor tal van pathologieën de levensverwachting. Voor verzekeraars is het daarbij belangrijk om in een zo ruim mogelijk verzekeringsaanbod te kunnen voorzien tegen betaalbare premies, terwijl de risico's beheersbaar blijven.

Assuralia heeft steeds een constructieve houding aangenomen ten aanzien van het recht om vergeten te worden. Hoewel de regeling soms botst met verzekeringstechnische principes, is de sector het debat nooit uit de weg gegaan en blijft zij zoeken naar evenwichtige oplossingen die verenigbaar zijn met haar maatschappelijke opdracht om risico's te dekken.

De Belgische regeling is de voorbije jaren aanzienlijk geëvolueerd. De standaardtermijn gedurende welke de ziekte onder controle moet zijn alvorens dekking mogelijk is, werd verlaagd van tien naar acht en vervolgens naar vijf jaar. Ook het toepassingsgebied werd stelselmatig uitgebreid, van de schuldsaldoverzekering naar onder meer de verzekering gewaarborgd inkomen,

Mesdames, Messieurs,

Au cours de sa réunion du 24 juin 2026, votre commission a décidé d'organiser une audition sur le droit à l'oubli en matière d'assurances.

Lors de cette audition, qui a eu lieu le 20 octobre 2026, les orateurs suivants ont été entendus:

— M. Hein Lannoy, administrateur délégué, et M. Sammy Bogaert, conseiller vie individuelle, Assuralia;

— M. Laurent de Barsy, ombudsman, et Mme Nathalie Peetroons, conseillère, Ombudsman des assurances;

— Mmes Irm Vinck, juriste, et Irina Odnoletkova, chercheuse, Centre fédéral d'expertise des soins de santé;

— M. Simon Ector, chargé de mission, Vlaams Patiëntenplatform.

I. — **EXPOSÉS INTRODUCTIFS**

A. **Exposé introductif de M. Hein Lannoy, administrateur délégué, Assuralia**

M. Hein Lannoy (Assuralia) indique que le sujet du droit à l'oubli est délicat mais d'une grande importance sur le plan sociétal. Grâce aux progrès de la médecine, de plus en plus de maladies chroniques peuvent être traitées, et l'espérance de vie a augmenté pour de nombreuses pathologies. Pour les assureurs, il est important de pouvoir proposer une offre d'assurance aussi large que possible en échange de primes abordables et tout en maîtrisant les risques.

Assuralia a toujours eu une attitude constructive à l'égard du droit à l'oubli. Bien que ce régime entre parfois en contradiction avec les principes assurantiels, le secteur n'a jamais éludé le débat et il continue de rechercher des solutions équilibrées et compatibles avec sa mission sociétale à l'égard de la couverture des risques.

Dans ce domaine, la réglementation belge a considérablement évolué ces dernières années. Le délai standard durant lequel la maladie doit être maîtrisée avant qu'une couverture ne soit possible a été ramené de dix à huit, puis à cinq ans. De plus, le champ d'application n'a cessé de s'élargir: initialement limité à l'assurance solde restant dû, il s'est étendu, entre autres, à l'assurance

annulatieverzekeringen en binnenkort consumentenkredieten.

De meldingsplicht werd afgeschaft en vervangen door een informatieverplichting. Ook het referentierooster heeft de voorbije jaren een gunstige ontwikkeling doorgemaakt.

Volgens de heer Lannoy behoort België op het vlak van het recht om vergeten te worden tot de Europese koplopers. Terwijl op Europees niveau wordt gewerkt aan een gedragscode, beschikt België reeds over een verregaande wettelijke regeling. Dat neemt niet weg dat het systeem voortdurend moet worden geëvalueerd in het licht van nieuwe wetenschappelijke inzichten.

Een sterk punt is dat de Belgische regeling zich richt op essentiële verzekeringen, zoals de schuldsaldoverzekering en de verzekering gewaarborgd inkomen, waarvoor toegang tot een verzekering voor voormalige kankerpatiënten van groot belang is.

Daarnaast is er terecht aandacht voor de verschillen tussen verzekerde risico's. Een overlijdensrisico is immers niet noodzakelijk gelijk aan een medisch risico; ook wanneer de overlevingskansen vergelijkbaar zijn met die van de algemene bevolking, kunnen medische kosten blijven verschillen.

De heer Lannoy beschouwt de wetenschappelijke onderbouwing als de hoeksteen van het Belgische systeem. De samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) verloopt volgens hem naar tevredenheid en maakt het mogelijk de termijnen en voorwaarden van het recht om vergeten te worden af te stemmen op de specifieke kenmerken van elke aandoening. Aangezien aandoeningen sterk van elkaar verschillen, acht hij een uniforme oplossing voor alle chronische ziekten wel niet haalbaar.

Tevens wijst hij erop dat het Belgische systeem ruimte laat om verzekeringstechnische versoepelingen te koppelen aan medische vooruitgang. Daarnaast beschikt België over een uitgebreid vangnet, met onder meer het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering en de Compensatiekas, waardoor ook moeilijk verzekerbare personen toegang kunnen krijgen tot een verzekering.

Wat de uitdagingen betreft, benadrukt de heer Lannoy het belang van een flexibel en regelmatig geactualiseerd referentierooster voor de schuldsaldoverzekering. De actualisering ervan vergt tijd. De vertegenwoordigers van het KCE zullen dit verder toelichten.

revenu garanti, aux assurances annulation et bientôt aux crédits à la consommation.

L'obligation de déclaration a été supprimée et remplacée par une obligation d'information. La grille de référence a également évolué positivement ces dernières années.

Selon M. Lannoy, la Belgique figure parmi les pionniers européens en matière de droit à l'oubli. Alors qu'un code de conduite est en cours d'élaboration au niveau européen, la Belgique dispose déjà d'une réglementation légale détaillée. Il n'en demeure pas moins que le système doit être évalué en permanence à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques.

L'un des points forts du régime belge réside dans le fait qu'il se concentre sur des assurances essentielles, telles que l'assurance solde restant dû et l'assurance revenu garanti, dont l'accessibilité est très importante pour les personnes guéries d'un cancer.

La reconnaissance des différences entre les risques assurés mérite également d'être soulignée. En effet, un risque de décès n'est pas nécessairement équivalent à un risque médical. Même lorsque les chances de survie sont comparables à celles de la population générale, des différences peuvent subsister en matière de frais médicaux.

M. Lannoy estime que l'assise scientifique est la pierre angulaire du système belge. Selon lui, la collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) se déroule de manière satisfaisante et elle permet d'adapter les délais et les conditions du droit à l'oubli aux caractéristiques spécifiques de chaque pathologie. Compte tenu des grandes différences entre les pathologies, il une solution uniforme pour toutes les maladies chroniques ne lui semble pas envisageable.

Il souligne également que le système belge permet de faire évoluer les pratiques actuarielles à la lumière des progrès de la médecine. Par ailleurs, la Belgique dispose d'un filet de sécurité étendu, comprenant notamment le Bureau du suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû et la Caisse de compensation, qui permet également aux personnes présentant un risque aggravé de s'assurer.

En ce qui concerne les défis, M. Lannoy souligne l'importance d'une grille de référence flexible et régulièrement actualisée pour l'assurance solde restant dû. Cette actualisation prend du temps. Les représentants du KCE apporteront des précisions à ce sujet.

Voorts onderstreept de spreker het belang van kwalitatieve gegevens. Gedetailleerde patiëntengegevens zijn niet altijd beschikbaar, wat de opmaak van prognoses en de verzekeringstechnische evaluatie van risico's bemoeilijkt. De afschaffing van de meldingsplicht beperkt de mogelijkheden van verzekeraars om dergelijke analyses uit te voeren, al erkent hij de maatschappelijke en privacygerelateerde motieven daarvoor.

Een zeer hoge overlevingskans betekent bovendien niet noodzakelijk dat een risico verzekeringstechnisch volledig gelijkgesteld kan worden met dat van de algemene bevolking. Een overlevingskans van 99,7 % impliceert nog steeds een sterftekans van drie op duizend, wat actuarieel een aanzienlijke impact kan hebben.

Wat de aanbevelingen van Assuralia betreft, vraagt de heer Lannoy in de eerste plaats voldoende tijd te voorzien om de recente wetswijzigingen, waarvan sommige pas in november 2026 in werking treden, correct te implementeren en te evalueren. Assuralia heeft recent een gedragscode goedgekeurd die ervoor moet zorgen dat personen die een consumentenkrediet aangaan correct worden geïnformeerd over hun rechten, waaronder het recht om vergeten te worden.

Daarnaast pleit hij voor een denkoefening over de ontwikkeling van een afzonderlijk referentierooster voor de verzekering gewaarborgd inkomen.

Tot slot onderstreept de heer Lannoy het belang van de Europese dimensie. In een steeds meer geïntegreerde Europese verzekeringsmarkt kunnen sterk uiteenlopende nationale regels leiden tot *gold-plating* en de verdere marktintegratie bemoeilijken.

Hij waarschuwt eveneens voor de mogelijke gevolgen van een onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde uitbreiding van het recht om vergeten te worden. Vooral kleinere verzekeraars, die slechts een beperkt aantal polissen aanbieden, kunnen hierdoor onevenredig worden getroffen. Het risico bestaat dat een te ruime toepassing van het recht om vergeten te worden voor alle chronische aandoeningen de consolidatie van de verzekeringssector versnelt en kleinere spelers ertoe aanzet de markt te verlaten.

B. **Inleidende uiteenzetting van de heer Laurent de Barsy, ombudsman, Ombudsman van de Verzekeringen**

De heer Laurent de Barsy (Ombudsman van de Verzekeringen) verduidelijkt vooreerst dat de uiteenzetting van zijn organisatie berust op een specifieke steekproef van individuele dossiers die werden ingediend door

L'orateur souligne ensuite l'importance de la qualité des données. Des données détaillées sur les patients ne sont pas toujours disponibles, ce qui complique l'établissement de prévisions et l'évaluation actuarielle des risques. La suppression de l'obligation de déclaration limite la possibilité pour les assureurs de réaliser ces analyses, même s'il reconnaît les considérations sociales et les enjeux de protection de la vie privée qui justifient cette mesure.

En outre, une probabilité de survie très élevé ne permet pas nécessairement d'assimiler pleinement un risque, sur le plan actuariel, à celui de la population générale. Une probabilité de survie de 99,7 % implique néanmoins un risque de décès de trois pour mille, ce qui peut avoir une incidence considérable sur le plan actuariel.

En ce qui concerne les recommandations d'Assuralia, M. Lannoy demande d'abord de prévoir suffisamment de temps pour mettre en œuvre et évaluer correctement les récentes modifications législatives, dont certaines n'entreront en vigueur qu'en novembre 2026. Assuralia a récemment adopté un code de conduite visant à garantir que les personnes qui contractent un crédit à la consommation soient correctement informées de leurs droits, notamment du droit à l'oubli.

Par ailleurs, il préconise de réfléchir à l'élaboration d'une grille de référence distincte pour l'assurance revenu garanti.

Enfin, M. Lannoy souligne l'importance de la dimension européenne. Dans un marché européen de l'assurance de plus en plus intégré, des règles nationales très divergentes peuvent aboutir à une surréglementation et entraver la poursuite de l'intégration du marché.

Il met également en garde contre les conséquences possibles d'un élargissement du droit à l'oubli qui ne serait pas suffisamment étayé par des données scientifiques. Ce seront surtout les petits assureurs, qui ne proposent qu'un nombre limité de polices, qui pourraient être touchés de manière disproportionnée. Le risque existe qu'une application trop large du droit à l'oubli à toutes les maladies chroniques accélère la consolidation du secteur des assurances et incite les petits acteurs à quitter le marché.

B. **Exposé introductif de M. Laurent de Barsy, médiateur, Ombudsman des assurances**

M. Laurent de Barsy (Ombudsman des assurances) précise d'emblée que l'intervention de son organisation repose sur un échantillon spécifique de dossiers individuels introduits par des consommateurs ayant rencontré

consumenten die een communicatie- of dekkingsprobleem hebben ondervonden. Die steekproef is relevant, maar weerspiegelt niet de volledige problematiek van het recht om vergeten te worden.

De heer de Barsy onderscheidt hoofdzakelijk twee categorieën van klachten.

Bij de eerste categorie gaat het om mensen die door hun medische voorgeschiedenis moeilijkheden ondervinden om een verzekering te sluiten. Klachten over het recht om vergeten te worden, worden niet apart geïnventariseerd, maar opgenomen in de statistieken over discriminatie om medische redenen. Het aantal dergelijke klachten is de voorbije jaren stabiel gebleven, wat te danken is aan het recht om vergeten te worden en aan het vigerende wettelijk kader. Ze gaan hoofdzakelijk over vier verzekeringsvormen: de ziektekostenverzekering, de verzekering gewaarborgd inkomen, de levensverzekering en de annulatieverzekering.

Wanneer het recht om vergeten te worden van toepassing is, dan houden verzekeraars zich daar doorgaans ook aan. In dit soort dossiers zijn de moeilijkheden dan ook snel van de baan zodra de ombudsman tussenbeide komt.

De tweede soort klachten betreft de afwikkeling van schadeclaims. Ook voor die dossiers wordt geen apart overzicht bijgehouden; ze zitten vervat in de categorie “weigeringen van tussenkomst”. Veelal schuilt de crux niet in de toepassing van het eigenlijke recht om vergeten te worden, maar in de afgelegde verklaringen en de verstrekte informatie bij het sluiten van de overeenkomst.

Het recht om vergeten te worden is thans beperkt tot de in artikel 224 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen bedoelde schuldsaldoverzekeringen, de verzekeringen gewaarborgd inkomen en de reisannulatieverzekeringen. Uit de cijfers blijkt dat de ombudsman daar relatief weinig verzoeken over krijgt.

Wanneer een klacht binnen de toepassingssfeer van de wet valt, dan slagen de diensten van de ombudsman er doorgaans in die snel op te lossen door het recht om vergeten te worden in te roepen en te verwijzen naar het referentierooster.

Wat reisannulatieverzekeringen betreft, werd de wetgeving onlangs gewijzigd om het aantal discussies over het begrip “stabiele ziekte” in te dijken. Vroeger leidde het ontbreken van een medisch onderzoek bij het sluiten van een verzekering soms tot eindeloos getouwtrek over de al dan niet stabiele aard van de aangevoerde aandoening. Voortaan wordt de stabiliteit over een periode van

un problème de communication ou de couverture. Cet échantillon est pertinent, mais ne reflète pas l’ensemble de la problématique du droit à l’oubli.

M. de Barsy distingue principalement deux catégories de plaintes.

Les premières visent les difficultés rencontrées par certaines personnes pour souscrire une assurance en raison de leurs antécédents médicaux. Les plaintes relatives au droit à l’oubli ne font pas l’objet d’un relevé distinct et sont reprises dans les statistiques relatives aux discriminations pour motif médical. Ces plaintes demeurent stables ces dernières années, notamment grâce au droit à l’oubli et au cadre législatif en vigueur. Elles concernent essentiellement quatre branches: l’assurance maladie frais médicaux, l’assurance revenu garanti, l’assurance-vie et l’assurance annulation.

Lorsque le droit à l’oubli est applicable, les assureurs le respectent généralement. Dans ce type de dossiers, l’intervention de l’Ombudsman permet dès lors de résoudre rapidement les difficultés rencontrées.

Le second type de plaintes concerne le règlement des sinistres. Là encore, aucun relevé spécifique n’est établi, ces dossiers étant intégrés dans la catégorie des refus d’intervention. Dans la plupart des cas, la difficulté ne réside pas dans l’application du droit à l’oubli proprement dite, mais dans les déclarations effectuées et les informations recueillies lors de la souscription du contrat.

Le droit à l’oubli est actuellement limité aux assurances solde restant dû, visées par l’article 224 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, aux assurances revenu garanti et aux assurances annulation voyage. Les chiffres montrent que les demandes relevant de ces matières demeurent relativement peu nombreuses auprès de l’Ombudsman.

Lorsqu’une plainte entre dans le champ d’application de la législation, les services de l’Ombudsman parviennent généralement à la résoudre rapidement en faisant valoir le droit à l’oubli et en s’appuyant sur la grille de référence.

S’agissant de l’assurance annulation voyage, le cadre légal a récemment été modifié afin de limiter les discussions relatives à la notion de maladie stable. Auparavant, l’absence d’examen médical lors de la souscription donnait lieu à des débats parfois longs quant au caractère stable ou non de l’affection invoquée. Désormais, la stabilité est appréciée sur une période d’un mois.

een maand beoordeeld. Sinds die wetswijziging kwam op dat vlak geen enkele klacht meer binnen.

De spreker wil evenwel de aandacht vestigen op twee aspecten die stof kunnen bieden in de denkoefening over een aanscherping van het recht om vergeten te worden.

Het eerste betreft de uitbreiding van dat recht naar de ziektekostenverzekeringen alsook naar de levensverzekeringen die niet onder artikel 224 van de wet betreffende de verzekeringen vallen.

Het jaarverslag 2022 van de ombudsman bevatte al meerdere aanbevelingen inzake de ziekteverzekering. Enerzijds wordt in dat verslag gewezen op de moeilijkheden die mensen met een zware medische voorgeschiedenis ondervinden om een verzekering te sluiten, vooral wanneer ze een nieuw contract willen aangaan of van verzekeraar willen veranderen. Anderzijds vestigt het de aandacht op het feit dat de in dergelijke contracten toegepaste uitsluitingen vaak voor onbepaalde duur gelden.

De ombudsman vraagt zich dan ook af of dergelijke uitsluitingen nog wel gerechtvaardigd zijn wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde is verbeterd of wanneer hij zelfs volledig is genezen. Destijds had de organisatie aangeraden de meldingsplicht voor aandoeningen waarvan de verzekeringnemer is genezen op het moment dat het contract wordt gesloten, te beperken tot tien jaar, naar analogie met bepaalde regels voor levensverzekeringen. Ze had tevens gepleit voor de mogelijkheid om een contractuele uitsluiting te herzien na een bepaalde periode zonder behandeling voor de aandoening in kwestie.

Het tweede punt betreft de toepassingssfeer van artikel 224 van de wet betreffende de verzekeringen. Die is beperkt tot de schuldsaldoverzekeringen voor de aankoop van de hoofdwoning. De ombudsman stelt evenwel een toename vast in het aantal verzoeken van consumenten die een tweede woning of vastgoedbelegging financieren en niet dezelfde bescherming genieten. Voor hen blijft de gewone regeling van toepassing. Nu het recht om vergeten te worden is verankerd in de wet betreffende de verzekeringen, acht de spreker het nuttig om na te denken over de eventuele uitbreiding ervan naar alle betreffende dekkingen.

Tot besluit geeft de heer de Barsy aan dat de consumenten in essentie twee toevoegingen verwachten. Enerzijds willen ze dat er voor ziektekostenverzekeringen een uiterste termijn komt voor de verplichte melding van aandoeningen waarvan iemand is genezen, alsook dat de mogelijkheid wordt ingevoerd om bepaalde contractuele uitsluitingen te herzien. Op het vlak van

Depuis cette modification législative, aucune plainte n'a été enregistrée sur ce point.

L'intervenant souhaite toutefois attirer l'attention sur deux aspects susceptibles de nourrir la réflexion quant à une évolution du droit à l'oubli.

Le premier concerne l'extension du droit à l'oubli à l'assurance maladie frais médicaux ainsi qu'aux assurances-vie ne relevant pas de l'article 224 de la loi relative aux assurances.

Le rapport 2022 de l'Ombudsman contenait déjà plusieurs recommandations en matière d'assurance maladie. Ce rapport annuel souligne, d'une part, les difficultés d'accès à l'assurance rencontrées par les personnes présentant des antécédents médicaux lourds, notamment lorsqu'elles souhaitent souscrire un nouveau contrat ou changer d'assureur. D'autre part, il attire l'attention sur le fait que les exclusions appliquées dans ces contrats sont souvent prévues pour une durée illimitée.

L'Ombudsman s'interroge dès lors sur le maintien de telles exclusions lorsque l'état de santé de l'assuré s'est amélioré ou lorsque celui-ci est totalement guéri. À l'époque, l'organisation avait recommandé de limiter à dix ans l'obligation de déclaration des affections guéries avant la conclusion du contrat, par analogie avec certaines dispositions applicables aux assurances-vie. Elle avait également préconisé la possibilité de réviser une exclusion contractuelle après une période déterminée sans traitement lié à l'affection concernée.

Le second point concerne le champ d'application de l'article 224 de la loi relative aux assurances. Celui-ci est limité aux assurances solde restant dû liées à l'acquisition de l'habitation principale. Or, l'Ombudsman constate une augmentation des demandes émanant de consommateurs qui financent une résidence secondaire ou un investissement immobilier et qui ne bénéficient pas des mêmes règles de protection. Ces consommateurs restent soumis au régime ordinaire. Dès lors que le droit à l'oubli est désormais inscrit dans la loi relative aux assurances, l'intervenant estime qu'une réflexion pourrait être menée sur son éventuelle extension à l'ensemble des couvertures concernées.

En conclusion, M. de Barsy indique que les consommateurs sollicitent principalement deux évolutions: en matière d'assurance maladie frais médicaux, l'instauration d'un délai limitant l'obligation de déclaration des affections guéries et la possibilité de réviser certaines exclusions contractuelles; en matière d'assurance-vie, la suppression de la limitation du droit à l'oubli aux seules

levensverzekeringen anderzijds vragen ze dat het recht om vergeten te worden niet langer wordt beperkt tot de in artikel 224 van de wet betreffende de verzekeringen bedoelde schuldsaldoverzekeringen.

C. **Inleidende uiteenzetting van mevrouw Irina Odnoletkova, onderzoekster, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg**

Mevrouw Irina Odnoletkova (KCE) sluit zich grotendeels aan bij de uiteenzetting van Assuralia en stelt vast dat België internationaal goed scoort inzake het recht om vergeten te worden.

Het KCE heeft de uitnodiging voor de hoorzitting opgevat als een vraag om toe te lichten welke bijdrage het centrum kan leveren aan een eventuele uitbreiding van het recht om vergeten te worden. Daarbij acht zij het belangrijk de verwachtingen realistisch te houden en rekening te houden met de beperkingen van de beschikbare nationale gegevens.

Mevrouw Odnoletkova herinnert eraan dat het KCE de opdracht heeft de referentieroosters periodiek te herzien en bij te werken op basis van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie. In 2020 lag de focus daarbij op schuldsaldoverzekeringen voor personen met kanker of een chronische aandoening. In 2022 werd die opdracht uitgebreid naar de verzekering gewaarborgd inkomen.

Het is haalbaar om wetenschappelijke evidentie te ontwikkelen voor schuldsaldoverzekeringen in het geval van kanker. Dat is volgens de spreekster te danken aan het Nationaal Kankerregister, dat sinds 2004 nagenoeg alle kankerdiagnoses in België registreert en daardoor betrouwbare analyses van de mortaliteit op bevolkingsniveau mogelijk maakt. Aangezien een schuldsaldoverzekering in wezen een overlijdensverzekering is die gekoppeld wordt aan een krediet, kan de beschikbare evidentie mogelijk ook relevant zijn voor andere verzekeringsproducten die een overlijdensrisico dekken.

Voor chronische aandoeningen liggen de zaken aanzienlijk moeilijker. In tegenstelling tot kanker bestaan er geen vergelijkbare populatieregisters voor de verschillende chronische ziekten. Daardoor moet het KCE zich baseren op indirecte indicatoren, voornamelijk afkomstig uit de gegevensbanken van de ziekenfondsen die via het Intermutualistisch Agentschap worden verzameld. Die databanken bevatten echter geen diagnostische gegevens. Om specifieke aandoeningen af te bakenen moet gebruik worden gemaakt van consumptie- en medicatiepatronen, wat steeds complexer wordt naarmate geneesmiddelen voor meerdere indicaties worden ingezet. Bovendien is het moeilijk om op basis van die

assurances solde restant dû visées à l'article 224 de la loi relative aux assurances.

C. **Exposé introductif de Mme Irina Odnoletkova, chercheuse, Centre fédéral d'expertise des soins de santé**

Mme Irina Odnoletkova (KCE) partage largement l'analyse d'Assuralia et constate que la Belgique obtient de bons résultats à l'échelle internationale en matière de droit à l'oubli.

Le KCE a interprété l'invitation à l'audition comme une demande visant à expliquer quelle contribution le centre pourrait apporter à un éventuel élargissement du droit à l'oubli. À cet égard, elle estime qu'il importe de ne pas nourrir des attentes irréalistes et de tenir compte des limites des données nationales disponibles.

Mme Odnoletkova rappelle que le KCE a pour mission de réviser et d'actualiser périodiquement les grilles de référence en se fondant sur les meilleures données scientifiques disponibles. En 2020, l'accent avait été mis sur les assurances solde restant dû pour les personnes atteintes d'un cancer ou d'une affection chronique. En 2022, cette mission a été étendue à l'assurance revenu garanti.

Il est possible de réunir des données scientifiques probantes pour les assurances solde restant dû dans le cas du cancer grâce, selon l'oratrice, au Registre national du cancer. Celui-ci recense depuis 2004 la quasi-totalité des diagnostics de cancer en Belgique et permet ainsi de réaliser des analyses fiables de la mortalité observée au sein de la population. Dès lors qu'une assurance solde restant dû est, par essence, une assurance décès liée à un crédit, les données disponibles pourraient également s'avérer pertinentes pour d'autres produits d'assurance couvrant le risque de décès.

La situation est nettement plus complexe en ce qui concerne les maladies chroniques. En effet, il n'existe pas de registre comparable au Registre du cancer pour les différentes maladies chroniques. Le KCE doit dès lors s'appuyer sur des indicateurs indirects principalement collectés par l'Agence intermutualiste à partir des banques de données des mutualités. Ces banques de données ne contiennent toutefois pas de données diagnostiques. Pour cerner des pathologies spécifiques, il faut s'appuyer sur les habitudes de consommation et de prise de médicaments, exercice dont la complexité augmente à mesure que les médicaments sont utilisés pour plusieurs indications. En outre, il est difficile, à partir

gegevens de diagnosedatum of de ernst van een aandoening nauwkeurig vast te stellen.

Volgens mevrouw Odnoletkova zijn administratieve databanken dan ook slechts beperkt geschikt voor epidemiologisch onderzoek naar chronische aandoeningen. Daarom beoordeelt het KCE voor elke aandoening afzonderlijk of het haalbaar is voldoende evidentie te verzamelen om een advies te formuleren. Zij verwijst in dat verband naar een studie over diabetes type 1, waaruit bleek dat dergelijke analyses niet vanzelfsprekend zijn.

Binnenkort start een haalbaarheidsstudie naar een aantal chronische aandoeningen die op het werkprogramma van het KCE staan, om na te gaan of onderbouwde adviezen voor schuldsaldoverzekeringen mogelijk zijn.

De spreekster benadrukt dat het bepalen van verzekeringspremies niet tot de opdracht van het KCE behoort. Het centrum levert epidemiologische analyses aan, terwijl het aan de verzekeraars toekomt om op basis daarvan hun premies vast te stellen.

Met betrekking tot een uitbreiding van het recht om vergeten te worden naar andere verzekeringsproducten, zoals de verzekering gewaarborgd inkomen, wijst zij op belangrijke methodologische beperkingen. Naast de reeds vermelde problemen bij het identificeren van chronische aandoeningen in administratieve databanken, merkt zij op dat arbeidsongeschiktheid een administratief begrip is dat afhankelijk is van regelgeving en beleidskeuzes. Het voorspellen van beslissingen inzake arbeidsongeschiktheid verschilt fundamenteel van het voorspellen van mortaliteit, zodat het volgens haar niet gaat om een klassiek epidemiologisch onderzoeksterrein voor het KCE.

Om die redenen acht het KCE het momenteel niet haalbaar om voor verzekeringen gewaarborgd inkomen de nodige wetenschappelijke evidentie te ontwikkelen. Hetzelfde geldt voor reisannulatieverzekeringen, aangezien die verband houden met dynamisch evoluerende risico's waarvoor het KCE niet beschikt over de vereiste gegevens.

Tot besluit verwijst mevrouw Odnoletkova naar een overzichtstabel waarin wordt samengevat voor welke verzekeringsproducten het KCE al dan niet ondersteuning kan bieden. Indien vanuit de politiek voorstellen zouden worden gedaan om het recht om vergeten te worden uit te breiden tot nieuwe verzekeringsproducten, pleit zij ervoor steeds eerst een haalbaarheidsstudie uit te voeren en overleg te organiseren met de betrokken stakeholders. Zij benadrukt ten slotte dat het KCE ook in de toekomst ondersteuning kan blijven bieden voor

de ces données, de déterminer avec précision la date du diagnostic ou la gravité d'une pathologie.

Selon Mme Odnoletkova, les banques de données administratives ne se prêtent donc que de manière limitée à la recherche épidémiologique sur les maladies chroniques. C'est pourquoi le KCE examine, pour chaque maladie, s'il est possible de collecter suffisamment de données pour formuler un avis. Elle renvoie à cet égard à une étude sur le diabète de type 1, qui a montré que ces analyses ne sont pas faciles à réaliser.

Le programme de travail du KCE prévoit la réalisation, à court terme, d'études de faisabilité concernant certaines maladies chroniques, afin d'examiner s'il est possible de formuler des avis étayés pour les assurances solde restant dû.

L'oratrice souligne que la fixation des primes d'assurance ne relève pas de la mission du KCE. Le centre fournit des analyses épidémiologiques, et c'est aux assureurs qu'il appartient de fixer leurs primes sur cette base.

S'agissant de l'éventuelle extension du droit à l'oubli à d'autres produits d'assurance, par exemple à l'assurance revenu garanti, l'oratrice pointe d'importantes limites méthodologiques. Outre les problèmes déjà mentionnés liés à l'identification des affections chroniques dans les banques de données administratives, elle fait observer que l'incapacité de travail est une notion administrative qui dépend de la réglementation et des choix politiques. Dès lors que la prévisibilité des décisions en matière d'incapacité de travail diffère fondamentalement de la prévisibilité de la mortalité, elle estime qu'il ne s'agit pas d'un domaine de recherche épidémiologique classique pour le KCE.

C'est pourquoi le KCE considère qu'il n'est actuellement pas possible de fournir les preuves scientifiques nécessaires pour les assurances revenu garanti. Il en va de même pour les assurances annulation de voyage, celles-ci étant liées à des risques en constante évolution concernant lesquels le KCE ne dispose pas des données nécessaires.

Mme Odnoletkova conclut son exposé en renvoyant à un tableau récapitulatif reprenant les produits d'assurance pour lesquels le KCE peut ou non apporter son soutien. Si des propositions politiques visant à étendre le droit à l'oubli à de nouveaux produits d'assurance étaient formulées, elle préconise de toujours réaliser une étude de faisabilité au préalable et d'organiser une concertation avec les parties prenantes. Elle souligne enfin que le KCE pourra continuer à l'avenir à apporter son soutien dans le cadre des assurances solde restant

personen met een voorgeschiedenis van kanker in het kader van schuldsaldoverzekeringen.

D. **Inleidende uiteenzetting van de heer Simon Ector, beleidsmedewerker, Vlaams Patiëntenplatform**

De heer Simon Ector (Vlaams Patiëntenplatform) licht toe dat hij als beleidsmedewerker van het Vlaams Patiëntenplatform spreekt vanuit het perspectief van patiënten en personen met een chronische aandoening.

Het Vlaams Patiëntenplatform heeft als missie de levenskwaliteit van personen met een chronische aandoening en hun omgeving te verbeteren. Het gaat om een ledenorganisatie waarvan de leden patiëntenverenigingen zijn. Momenteel zijn meer dan 125 verenigingen uit heel Vlaanderen aangesloten.

Deze verenigingen vertegenwoordigen personen met uiteenlopende aandoeningen, gaande van fysieke aandoeningen tot psychische kwetsbaarheden en zeldzame ziekten. Het Vlaams Patiëntenplatform verzamelt, bundelt en signaleert de knelpunten waarmee personen met een chronische aandoening worden geconfronteerd aan het beleid en andere relevante stakeholders. Daarnaast heeft de organisatie de opdracht haar leden te informeren over beleidsbeslissingen en hun impact op het dagelijks leven van patiënten.

De heer Ector geeft aan dat het Vlaams Patiëntenplatform werkt rond diverse thema's in de gezondheidszorg, waaronder patiëntenrechten, kwaliteit van zorg en toegankelijke zorg. Ook andere levensdomeinen die belangrijk zijn voor de levenskwaliteit van personen met een chronische aandoening komen aan bod, zoals werkhervatting en verzekeringen.

Vanuit het thema verzekeringen ontvangt de organisatie regelmatig signalen over problemen bij de toegang tot verzekeringsproducten waarbij de gezondheidstoestand een rol speelt. Personen met een chronische aandoening worden vaak geconfronteerd met hoge bijpremies, weigeringen, uitsluitingen of een gebrek aan duidelijke informatie. Dit kan leiden tot aanzienlijke bijkomende kosten of ertoe leiden dat zij helemaal geen verzekering kunnen afsluiten.

Nochtans ervaren deze personen de mogelijkheid om zich te verzekeren als belangrijk voor hun levenskwaliteit, omdat verzekeringen bescherming bieden tegen risico's die zich tijdens het leven kunnen voordoen. Hoge bijpremies of weigeringen worden vaak als onverwacht en onrechtvaardig ervaren. Personen met een chronische aandoening dragen immers vaak al extra kosten

dû en ce qui concerne les personnes ayant des antécédents de cancer.

D. **Exposé introductif de M. Simon Ector, chargé de mission, Vlaams Patiëntenplatform**

M. Simon Ector (Vlaams Patiëntenplatform) précise qu'en sa qualité de chargé de mission au sein de la Vlaams Patiëntenplatform, il s'exprime du point de vue des patients et des personnes atteintes d'une maladie chronique.

La Vlaams Patiëntenplatform a pour mission d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique et de leur entourage. Il s'agit d'une organisation dont les membres sont des associations de patients. Actuellement, plus de 125 associations émanant de toute la Flandre y sont affiliées.

Ces associations représentent des personnes atteintes de pathologies diverses, allant des troubles physiques aux vulnérabilités psychiques en passant par les maladies rares. La Vlaams Patiëntenplatform recueille, synthétise et signale aux responsables politiques et à d'autres parties prenantes les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes atteintes d'une maladie chronique. Par ailleurs, l'organisation a pour mission d'informer ses membres des décisions politiques et de leur incidence sur la vie quotidienne des patients.

M. Ector précise que l'action de la Vlaams Patiëntenplatform porte sur différents thèmes du domaine des soins de santé, notamment les droits des patients, la qualité des soins et l'accessibilité des soins. D'autres domaines importants pour la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique sont également abordés, par exemple la reprise du travail et les assurances.

S'agissant de la thématique des assurances, l'organisation de l'orateur reçoit régulièrement des indications concernant des difficultés d'accès aux produits d'assurance, l'état de santé jouant un rôle à cet égard. Les malades chroniques sont souvent confrontés à des surprimes élevées, à des refus d'assurance, à des exclusions de risques ou à un manque d'informations claires, ce qui les oblige parfois à supporter des coûts additionnels considérables, ou les empêche parfois de souscrire la moindre assurance.

Or, ces personnes estiment que la possibilité de s'assurer est importante pour leur qualité de vie, étant donné que leurs assurances leur permettent de se couvrir face aux aléas de la vie. Les surprimes élevées ou les refus d'assurance sont souvent perçus comme des décisions inattendues et injustes. En effet, les malades chroniques supportent déjà souvent des coûts supplémentaires en

voor gezondheidszorg en ondersteuning. Bovendien verwachten velen niet dat zij bij bijvoorbeeld de aankoop van een woning opnieuw geconfronteerd worden met de ziekte die zij doormaken of doorgemaakt hebben. Deze problematiek heeft volgens de spreker een aanzienlijke impact op het leven van deze personen. Het Vlaams Patiëntenplatform ontvangt hierover dan ook regelmatig vragen en klachten.

Veel mensen weten bovendien niet goed waar ze met dergelijke vragen en klachten terechtkunnen of waar zij informatie kunnen vinden.

De spreker erkent dat de afgelopen jaren stappen vooruit zijn gezet om de toegang tot verzekeringen voor personen met een chronische aandoening te verbeteren. Zo verwijst hij naar de zogenaamde wet-Partyka[1] van 2010 inzake schuldsaldoverzekeringen, die zorgde voor meer transparantie, het gebruik van gecontroleerde medische vragenlijsten, de mogelijkheid om beroep aan te tekenen en de toepassing van een solidariteitsmechanisme.

Tegelijk merkt de heer Ector op dat uit het jaarverslag van de Ombudsman van de Verzekeringen blijkt dat het aantal dossiers inzake discriminatie bij schuldsaldoverzekeringen toeneemt. Het gaat daarbij onder meer over medische aanvaarding, bijpremies en onvoldoende gemotiveerde of onvoldoende medisch onderbouwde bijpremies. In ongeveer de helft van de dossiers wordt wel een oplossing gevonden, maar niet iedereen weet dat men hiervoor bij de Ombudsman terechtkan. Daardoor nemen betrokkenen ook contact op met het Vlaams Patiëntenplatform.

Met de invoering van het recht om vergeten te worden in 2019 werd volgens de spreker een belangrijke stap gezet om de toegankelijkheid van verzekeringen voor personen met een kankerverleden te verbeteren. Het Vlaams Patiëntenplatform is dan ook een uitgesproken voorstander van dit recht.

De organisatie ondersteunt eveneens de latere uitbreidingen ervan, zoals de verkorting van de termijn van tien naar vijf jaar, de afschaffing van de meldingsplicht zodat de aandoening daadwerkelijk vergeten kan worden, en de uitbreiding naar de verzekering gewaarborgd inkomen en de reisannulatieverzekering.

[1] 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.

matière de soins et d'aide. En outre, nombreux sont ceux qui s'étonnent, par exemple lors de l'achat d'une maison, d'être à nouveau confrontés à la maladie dont ils souffrent ou souffraient. Selon l'orateur, cette problématique a de lourdes répercussions sur la vie quotidienne de ces personnes. C'est pourquoi la plateforme flamande des patients (Vlaams Patiëntenplatform) reçoit régulièrement des questions et des plaintes à ce sujet.

En outre, de nombreuses personnes ne savent pas très bien à qui elles peuvent adresser leurs questions et leurs plaintes en la matière, ni où elles peuvent trouver des informations à ce propos.

L'orateur reconnaît que des mesures ont été prises ces dernières années pour améliorer l'accès aux assurances en faveur des malades chroniques. Il renvoie notamment à la loi dite "Partyka"[1] de 2010 relative aux assurances du solde restant dû, qui a renforcé la transparence et qui prévoit le recours à des questionnaires médicaux standardisés, une voie de recours et l'application d'un mécanisme de solidarité.

M. Ector ajoute que le rapport annuel de l'Ombudsman des assurances indique une hausse du nombre de dossiers relatifs à des discriminations en matière d'assurances du solde restant dû, notamment en ce qui concerne l'acceptation médicale, les surprimes et les surprimes insuffisamment motivées ou insuffisamment étayées sur le plan médical. Une solution est trouvée dans environ la moitié des dossiers, mais tout le monde ne sait pas que l'Ombudsman peut être contacté à ce propos. C'est pourquoi certains contactent aussi la Plateforme flamande des patients (Vlaams Patiëntenplatform).

Selon l'orateur, l'instauration, en 2019, du droit à l'oubli a constitué une avancée majeure pour permettre aux personnes ayant souffert d'un cancer d'accéder plus facilement aux assurances. La Plateforme flamande des patients défend donc résolument ce droit.

Elle soutient aussi les extensions ultérieures de ce droit, par exemple sous la forme du raccourcissement, de dix à cinq ans, du délai fixé, de la suppression de l'obligation de déclaration pour que la maladie puisse réellement être oubliée, et de son extension aux assurances revenu garanti et aux assurances annulation de voyage.

[1] 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.

Toch stelt de spreker vast dat deze wetgeving geen oplossing biedt voor alle personen met een chronische aandoening, aangezien zij voornamelijk is afgestemd op kankerproblematieken. Hij wenst daarom de verschillende verzekeringstypes, de bestaande knelpunten en mogelijke verbeteringen kort toe te lichten.

Wat de schuldsaldoverzekering betreft, erkent hij dat het recht om vergeten te worden een belangrijke vooruitgang betekent voor personen met een kankerverleden. In overleg met Kom op tegen Kanker ziet het Vlaams Patiëntenplatform evenwel nog enkele verbeterpunten.

Een eerste aanbeveling bestaat erin de toepasselijke termijnen te laten starten vanaf de datum van de diagnose. Dat sluit volgens hem beter aan bij de wetenschappelijke evidentie en biedt meer duidelijkheid voor patiënten. Het betreft bovendien een aanbeveling die het KCE heeft opgenomen in een recente studie over schildklierkanker. De datum van diagnose ligt immers van meet af aan vast, in tegenstelling tot het huidige criterium van het succesvol beëindigen van de behandeling.

Daarnaast pleit de heer Ector ervoor om het referentierooster voor kankerproblematieken verder uit te breiden en in bepaalde gevallen kortere termijnen toe te passen, rekening houdend met de medische vooruitgang.

Voor personen met chronische aandoeningen bestaat eveneens een referentierooster, maar daarin is slechts een beperkt aantal aandoeningen onder strikte voorwaarden opgenomen. Enkel voor die aandoeningen geldt een maximale bijpremie zoals vastgelegd in het referentierooster.

De spreker merkt op dat het KCE de opdracht heeft om deze referentieroosters om de twee jaar te evalueren. In de praktijk blijkt het echter moeilijk om enerzijds de bestaande referentieroosters en hun voorwaarden grondig te evalueren en anderzijds te onderzoeken of de medische evolutie een uitbreiding van de toepassingsmogelijkheden rechtvaardigt.

Kwalitatief wetenschappelijk onderzoek vergt immers veel tijd. Sinds de invoering van het recht om vergeten te worden zijn slechts drie studies gepubliceerd, met name over borstkanker, diabetes type 1 en schildklierkanker.

Bovendien leiden de rapporten van het KCE niet steeds tot een aanpassing van de referentieroosters, ook niet wanneer de resultaten daartoe aanleiding lijken te geven. Zo werd het referentierooster voor diabetes type 1 tot op heden niet aangepast.

L'orateur souligne toutefois que cette législation ne résout rien pour les malades chroniques, dès lors qu'elle a principalement été conçue pour les malades guéries d'un cancer. C'est pourquoi il souhaiterait exposer brièvement les différents types d'assurance, les problèmes existants et les pistes d'amélioration éventuelles.

En ce qui concerne l'assurance du solde restant dû, l'orateur reconnaît que le droit à l'oubli a constitué une avancée majeure pour les personnes guéries d'un cancer. La Plateforme flamande des patients a toutefois encore identifié plusieurs pistes d'amélioration en la matière, en concertation avec l'association flamande de lutte contre le cancer *Kom op tegen Kanker*.

Une première recommandation invite à prévoir que les délais applicables prennent cours à la date du diagnostic. Selon l'orateur, cela permettrait de mieux tenir compte des données scientifiques probantes et d'appliquer un critère plus clair pour les patients. De plus, il s'agit d'une recommandation formulée par le KCE dans une récente étude sur le cancer de la thyroïde. En effet, la date du diagnostic est établie dès le début, contrairement à la fin du traitement réussi, qui est le critère actuel.

M. Ector préconise ensuite d'élargir la grille de référence appliquée pour les cancers et, pour certains d'entre eux, de raccourcir les délais prévus, compte tenu des progrès de la médecine.

Il existe aussi une grille de référence pour les malades chroniques, mais elle ne mentionne qu'une poignée de pathologies qui y ont été inscrites sous des conditions strictes. Seules ces pathologies donnent lieu à une surprime plafonnée établie dans cette grille.

L'orateur souligne que le KCE est chargé d'évaluer ces grilles de référence tous les deux ans. En pratique, il est toutefois difficile d'évaluer en profondeur ces grilles de référence et les conditions qu'elles prévoient, d'une part, et d'examiner si les progrès de la médecine justifieraient un élargissement de leurs possibilités d'application, d'autre part.

Mener une étude scientifique de qualité demande en effet beaucoup de temps. Depuis l'instauration du droit à l'oubli, seules trois études ont été publiées, portant sur le cancer du sein, sur le diabète de type 1 et sur le cancer de la thyroïde.

De plus, les rapports du KCE ne donnent pas toujours lieu à une adaptation des grilles de référence, pas même lorsque les résultats semblent le justifier. Ainsi, la grille de référence relative au diabète de type 1 n'a pas été modifiée jusqu'ici.

De heer Ector verwijst in dat verband ook naar een recente aanbeveling van UNIA inzake hiv en verzekeringen, waarin wordt gepleit voor een aanpassing van het regelgevend kader aan de huidige medische realiteit, aangezien bepaalde voorwaarden volgens UNIA niet langer in verhouding staan tot de medische vooruitgang die op dit vlak is geboekt.

Een bijkomend knelpunt is dat voldoende gegevens beschikbaar moeten zijn alvorens het KCE een onderzoek kan voeren en een aandoening eventueel in een referentierooster kan worden opgenomen. Dat is niet voor alle chronische aandoeningen haalbaar, bijvoorbeeld niet voor een aantal zeldzame ziekten of bepaalde psychische aandoeningen, waarvoor minder medische gegevens beschikbaar zijn.

Het Vlaams Patiëntenplatform is daarom van oordeel dat het systeem van referentieroosters niet de optimale manier is om de toegang tot schuldsaldoverzekeringen voor personen met een chronische aandoening te verbeteren. Om die reden vraagt de organisatie ook onderzoek naar alternatieve systemen die dergelijke toegang kunnen bevorderen, onder meer door te kijken naar bestaande buitenlandse modellen.

De spreker wijst erop dat het Franse referentierooster momenteel al uitgebreider is dan het Belgische. Mogelijk kunnen bepaalde elementen daarvan worden overgenomen, te meer daar het Belgische recht om vergeten te worden oorspronkelijk geïnspireerd was door de Franse regeling.

Wat de verzekering gewaarborgd inkomen betreft, ziet de spreker wel een positieve evolutie voor personen met een kankerverleden, maar nog niet voor personen met een chronische aandoening.

Die laatste groep kan voor dit verzekeringstype geen beroep doen op het recht om vergeten te worden. Zij worden nog steeds geconfronteerd met bijpremies, uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen en soms zelfs weigeringen. Hoewel het afsluiten van een verzekering vaak mogelijk blijft, komt de verzekeraar bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een voorafbestaande aandoening doorgaans niet tussen. Voor bepaalde groepen, zoals zelfstandigen die sterk op dit verzekeringstype aangewezen zijn, vormt dit een aanzienlijke drempel.

Daarom vraagt de heer Ector te onderzoeken of het recht om vergeten te worden ook voor personen met een chronische aandoening kan worden toegepast binnen de verzekering gewaarborgd inkomen.

M. Ector renvoie également, à cet égard, à une recommandation récente d'UNIA relative au VIH et aux assurances, qui plaide en faveur d'une adaptation du cadre réglementaire à la réalité médicale d'aujourd'hui. Selon UNIA, certaines conditions ne sont plus justifiées au vu des progrès médicaux réalisés en la matière.

Un problème supplémentaire vient du fait que le KCE doit disposer de suffisamment de données avant de pouvoir mener une étude et intégrer, le cas échéant, une maladie dans une grille de référence. Ce n'est pas possible pour toutes les maladies chroniques: en effet, pour certaines maladies rares ou affections psychiques, les données médicales disponibles sont moins nombreuses.

La *Vlaams Patiëntenplatform* estime dès lors que le système des grilles de référence n'est pas la meilleure façon d'améliorer l'accès aux assurances de solde restant dû pour les personnes souffrant d'une maladie chronique. C'est pourquoi l'organisation demande que l'on examine quels systèmes alternatifs sont susceptibles d'améliorer cet accès, notamment en s'inspirant des modèles utilisés à l'étranger.

L'orateur souligne que la grille de référence française est actuellement plus fournie que son équivalent belge. Il est peut-être possible d'en reprendre certains éléments, d'autant plus que le droit à l'oubli, tel qu'il existe en Belgique, a initialement été inspiré par la réglementation française.

En ce qui concerne l'assurance revenu garanti, l'orateur constate une évolution positive pour les anciens patients cancéreux, mais pas encore pour les personnes atteintes d'une maladie chronique.

Ce dernier groupe de personnes ne peut invoquer le droit à l'oubli pour ce type d'assurance. Elles sont toujours confrontées à des surprimes, à des exclusions d'affections préexistantes et parfois même à un refus. Bien qu'il leur soit souvent possible de souscrire une assurance, l'assureur n'intervient généralement pas en cas d'incapacité de travail découlant d'une affection préexistante. Pour certains groupes, comme les indépendants, qui dépendent fortement de ce type d'assurance, l'obstacle est considérable.

C'est pourquoi M. Ector demande que l'on examine si le droit à l'oubli pourrait également être appliqué aux personnes souffrant d'une maladie chronique dans le cadre de l'assurance revenu garanti.

Met betrekking tot de reisannulatieverzekering stelt de spreker een positieve evolutie vast. Volgens hem is dat vooral te danken aan het criterium van de stabiele aandoening. Daarbij wordt niet gewerkt met specifieke aandoeningen of referentieroosters en zijn geen tijdrovende onderzoeken nodig om vooruitgang te boeken.

Deze benadering biedt meer duidelijkheid en wordt voor iedereen op dezelfde manier toegepast doordat het criterium van de stabiele aandoening centraal staat.

Momenteel geldt dit systeem enkel voor reisannulatieverzekeringen. De spreker ziet echter mogelijkheden om een gelijkaardige aanpak uit te breiden naar reisbijstandsverzekeringen, zodat personen met een chronische aandoening ook in het buitenland gemakkelijker toegang krijgen tot gezondheidszorg en ziekenhuisopnames.

Tot slot bespreekt de heer Ector de hospitalisatieverzekering, waarvoor het recht om vergeten te worden momenteel niet van toepassing is. Vooral bij private verzekeraars komen nog uitsluitingen voor van voorafbestaande aandoeningen. Vaak wordt daarbij geen maximale duur bepaald, waardoor de uitsluiting gedurende de volledige looptijd van de verzekering kan gelden.

De spreker verwijst naar een aanbeveling van de Ombudsman van de Verzekeringen om dergelijke uitsluitingen in de tijd te beperken, zodat verzekerden na verloop van tijd toch aanspraak kunnen maken op de volledige dekking van hun polis.

De heer Ector merkt op dat soms ook het omgekeerde gebeurt. In bepaalde hospitalisatieverzekeringen vervalt na verloop van tijd de dekking voor ambulante kosten in verband met ernstige aandoeningen, omdat wordt geoordeeld dat de klachten niet langer voortvloeien uit de voorafbestaande aandoening waarvoor aanvankelijk wel dekking werd verleend.

Concluderend stelt de spreker vast dat het recht om vergeten te worden onmiskenbaar heeft bijgedragen tot een betere toegang tot verzekeringen. De gerealiseerde vooruitgang komt echter voornamelijk ten goede aan personen die genezen zijn van kanker. Voor de grote groep personen met een chronische aandoening bieden de referentieroosters geen afdoende oplossing, aangezien zij afhankelijk zijn van langdurig wetenschappelijk onderzoek en beperkt blijven tot specifieke aandoeningen.

Daarom pleit het Vlaams Patiëntenplatform voor bijkomende maatregelen om de toegang tot verzekeringen voor personen met een chronische aandoening verder te verbeteren. De spreker wijst er tot slot op dat

En ce qui concerne l'assurance annulation voyage, l'orateur constate une évolution positive qui, selon lui, est essentiellement due au critère de la pathologie stable. Dans ce cadre, on ne se base pas sur des affections spécifiques ni sur des grilles de référence, et il n'est pas nécessaire de mener des expertises chronophages pour avancer.

Vu que le critère de base est celui de la pathologie stable, l'approche est plus claire et est appliquée à tout le monde de la même manière.

Pour le moment, ce système ne s'applique qu'aux assurances annulation voyage. Selon l'orateur, il devrait cependant être possible d'élargir cette approche aux assurances assistance voyage, de sorte que les personnes souffrant d'une maladie chronique puissent avoir plus facilement accès aux soins de santé et aux services hospitaliers à l'étranger également.

Enfin, M. Ector aborde l'assurance hospitalisation, pour laquelle le droit à l'oubli n'est actuellement pas d'application. Chez les assureurs privés surtout, on observe encore des exclusions d'affections préexistantes. Ces exclusions ne sont souvent pas assorties d'une durée maximale et peuvent donc s'appliquer pendant toute la durée de l'assurance.

L'orateur renvoie à une recommandation de l'Ombudsman des assurances, qui préconise de limiter ces exclusions dans le temps, afin que les assurés puissent malgré tout, au bout d'un moment, bénéficier de la couverture intégrale de leur police.

M. Ector fait observer que, parfois, l'inverse se produit également. Dans certaines assurances hospitalisation, la couverture des frais ambulatoires liés à une maladie grave prend fin au bout d'un certain temps, car l'assureur estime que les symptômes ne découlent plus de l'affection préexistante pour laquelle une couverture avait initialement été accordée.

En guise de conclusion, l'orateur constate que le droit à l'oubli a indéniablement contribué à améliorer l'accès aux assurances. Toutefois, les progrès réalisés bénéficient essentiellement aux personnes guéries d'un cancer. Pour le vaste groupe des personnes souffrant d'une maladie chronique, les grilles de référence n'offrent pas de solution satisfaisante, car ces dernières reposent sur des études scientifiques de longue haleine et restent limitées à des affections spécifiques.

La Vlaams Patiëntenplatform plaide dès lors en faveur de mesures complémentaires visant à continuer d'améliorer l'accès aux assurances pour les personnes atteintes d'une affection chronique. L'orateur souligne enfin qu'il

er daarnaast nog andere knelpunten bestaan, onder meer inzake het onderscheid tussen psychische en fysieke aandoeningen, al vallen die minder rechtstreeks onder het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden.

II. — **VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN**

Mevrouw Lieve Truyman (N-VA) herinnert eraan dat deze hoorzitting plaatsvindt op vraag van de N-VA-fractie. De commissie wordt immers regelmatig geconfronteerd met initiatieven om het recht om vergeten te worden verder uit te breiden. Daarom leek het haar zinvol om de commissieleden op een objectieve en correcte manier te laten informeren door deskundigen die dagelijks met deze materie bezig zijn.

Zij benadrukt dat elke chronische ziekte ernstig is en dat het menselijk leed dat daarmee gepaard gaat niemand onberoerd laat.

Vervolgens richt mevrouw Truyman een aantal vragen tot de Ombudsman van de Verzekeringen. Hoewel de heer de Barsy al een deel van het antwoord in zijn uiteenzetting heeft gegeven, krijgt zij graag meer concrete informatie over de problemen waarmee personen met een chronische aandoening geconfronteerd worden bij het afsluiten van verzekeringen, zoals aanzienlijk hogere premies.

Mevrouw Truyman verwijst vervolgens naar een vraag die door Assuralia werd opgeworpen, namelijk hoever men kan gaan met de toepassing van het recht om vergeten te worden binnen de verschillende verzekeringstypes. Het lid merkt op dat het maken van wetgeving één zaak is, maar dat die regelgeving ook in de praktijk uitvoerbaar moet blijven. Men mag niet uit het oog verliezen dat verzekeringen uiteindelijk financieel gedekt moeten worden. Indien het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden sterk wordt uitgebreid, kan dat gevolgen hebben voor andere verzekeringsproducten. De bijkomende kosten moeten immers ergens worden gedragen. Vanuit het solidariteitsprincipe betekent dit dat ook andere verzekerden mee zullen bijdragen aan de extra dekkingen die worden ingevoerd.

Het lid vraagt daarom aan de genodigden van Assuralia hoe men volgens hen met deze afweging moet omgaan en waar de grenzen van een verdere uitbreiding liggen.

Verder haalt mevrouw Truyman de problematiek van de hospitalisatieverzekering aan. Zij schetst het

subsiste par ailleurs d'autres difficultés, notamment en ce qui concerne la distinction entre affections psychiques et physiques, même si ces questions relèvent moins directement du champ d'application du droit à l'oubli.

II. — **QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES**

Mme Lieve Truyman (N-VA) rappelle que l'audition en cours a été organisée à la demande du groupe N-VA. La commission est en effet régulièrement saisie d'initiatives visant à étendre davantage le droit à l'oubli. Il lui a dès lors semblé utile de permettre aux membres de la commission d'être informés de manière objective et rigoureuse par des experts qui travaillent quotidiennement sur cette matière.

Elle souligne que toutes les affections chroniques sont des maladies graves et que les souffrances qu'elles engendrent ne laissent personne indifférent.

Mme Truyman adresse ensuite plusieurs questions à l'Ombudsman des assurances. Bien que M. de Barsy ait déjà apporté une partie de la réponse dans son exposé, elle souhaiterait obtenir des informations plus concrètes sur les difficultés auxquelles les personnes atteintes d'une affection chronique sont confrontées lorsqu'elles souscrivent une assurance, telles que des primes beaucoup plus élevées.

Mme Truyman revient ensuite sur une question soulevée par Assuralia concernant les limites de l'application du droit à l'oubli dans les différents types d'assurances. La membre observe que l'adoption d'une législation est une chose, mais que celle-ci doit également demeurer applicable dans la pratique. Il ne faut pas perdre de vue que la viabilité financière du système d'assurance doit être préservée. Une extension importante du champ d'application du droit à l'oubli pourrait avoir des répercussions sur d'autres produits d'assurance. Les coûts supplémentaires devront en effet être supportés d'une manière ou d'une autre. Dans une logique de solidarité, cela signifie que les autres assurés contribueront eux aussi au financement des garanties additionnelles ainsi mises en place.

La membre demande dès lors aux représentants d'Assuralia comment ils envisagent cet arbitrage et où, selon eux, devraient se situer les limites d'une extension supplémentaire.

Mme Truyman aborde ensuite la problématique de l'assurance hospitalisation. Elle prend l'exemple d'une

voorbeeld van iemand die van kanker is genezen en vijf, zes of tien jaar later wordt geconfronteerd met een gezondheidsprobleem dat losstaat van de oorspronkelijke aandoening. Toch kan het medische verleden nog steeds een invloed hebben op de premie van een hospitalisatieverzekering. Personen in zo'n situatie kunnen via hun werkgever verzekerd zijn, maar wat gebeurt er wanneer zij van werkgever veranderen of op privébasis een hospitalisatieverzekering moeten afsluiten? Een vroegere kankerdiagnose in het dossier kan aanleiding geven tot een aanzienlijke premieverhoging. Zij vraagt hierover bijkomende toelichting van de sprekers.

Vervolgens richt mevrouw Truyman enkele vragen aan het KCE. Zij erkent dat de uitwerking van een referentierooster voor chronische aandoeningen bijzonder complex is, mede door het gebrek aan voldoende en geschikte gegevens. Zij vraagt welke aanbevelingen het KCE aan de medische sector zou kunnen formuleren om de beschikbaarheid van dergelijke gegevens te verbeteren.

Voorts benadrukt zij dat men daarbij niet uitsluitend kan steunen op gegevens van de ziekenfondsen, aangezien die niet noodzakelijk dezelfde wetenschappelijke onderbouwing hebben. Zij preciseert dat dit geenszins een kritiek op de mutualiteiten inhoudt, maar stelt dat een solide gegevensbeleid in de eerste plaats vanuit de medische sector zelf moet worden ontwikkeld.

Tot besluit stelt mevrouw Truyman vast dat Frankrijk blijkbaar over meer gegevens en methodologische handvatten beschikt om chronische aandoeningen in dergelijke systemen op te nemen, terwijl dit in België moeilijker te realiseren lijkt. Zij vraagt voorts of het denkbaar is een beroep te doen op externe onderzoeksinstellingen met de nodige expertise om bepaalde onderzoeksopdrachten van het KCE te ondersteunen of gedeeltelijk over te nemen.

De heer Reccino Van Lommel (VB) merkt op dat ook de Vlaams Belangfractie in het verleden heeft aangedrongen op een hoorzitting over deze problematiek. Het onderwerp keert immers geregeld terug naar aanleiding van wetsvoorstellen inzake het recht om vergeten te worden.

Hij spreekt zijn waardering uit voor de verstrekte toelichtingen en verwijst naar een eerdere bespreking waarin het onderscheid werd gemaakt tussen het mutualiseren en het socialiseren van risico's. Volgens hem is een verschuiving van het ene naar het andere systeem merkbaar, wat onvermijdelijk gevolgen heeft voor de verzekeringspremies.

personne guérie d'un cancer qui, cinq, six ou dix ans plus tard, est confrontée à un problème de santé sans lien avec l'affection initiale. Or, ses antécédents médicaux peuvent toujours avoir une incidence sur la prime d'une assurance hospitalisation. Ces personnes peuvent certes être couvertes par l'assurance de leur employeur, mais qu'en est-il lorsqu'elles changent d'employeur ou doivent souscrire une assurance hospitalisation à titre individuel? La mention d'un ancien diagnostic de cancer dans leur dossier peut alors entraîner une augmentation substantielle de la prime. La membre souhaite obtenir des précisions complémentaires des orateurs à ce sujet.

Mme Truyman adresse ensuite plusieurs questions au KCE. Elle reconnaît que l'élaboration d'une grille de référence pour les affections chroniques est particulièrement complexe, notamment en raison du manque de données suffisantes et adéquates. Elle demande quelles recommandations le KCE pourrait formuler à l'intention du secteur médical afin d'améliorer la disponibilité de telles données.

Elle souligne par ailleurs qu'il n'est pas possible de s'appuyer exclusivement sur les données des mutualités, celles-ci ne reposant pas nécessairement sur des fondements scientifiques identiques. Elle précise qu'il ne s'agit nullement d'une critique à l'égard des mutualités, mais estime qu'une politique solide en matière de données devrait avant tout être développée au sein du secteur médical en tant que tel.

En conclusion, Mme Truyman constate que la France semble disposer de davantage de données et d'outils méthodologiques permettant d'intégrer les affections chroniques dans de tels systèmes, alors que cet exercice paraît plus difficile à réaliser en Belgique. Elle demande à ce sujet s'il serait envisageable de faire appel à des organismes de recherche externes disposant de l'expertise nécessaire pour soutenir ou prendre partiellement en charge certaines missions d'étude exercées par le KCE.

M. Reccino Van Lommel (VB) fait observer que son groupe avait lui aussi plaidé, par le passé, en faveur de l'organisation d'une audition sur cette problématique. Il s'agit en effet d'un thème qui revient régulièrement à l'occasion du dépôt de propositions de loi relatives au droit à l'oubli.

L'intervenant remercie les orateurs pour leurs explications et renvoie à un échange antérieur au cours duquel une distinction avait été établie entre la mutualisation et la socialisation des risques. Il constate un glissement d'un système vers l'autre, qui aura inévitablement des répercussions sur les primes d'assurance.

De heer Van Lommel benadrukt dat het vaak onduidelijk blijft welke concrete impact de genomen maatregelen hebben op de premies. Wanneer het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden wordt uitgebreid, rijst de vraag wat daarvan de financiële gevolgen zijn. Hij informeert of die effecten beperkt blijven, in percentages kunnen worden uitgedrukt en of hierover objectieve gegevens beschikbaar zijn. De aanwezige deskundigen lijken hem het best geplaatst om hierover duidelijkheid te verschaffen.

Daarnaast wijst het lid erop dat de haalbaarheid van een verdere uitbreiding een essentieel aandachtspunt vormt. Hoever kan men in deze materie gaan? Hoewel het om een bijzonder gevoelig onderwerp gaat, is het volgens hem maatschappelijk zeer relevant. Daarom pleit hij voor een sereen debat, gevoerd op basis van expertise en met voldoende aandacht voor de praktische uitvoerbaarheid.

Tot slot verwijst de heer Van Lommel naar de vergelijking met Frankrijk. Die toont aan dat daar meer referentiekaders beschikbaar zijn om verzekeringsrisico's te beoordelen. Dat illustreert de uitdagingen waarmee België nog wordt geconfronteerd, maar toont tegelijk aan dat verdere vooruitgang mogelijk blijft.

De heer Patrick Prévot (PS) herinnert eraan dat verzekeraars in een vrije verzekeringsmarkt hun klantenbestand mogen segmenteren, de premies mogen differentiëren naargelang van de risico's en zelfs personen die als een "slecht risico" worden beschouwd, mogen uitsluiten. Vandaag gelden immers de beginselen van tarief- en commerciële vrijheid. De PS is voorstander van een striktere regulering van die markt en van een systeem waarin de risico's meer worden gedeeld, naar het voorbeeld van de sociale zekerheid, gebaseerd op solidariteit tussen personen die aan uiteenlopende risico's zijn blootgesteld. Mensen met een verhoogd gezondheidsrisico moeten volgens hem in het verzekeringsstelsel worden opgenomen in plaats van ervan te worden uitgesloten. Daarom moeten er grenzen worden gesteld aan zowel de uitsluiting van verzekerden als de differentiatie van verzekeringspremies.

Het lid stipt aan dat er al aanzienlijke vooruitgang is geboekt en reeds mooie resultaten zijn. Toch kan het systeem nog aanzienlijk worden verbeterd.

Ten eerste vallen tal van chronische ziekten nog steeds niet onder de bestaande beschermingsmechanismen. Het referentierooster omvat immers slechts een beperkt aantal aandoeningen. Bovendien verhindert de opname van een chronische ziekte in dat rooster niet noodzakelijk dat aanzienlijke extra premies worden toegepast. Als

M. Van Lommel souligne qu'il reste souvent difficile d'évaluer l'incidence concrète des mesures adoptées sur les primes. Un élargissement éventuel du champ d'application du droit à l'oubli soulève dès lors la question de ses conséquences financières. Il demande notamment si ces effets sont limités, s'ils peuvent être exprimés en pourcentage et si des données objectives sont disponibles à ce sujet. Les experts présents lui semblent les mieux placés pour apporter des éclaircissements en la matière.

Pour le membre, un autre enjeu essentiel est la faisabilité d'un nouvel élargissement. Jusqu'où est-il possible d'aller? Bien que le sujet soit particulièrement sensible, il revêt une grande importance sur le plan sociétal. L'intervenant plaide ainsi pour un débat serein, fondé sur l'expertise et tenant suffisamment compte des aspects pratiques d'une telle mise en œuvre.

Enfin, M. Van Lommel se réfère à la comparaison avec la France, qui dispose de davantage de cadres de référence pour évaluer les risques liés aux assurances. Cela illustre les défis auxquels la Belgique est encore confrontée, tout en montrant que des progrès supplémentaires demeurent possibles.

M. Patrick Prévot (PS) rappelle que, dans un marché libre de l'assurance, les assureurs peuvent segmenter leur clientèle, différencier les primes en fonction des risques et même exclure les personnes considérées comme de "mauvais risques". Ce sont les principes de liberté tarifaire et commerciale qui prévalent aujourd'hui. Le PS est favorable à un encadrement plus strict de ce marché et à un système davantage mutualisé, sur le modèle de la sécurité sociale, fondé sur la solidarité entre personnes exposées à des risques différents. Selon lui, les personnes confrontées à un risque aggravé de santé doivent être incluses dans le système assurantiel plutôt qu'en être exclues. Il estime dès lors qu'il convient de fixer des limites à l'exclusion assurancielle ainsi qu'aux différenciations de primes.

Le député souligne que des progrès importants ont déjà été accomplis et qu'il est permis de se réjouir des avancées réalisées. Il considère toutefois que le système demeure encore largement perfectible.

Tout d'abord parce que de nombreuses maladies chroniques restent exclues des mécanismes de protection actuels. La grille de référence ne couvre en effet qu'un nombre limité de pathologies. En outre, l'inscription d'une maladie chronique dans cette grille n'empêche pas nécessairement l'application de surprimes importantes.

voorbeeld noemt hij mucoviscidose, waarvoor overeenkomstig het referentierooster een bijpremie van maximaal 400 % kan worden aangerekend.

De heer Prévot herinnert er vervolgens aan dat het regeerakkoord voorziet in een herziening van de referentieroosters op basis van de adviezen van het KCE. Hij merkt echter op dat het verzamelen van epidemiologische gegevens veel tijd vergt en dat het aantal KCE-medewerkers beperkt is. In de praktijk worden de referentieroosters dan ook veel te langzaam aangepast. Het lid vraagt hoever het staat met de opname van nieuwe aandoeningen in de referentieroosters, zoals bepaald in het regeerakkoord.

Hoe zit het met het werkprogramma van het KCE inzake het recht om te worden vergeten? Volgens welke criteria bepaalt het KCE welke aandoeningen het onderzoekt? Vinden de sprekers dat het KCE voldoende medewerkers krijgt?

De heer Prévot vraagt voorts welke maatregelen kunnen worden genomen om de referentieroosters sneller aan te passen. Parlementsleden worden geregeld aangesproken door patiënten en patiëntenverenigingen die het belang van het recht om vergeten te worden erkennen, maar betreuren dat ze er zelf geen gebruik van kunnen maken.

Hij verwijst onder meer naar verenigingen van patienten met diabetes, multiple sclerose of de ziekte van Crohn. Zij vinden dat de recente medische vooruitgang onvoldoende in de referentieroosters wordt weerspiegeld. Volgens die verenigingen blijven sommigen daardoor in de praktijk uitgesloten van de regeling voor chronische ziekten en van het recht om vergeten te worden. De spreker verwijst ook naar de recente aanbeveling van Unia over mensen met hiv.

Hoe moet worden geantwoord op de vragen van die patiënten en verenigingen die parlementsleden geregeld over de kwestie aanspreken? Hoe kan worden gewaarborgd dat zij op een billijke manier worden behandeld?

Specifiek aan Assuralia vraagt de heer Prévot welke factoren momenteel verhinderen dat die mensen op dezelfde manier worden behandeld als andere verzekerden.

De fractie van het lid heeft een wetsvoorstel ingediend dat verder gaat dan het recht om vergeten te worden. Het voorstel strekt ertoe medische vragenlijsten af te schaffen voor hypothecaire kredieten van maximaal 200.000 euro per verzekerde, wanneer de terugbetalingstermijn van

Il cite à titre d'exemple la mucoviscidose, pour laquelle une surprime plafonnée à 400 % peut être appliquée conformément à la grille de référence.

M. Prévot rappelle ensuite que l'accord de gouvernement prévoit une révision des grilles de référence sur la base des avis du KCE. Il observe cependant que la collecte des données épidémiologiques est un processus long et que les moyens humains dont dispose le KCE sont limités. En pratique, les grilles de référence évoluent donc lentement, voire trop lentement selon lui. Le membre demande dès lors où en est l'intégration de nouvelles maladies dans les grilles de référence, telle que prévue par l'accord de gouvernement.

Il s'interroge également sur le programme de travail du KCE en matière de droit à l'oubli et demande selon quels critères l'institution sélectionne les pathologies qu'elle étudie. Il souhaite également connaître l'avis des intervenants quant à la suffisance des moyens humains dont dispose le KCE.

M. Prévot demande par ailleurs quelles mesures pourraient être prises afin d'accélérer l'évolution des grilles de référence. Les parlementaires sont régulièrement interpellés par des patients et des associations de patients qui reconnaissent l'intérêt du droit à l'oubli, mais déplorent ne pas pouvoir en bénéficier.

Il cite notamment les associations de patients atteints de diabète, de sclérose en plaques ou de la maladie de Crohn, qui estiment que les progrès médicaux récents ne sont pas suffisamment pris en compte dans les grilles de référence. Selon elles, certaines personnes concernées demeurent, de facto, exclues du dispositif applicable aux maladies chroniques et du droit à l'oubli. Il rappelle également la récente recommandation d'UNIA concernant les personnes vivant avec le VIH.

Comment convient-il de répondre à ces patients et à ces associations qui interpellent régulièrement les parlementaires sur cette question et comment garantir une approche équitable à leur égard?

S'adressant plus spécifiquement à Assuralia, M. Prévot demande quels sont les obstacles qui empêchent actuellement ces personnes d'être traitées comme les autres assurés.

Enfin, le membre indique que son groupe a déposé une proposition de loi visant à aller plus loin que le droit à l'oubli en supprimant les questionnaires médicaux pour les crédits hypothécaires n'excédant pas 200.000 euros par assuré, lorsque l'échéance du remboursement du

het krediet afloopt voor de zestigste verjaardag van de verzekerde (DOC 56 0255).

De heer Prévot preciseert dat in Frankrijk al een vergelijkbare regeling bestaat. Die maatregel zou een gelijkere toegang tot eigendomsverwerving bevorderen, een gelijkere behandeling bewerkstelligen, de privacy van kandidaat-kredietnemers beter beschermen en de administratieve procedures vereenvoudigen. De mogelijke gevolgen van een dergelijke hervorming voor het verzekeringsaanbod en de premiebedragen moeten worden onderzocht. Het lid vraagt de sprekers dan ook of zij ter zake een analyse hebben gemaakt of een standpunt innemen.

Mevrouw Jessy Salenbien (Vooruit) stelt vast dat België reeds ver staat inzake het recht om vergeten te worden en dat de reeds genomen maatregelen voor een zekere stabilisering hebben gezorgd. Tegelijk blijkt uit de inleidende uiteenzettingen dat bijkomende instrumenten nodig zijn om verdere vooruitgang mogelijk te maken. Zij heeft daarover nog een aantal vragen.

Eerst richt zij zich tot Assuralia. De regels zijn volgens haar duidelijk: de meldingsplicht vervalt na vijf jaar. Zij vraagt hoe Assuralia erop toeziet dat alle verzekeraars deze regel correct toepassen, zonder dat patiënten verstrikt raken in administratieve procedures of via indirecte medische vragen, bijvoorbeeld over hun levensstijl, alsnog financieel benadeeld worden.

Vervolgens verwijst zij naar de problematiek van de koppelverkoop. In de inleidende uiteenzettingen werd meermaals gesproken over schuldsaldoverzekeringen. Volgens haar blijven voormalige patiënten vaak gebonden aan hun bank door de koppeling van een hypothecaire lening aan een schuldsaldoverzekering. Zij vraagt welke mogelijkheden consumenten hebben om zich daaraan te onttrekken en welke rol Assuralia daarbij kan spelen.

Met betrekking tot de uitbreiding van het recht om vergeten te worden naar de reisannulatieverzekering meent zij te hebben begrepen dat dit voor Assuralia momenteel geen prioritaire kwestie is, aangezien er geen medische selectie plaatsvindt. Zij wijst er evenwel op dat uit een onderzoek van Testaankoop, gebaseerd op een analyse van negentig contracten, bleek dat dekking achteraf toch vaak wordt geweigerd op basis van vage uitsluitingsclausules inzake voorafbestaande aandoeningen. Zij vraagt hoe deze vaststelling zich verhoudt tot de toelichting van Assuralia en of de organisatie bereid is dergelijke achterpoortjes via een wettelijke regeling te laten sluiten.

crédit intervient avant le soixantième anniversaire de l'assuré (DOC 56 0255).

M. Prévot précise qu'un dispositif similaire existe déjà en France. Cette mesure permettrait de favoriser un accès plus équitable à la propriété, de renforcer l'égalité de traitement, de mieux protéger la vie privée des candidats emprunteurs et de simplifier les démarches administratives. Il convient d'examiner les conséquences éventuelles d'une telle réforme sur l'offre d'assurance et sur le niveau des primes. Il demande dès lors aux intervenants s'ils disposent d'une analyse ou d'une position à ce sujet.

Mme Jessy Salenbien (Vooruit) constate que la Belgique a déjà bien avancé sur le plan du droit à l'oubli et que les mesures prises ont permis une certaine stabilisation. Il ressort toutefois des exposés introductifs que des instruments supplémentaires sont nécessaires pour aller plus loin. Elle souhaite dès lors poser encore quelques questions à ce sujet.

Elle s'adresse d'abord à Assuralia. Les règles lui semblent claires: l'obligation de déclaration expire au bout de cinq ans. Elle demande comment Assuralia s'assure que tous les assureurs appliquent correctement ce principe, sans que les patients ne se retrouvent empêtrés dans des procédures administratives ni ne subissent malgré tout un préjudice financier en raison de questions médicales indirectes, portant par exemple sur leur mode de vie.

La membre aborde ensuite la problématique des ventes couplées. Les exposés introductifs ont évoqué à plusieurs reprises les assurances solde restant dû. Selon elle, les anciens patients restent souvent liés à leur banque, leur emprunt hypothécaire étant conditionné à la souscription d'une assurance solde restant dû. Elle demande de quelles possibilités disposent les consommateurs pour s'en affranchir et quel rôle Assuralia peut jouer à cet égard.

L'intervenante a cru comprendre que l'extension du droit à l'oubli à l'assurance annulation voyage ne constituait pas une priorité pour Assuralia à l'heure actuelle, puisqu'aucune sélection médicale n'est effectuée. Elle souligne toutefois qu'une étude de Testachats, reposant sur l'analyse de nonante contrats, a montré que la couverture était malgré tout souvent refusée a posteriori sur la base de clauses d'exclusion vagues relatives aux affections préexistantes. Elle demande comment ce constat s'articule avec les explications fournies par Assuralia et si l'organisation est disposée à ce que de telles failles soient comblées par voie législative.

Daarnaast merkt zij op dat Assuralia eerder heeft aangegeven dat het referentierooster voor personen met hiv aan actualisering toe is, zodat het beter aansluit bij de huidige medische realiteit. Zij vraagt op welke termijn die aanpassing zal gebeuren en of deze ondertussen eventueel reeds werd doorgevoerd. Voorts wenst zij te vernemen welke richtlijnen of aanbevelingen Assuralia in afwachting aan haar leden verstrekt om te vermijden dat patiënten met hiv geconfronteerd worden met buitensporige bijpremies.

Mevrouw Salenbien richt vervolgens enkele vragen tot de Ombudsman van de Verzekeringen. Zij verwijst naar het regeerakkoord, waarin wordt gesteld dat het verschil in behandeling tussen psychische en fysieke aandoeningen moet worden aangepakt. Zij vraagt welke klachten en problematische praktijken vandaag het vaakst voorkomen bij personen met een voorgeschiedenis van psychische aandoeningen, zoals een burn-out of depressie, en of zij nog steeds systematisch worden benadeeld bij het afsluiten van verzekeringen.

Daarnaast vraagt zij welke mechanismen verzekeraars volgens de Ombudsman het vaakst gebruiken om de toepassing van het recht om vergeten te worden te omzeilen. Zij wenst tevens te vernemen welke bijkomende wettelijke instrumenten nodig zouden zijn om consumenten beter te beschermen.

Uit getuigenissen blijkt volgens haar bovendien dat de drempel om een beslissing van een verzekeraar aan te vechten voor veel consumenten hoog ligt. Zij vraagt of de Ombudsman vaststelt dat personen met chronische aandoeningen, bijvoorbeeld hiv-patiënten, afhaken wegens de administratieve complexiteit van dergelijke procedures. Tevens wenst zij te weten hoe de beroepsprocedure toegankelijker en eenvoudiger zou kunnen worden gemaakt.

Vervolgens richt zij zich tot het KCE. Zij meent begrepen te hebben dat het KCE wil werken met haalbaarheidsstudies inzake chronische aandoeningen en dat daarbij ook suggesties vanuit de politiek welkom zijn. Zij vraagt of er momenteel reeds haalbaarheidsstudies lopen met betrekking tot chronische aandoeningen, dan wel of het KCE wacht op beleidsmatige keuzes over de aandoeningen die prioritair onderzocht moeten worden.

Aansluitend informeert zij voor welke chronische aandoeningen vandaag reeds voldoende medische evidentie beschikbaar is om opname in het referentierooster te overwegen. Zij vermoedt dat dergelijke vragen precies het voorwerp kunnen vormen van de geplande haalbaarheidsstudies.

En outre, la membre fait observer qu'Assuralia a précédemment indiqué que la grille de référence applicable aux personnes vivant avec le VIH devait être actualisée afin de mieux refléter la réalité médicale actuelle. Elle demande dans quel délai cette modification sera effectuée et si elle a éventuellement déjà été mise en œuvre. Elle souhaite par ailleurs savoir quelles directives ou recommandations Assuralia communique à ses membres dans l'intervalle afin d'éviter que les personnes vivant avec le VIH ne se voient imposer des surprimes excessives.

Mme Salenbien adresse ensuite plusieurs questions à l'Ombudsman des Assurances. Elle renvoie à l'accord de gouvernement, qui prévoit de remédier à la différence de traitement entre les troubles psychiques et physiques. Elle demande quelles sont aujourd'hui les plaintes et les pratiques problématiques les plus fréquentes auxquelles sont confrontées les personnes ayant des antécédents de troubles psychiques, tels qu'un burn-out ou une dépression, et si elles continuent d'être systématiquement lésées lors de la souscription d'une assurance.

L'intervenante demande ensuite quels sont, d'après l'Ombudsman, les mécanismes auxquels les assureurs recourent le plus souvent pour contourner l'application du droit à l'oubli. Elle souhaite aussi savoir quels instruments légaux supplémentaires seraient nécessaires pour mieux protéger les consommateurs.

Elle souligne par ailleurs qu'il ressort de plusieurs témoignages que de nombreux consommateurs éprouvent des difficultés à contester les décisions des assureurs. Elle demande si l'Ombudsman constate que des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment les personnes vivant avec le VIH, renoncent à agir en raison de la complexité administrative de telles procédures. La membre souhaite également savoir comment faciliter l'accès à la procédure de recours et simplifier celle-ci.

L'intervenante s'adresse ensuite au KCE. Elle croit comprendre que celui-ci envisage de recourir à des études de faisabilité concernant les affections chroniques et que des suggestions émanant du monde politique sont également les bienvenues à cet égard. Elle demande si de telles études de faisabilité sont déjà en cours ou si le KCE attend d'abord que les affections à examiner en priorité soient définies au niveau politique.

Dans le prolongement de cette question, elle souhaite savoir pour quelles affections chroniques, au vu de l'état actuel des connaissances médicales, une intégration dans la grille de référence peut déjà être envisagée. Elle suppose que ce type de question pourrait précisément constituer l'objet des études de faisabilité envisagées.

Verder vraagt zij of de verzekeringssector voldoende meewerkt aan het aanleveren van gegevens die noodzakelijk zijn voor de risicoanalyses van het KCE. Hoewel tijdens de inleidende uiteenzettingen werd verwezen naar gegevens afkomstig van de mutualiteiten, die bepaalde beperkingen vertonen voor onderzoeksdoeleinden, vraagt zij zich af in welke mate de verzekeringssector over bruikbare aanvullende data beschikt en bereid is deze ter beschikking te stellen.

Zij verwijst vervolgens naar het pleidooi van Testaankoop voor een uitbreiding van het referentierooster naar aandoeningen zoals burn-out, depressie en diabetes. Zij vraagt welke van deze aandoeningen volgens het KCE in aanmerking zouden kunnen komen voor opname in het referentierooster, dan wel of zij eerder behoren tot de aandoeningen waarvoor eerst een haalbaarheidsstudie noodzakelijk is.

Tot slot vraagt zij naar de stand van zaken van het onderzoek met betrekking tot hiv. Zij wenst te vernemen welke specifieke obstakels momenteel een snelle aanpassing of uitbreiding van het referentiekader voor deze aandoening in de weg staan.

Ter attentie van de heer Ector merkt mevrouw Salenbien op dat het interessant was te vernemen dat buitenlandse systemen als inspiratiebron kunnen dienen om de toegang tot verzekeringen voor personen met een chronische aandoening te verbeteren. Zij verwijst ook naar zijn voorstel inzake de kankerproblematiek, waarbij rekening wordt gehouden met de gunstige evoluties in de medische wetenschap. Welke concrete stappen kunnen volgens hem reeds op korte termijn worden gezet ten gunste van personen met een kankerverleden?

Verder refereert zij aan het regeerakkoord, waarin een onderzoek wordt aangekondigd naar de uitbreiding van het recht om vergeten te worden naar andere verzekeringstypes. Zij vraagt voor welke verzekeringen patiënten vandaag de grootste discriminatie ervaren. Daarbij denkt zij onder meer aan hospitalisatieverzekeringen, maar eventueel ook aan andere verzekeringsproducten. Volgens haar kan deze hoorzitting alvast nuttige inzichten opleveren om daarover conclusies te trekken.

Ten slotte informeert zij naar de procedurele lasten waarmee voormalige patiënten worden geconfronteerd. Zij vraagt of de bewijslast om aan te tonen dat men genezen is vandaag nog steeds zwaar doorweegt en welke elementen volgens het Vlaams Patiëntenplatform wettelijk zouden moeten worden verankerd om patiënten op dat vlak beter te beschermen.

Elle demande en outre si le secteur des assurances coopère suffisamment à la fourniture des données nécessaires aux analyses de risque à établir par le KCE. Alors qu'il a été fait référence, lors des exposés introductifs, à des données issues des mutualités, dont l'utilité à des fins de recherche est limitée, elle s'interroge sur la mesure dans laquelle le secteur des assurances dispose de données complémentaires exploitables et se demande si celui-ci accepterait de les mettre à disposition.

La membre revient ensuite sur le plaidoyer de Testachats en faveur d'une extension de la grille de référence à des affections telles que le burn-out, la dépression et le diabète. Elle souhaite savoir quelles sont, parmi ces affections, celles qui pourraient déjà être intégrées dans la grille de référence au vu de l'état actuel des connaissances et quelles sont celles qui devraient d'abord faire l'objet d'une étude de faisabilité.

Enfin, elle s'enquiert de l'état d'avancement des recherches relatives au VIH. Elle souhaiterait savoir quels sont actuellement les obstacles spécifiques qui empêchent une adaptation ou une extension rapide du cadre de référence applicable à cette maladie.

S'adressant ensuite à M. Ector, Mme Salenbien indique qu'il est intéressant que des systèmes étrangers puissent servir de source d'inspiration pour améliorer l'accès aux assurances des personnes atteintes d'une affection chronique. Elle renvoie également à sa proposition relative à la problématique du cancer, qui tient compte des évolutions favorables de la science médicale. Quelles mesures concrètes pourraient, selon lui, être prises à brève échéance en faveur des personnes ayant des antécédents de cancer?

Elle se réfère par ailleurs à l'accord de gouvernement, qui annonce une étude sur l'extension du droit à l'oubli à d'autres types d'assurances. Elle demande dans quels domaines de l'assurance les patients rencontrent aujourd'hui le plus de discriminations. Elle pense notamment aux assurances hospitalisation, mais éventuellement aussi à d'autres produits d'assurance. Selon elle, l'audition en cours pourrait déjà fournir des éléments utiles pour tirer des enseignements à cet égard.

Enfin, la membre s'informe des contraintes procédurales auxquelles sont confrontés les anciens patients. Elle demande si la charge de la preuve de la guérison continue aujourd'hui de peser lourdement sur les anciens patients et quels éléments devraient, selon la Vlaams Patiëntenplatform, être inscrits dans la loi afin de mieux les protéger sur ce point.

Mevrouw Leentje Grillaert (cd&v) herinnert eraan dat de commissie deze legislatuur reeds haar goedkeuring gaf aan twee wetsvoorstellen omtrent deze materie, met name het voorstel DOC 56 0302 van het toenmalige Kamerlid Anneleen Van Bossuyt alsook het voorstel DOC 56 0951 van Els Van Hoof (DOC 56 0951). In die context zijn de geesten verder gerijpt om een algemene hoorzitting over het recht om vergeten te worden te organiseren. Mensen met kanker of een chronische ziekte krijgen tijdens hun ziekte immers al met voldoende administratieve lasten af te rekenen, bovenop de ziekte zelf. Zij zouden nadien niet nog met bijkomende lasten mogen worden geconfronteerd. Wie een dergelijke ziekte heeft doorgemaakt, of bij een chronische ziekte nog steeds doormaakt, verdient de nodige ondersteuning, met zo weinig mogelijk bijkomende administratieve of andere lasten.

Voor cd&v is het daarom belangrijk verder te werken aan dit onderwerp. Het recht om vergeten te worden moet daadwerkelijk functioneren, voldoende bekend zijn en waar mogelijk gradueel kunnen worden uitgebreid. Tegelijk moet rekening worden gehouden met de betaalbaarheid van de verzekeringen. Niet alleen in België leeft deze discussie. Ook in onder meer Frankrijk, Nederland en Luxemburg loopt het debat en wordt gepleit voor, of is reeds overgegaan tot, de afschaffing van de meldingsplicht.

Vervolgens gaat het lid in op de beschikbare gegevens. Zij heeft begrepen dat Assuralia slechts over weinig cijfers beschikt. Toch zijn gegevens belangrijk om de problematiek correct te kunnen inschatten. Zijn er cijfers beschikbaar over aanvragen voor schuldsaldo-, arbeidsongeschiktheids- en reisannulatieverzekeringen door personen met een kanker- of chronisch ziekteverleden?

Wat is voorts het effect van de afschaffing van de meldingsplicht? Zijn er signalen van antiselectie of van hogere premies voor andere verzekerden?

Hoe wordt het gestandaardiseerde informatiedocument in de praktijk aangeboden? Wordt het tijdig ter beschikking gesteld en is het voldoende duidelijk voor de kandidaat-verzekeringnemer? Hoe verloopt de samenwerking met het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering en de Compensatiekas? Hoeveel dossiers worden aan het Opvolgingsbureau voorgelegd?

Wat het referentierooster betreft, vraagt mevrouw Grillaert welke aandoeningen nog voor opname in

Mme Leentje Grillaert (cd&v) rappelle que la commission a déjà approuvé, au cours de la présente législature, deux propositions de loi relatives à cette matière, à savoir la proposition DOC 56 0302 d'Anneleen Van Bossuyt, qui était alors députée, et la proposition DOC 56 0951 d'Els Van Hoof. C'est dans ce contexte qu'a mûri l'idée d'organiser une audition générale consacrée au droit à l'oubli. Les personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie chronique sont en effet déjà confrontées à une charge administrative suffisante pendant leur maladie, en plus de devoir composer avec celle-ci. Elles ne devraient pas devoir faire face ensuite à des contraintes supplémentaires. Les personnes qui ont traversé une telle maladie, ou qui vivent toujours avec une affection chronique, méritent de bénéficier du soutien nécessaire, assorti d'un minimum de charges administratives ou autres.

Pour le cd&v, il importe dès lors de poursuivre les travaux sur cette question. Le droit à l'oubli doit produire pleinement ses effets, faire l'objet d'une meilleure information et pouvoir, dans la mesure du possible, être étendu progressivement. Dans le même temps, il convient de tenir compte de la viabilité financière des assurances. Ce débat ne se limite d'ailleurs pas à la Belgique. Il est également mené, notamment, en France, aux Pays-Bas et au Luxembourg, où la suppression de l'obligation de déclaration est envisagée ou a déjà été mise en œuvre.

La membre aborde ensuite la question des données disponibles. Elle croit comprendre qu'Assuralia dispose de peu de données chiffrées. Or, ces données sont importantes pour apprécier correctement l'ampleur de la problématique. Dispose-t-on de chiffres concernant les demandes de souscription d'une assurance solde restant dû, d'une assurance incapacité de travail ou d'une assurance annulation de voyage émanant de personnes ayant des antécédents de cancer ou de maladie chronique?

Quel est l'effet de la suppression de l'obligation de déclaration? Observe-t-on des phénomènes d'antisélection ou une augmentation des primes pour les autres assurés?

Comment le document d'information standardisé sera-t-il fourni en pratique? Sera-t-il mis à disposition en temps utile et sera-t-il suffisamment clair pour les candidats preneurs d'assurance? Comment se déroulera la collaboration avec le Bureau de suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû et avec la Caisse de compensation? Combien de dossiers seront soumis au Bureau de suivi?

S'agissant de la grille de référence, Mme Grillaert demande quelles affections pourraient encore y être

aanmerking komen en welke timing daarbij realistisch is. Welke aandoeningen zijn prioritair? Welke studies zijn nog lopende of worden verwacht, en in welke mate hangt een verdere uitbreiding af van de voortgang en de resultaten daarvan?

Zij vraagt tevens hoe het Belgische model zich verhoudt tot dat van Frankrijk, Nederland en andere Europese landen. Frankrijk staat op dit vlak verder en ook in andere Europese landen wordt het debat gevoerd. België hoeft het warm water niet opnieuw uit te vinden en kan leren uit de ervaringen elders. Hoe kan er bovendien voor worden gezorgd dat toekomstige aanpassingen van het referentierooster sneller rekening houden met de medische vooruitgang?

Tot slot richt het lid zich tot de vertegenwoordiger van het Vlaams Patiëntenplatform. Is het recht om vergeten te worden voldoende bekend bij patiënten? Welke signalen ontvangt het platform sinds 1 juni 2026? Voor welke aandoeningen en verzekeringen is de behoefte aan een uitbreiding van het recht het grootst?

Hoe toegankelijk is de procedure bij het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering voor patiënten die een weigering of bijpremie willen betwisten? Welke drempels ervaren zij en hoe kan die procedure worden verbeterd?

Zijn er ten slotte patiënten die buiten het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden vallen, maar niettemin problemen ondervinden bij het afsluiten van een verzekering?

Mevrouw Alexia Bertrand (Anders.) meent dat België trots mag zijn op wat tot nu toe is bereikt. Het behoort tot de Europese koplopers, al betekent dit niet dat er geen ruimte voor verbetering is. Het is belangrijk voort te bouwen op wat goed werkt, de hervormingen de tijd te geven om hun effect te bewijzen en tegelijk na te gaan waar gerichte bijkomende verbeteringen mogelijk zijn.

Bestaan er cijfers over de concrete impact van het recht om vergeten te worden sinds de invoering ervan in 2020? Hoeveel mensen hebben hierdoor gemakkelijker toegang gekregen tot een verzekering? Zijn er aanwijzingen dat verzekeraars de bijkomende risico's doorrekenen in de premies voor andere verzekerden?

Het regeerakkoord voorziet in een verdere uitbreiding van het referentierooster op basis van wetenschappelijk

intégrées et dans quel délai une telle extension pourrait raisonnablement être envisagée. Quelles sont les affections considérées comme prioritaires? Quelles études sont actuellement en cours ou attendues et dans quelle mesure une extension supplémentaire dépendra-t-elle de leur avancement et de leurs résultats?

Elle souhaite également savoir comment le modèle belge se compare à ceux de la France, des Pays-Bas et d'autres pays européens. La France est plus avancée dans ce domaine et le débat est également en cours dans d'autres États européens. La Belgique peut utilement s'appuyer sur les expériences menées à l'étranger et en tirer les enseignements nécessaires. Comment faire en sorte que les futures modifications de la grille de référence tiennent compte plus rapidement des progrès de la médecine?

Enfin, la membre s'adresse au représentant de la Vlaams Patiëntenplatform. Le droit à l'oubli est-il suffisamment connu des patients? Quels retours du terrain la Plateforme reçoit-elle depuis le 1er juin 2026? Pour quelles affections et quels produits d'assurance une extension du droit à l'oubli apparaît-elle la plus nécessaire?

Dans quelle mesure la procédure devant le Bureau de suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû est-elle accessible aux patients qui souhaitent contester un refus ou une surprime? Quels obstacles rencontrent-ils et comment cette procédure pourrait-elle être améliorée?

Existe-t-il enfin des patients qui ne relèvent pas du champ d'application du droit à l'oubli mais qui rencontrent néanmoins des difficultés pour souscrire une assurance?

Mme Alexia Bertrand (Anders.) estime que la Belgique peut être fière des avancées réalisées jusqu'à présent. Notre pays se situe à l'avant-garde en Europe, même si cela ne signifie pas qu'aucune amélioration supplémentaire n'est possible. Il importe de s'appuyer sur ce qui fonctionne bien, de laisser aux réformes le temps de produire leurs effets et, parallèlement, d'examiner les domaines dans lesquels des améliorations ciblées pourraient encore être apportées.

Existe-t-il des chiffres relatifs à l'impact concret du droit à l'oubli depuis son entrée en vigueur en 2020? Quel est le nombre de personnes ayant pu souscrire plus facilement une assurance? Dispose-t-on d'indices montrant que les assureurs répercutent les risques supplémentaires sur les primes payées par les autres assurés?

Mme Bertrand rappelle que l'accord de gouvernement prévoit une extension progressive de la grille de

onderzoek. De heer Ector heeft aangegeven geen voorstander te zijn van referentieroosters voor chronische aandoeningen, en heeft daarbij verwezen naar andere systemen in het buitenland. Kan hij een voorbeeld geven van een dergelijk alternatief systeem en toelichten wat in andere landen wordt gehanteerd in plaats van referentieroosters voor chronische aandoeningen?

Aan de dames Odnoletkova en Vinck vraagt mevrouw Bertrand wat de stand van zaken is van de KCE-studie naar de uitbreiding van de bescherming voor chronische aandoeningen, waaronder psychische aandoeningen, en naar mogelijke solidariteitsmechanismen.

Vervolgens richt zij zich tot de heer Lannoy van Assuralia. In juli 2026 adviseerde het KCE om de wachttijd voor een grote groep patiënten met schildklierkanker volledig af te schaffen. Daarnaast beveelt het KCE aan om de wachttijd te laten ingaan vanaf de diagnose in plaats van na het einde van de behandeling. Wat zou de impact van die laatste aanpassing zijn op de verzekerbaarheid en de premies?

Tot slot wijst het lid erop dat de bescherming inmiddels is uitgebreid tot reisannulatieverzekeringen en verzekeringen bij consumentenkredieten. Zijn er nog andere verzekeringstypes waarbij mensen met een medische voorgeschiedenis systematisch moeilijkheden ondervinden? De heer Ector heeft reeds verwezen naar de reisbijstandsverzekering. Zijn er daarnaast nog andere verzekeringen waarvoor een uitbreiding aangewezen zou zijn, of is de lijst daarmee nagenoeg volledig?

III. — **ANTWOORDEN VAN DE UITGENODIGDE SPREKERS**

Mevrouw Irina Odnoletkova (KCE) benadrukt het belang van betere gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Het KCE pleit er in meerdere rapporten voor om in België een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen dat op uniforme wijze wordt ingevuld en op eenzelfde overheidsplatform wordt gehost, zodat onderzoekers toegang kunnen krijgen tot geanonimiseerde gegevens. Daarbij wordt gekeken naar de Scandinavische landen, die op dit vlak ver staan. In Zweden is een dergelijk systeem op twee jaar tijd ingevoerd. Het ontbreken ervan in België bemoeilijkt het onderzoek, omdat telkens opnieuw naar geschikte gegevens moet worden gezocht. Een dergelijk systeem zou een duurzamere oplossing bieden

référence sur la base des données scientifiques disponibles. M. Ector s'est déclaré opposé à l'élaboration de grilles de référence pour les affections chroniques, en renvoyant à d'autres systèmes appliqués à l'étranger. Peut-il donner un exemple d'un tel système alternatif et expliquer quelles approches sont mises en œuvre dans d'autres pays concernant les affections de ce type, en lieu et place de grilles de référence?

Mme Bertrand interroge ensuite Mmes Odnoletkova et Vinck sur l'état d'avancement de l'étude du KCE relative à l'extension de la protection accordée aux personnes atteintes d'affections chroniques, notamment de troubles psychiques, ainsi qu'aux mécanismes de solidarité susceptibles d'être mis en place.

Elle s'adresse ensuite à M. Lannoy, représentant d'Assuralia. En juillet 2026, le KCE a recommandé de supprimer complètement le délai d'attente pour un large groupe de patients atteints d'un cancer de la thyroïde. Il a par ailleurs préconisé de faire courir ce délai à partir du diagnostic plutôt qu'à partir de la fin du traitement. Quel serait l'impact de cette dernière modification sur l'assurabilité des personnes concernées et sur le niveau des primes?

Enfin, la membre souligne que la protection a entretemps été étendue aux assurances annulation de voyage et aux assurances liées aux crédits à la consommation. Existe-t-il d'autres types d'assurance pour lesquels les personnes ayant des antécédents médicaux rencontrent systématiquement des difficultés? M. Ector a déjà évoqué l'assurance assistance voyage. Au-delà de celle-ci, d'autres catégories d'assurance justifieraient-elles une extension du dispositif ou la liste actuelle est-elle désormais pratiquement complète?

III. — **RÉPONSES DES ORATEURS INVITÉS**

Mme Irina Odnoletkova (KCE) souligne qu'il importe de disposer de meilleures données pour la recherche scientifique. Le KCE recommande, dans plusieurs rapports, de prévoir en Belgique un dossier électronique du patient qui serait complété de manière uniforme et hébergé sur une plateforme publique commune où les chercheurs pourraient accéder à des données anonymisées. On s'inspirerait ainsi des pays scandinaves, très avancés sur ce plan. En Suède, un dispositif de ce type a par exemple été mis en place en deux ans. L'absence d'un dispositif similaire en Belgique complique la recherche, car les chercheurs doivent systématiquement rechercher des données adéquates. Ce dispositif apporterait

dan voor elke chronische aandoening een afzonderlijk register op te zetten.

Wat de eventuele inschakeling van externe bureaus betreft, moet intern worden bekeken wat mogelijk is. Indien dit gebeurt onder de wetenschappelijke leiding van het KCE, kan die piste worden onderzocht om sneller te kunnen werken. Het KCE heeft zoals gezegd al methodologieën ontwikkeld voor het onderzoek naar schuldsaldoverzekeringen bij kanker.

Voor zijn rapporten onderzoekt het KCE steeds hoe het recht om vergeten te worden in andere landen functioneert. België mag volgens de spreekster trots zijn op de transparante wijze waarop de wetenschappelijke evidentie wordt ontwikkeld en de referentieroosters op basis daarvan worden aangepast. Het proces verloopt traag, maar de evidentie en de transparantie zijn van een hoog niveau. In andere landen heeft het KCE geen publieke rapporten gevonden die de referentieroosters wetenschappelijk onderbouwen. In Nederland en Frankrijk gebeuren aanpassingen veeleer op basis van consensusvergaderingen. Er wordt wel rekening gehouden met bepaalde wetenschappelijke evidentie, maar niet noodzakelijk op basis van specifieke studies met nationale databestanden. Er moet dan ook een politieke afweging worden gemaakt tussen de robuustheid van de evidentie en de snelheid waarmee aanpassingen kunnen worden doorgevoerd. Wie sneller wil gaan, zal meer aangewezen zijn op consensusgerichte aanpassingen.

Voor chronische aandoeningen moet de haalbaarheid geval per geval worden bekeken. Het KCE heeft een haalbaarheidsstudie in zijn programma opgenomen, die eind 2026 van start moet gaan, en heeft de tijdens de hoorzitting aangehaalde prioriteiten genoteerd. De procedure voor de prioritering van onderzoeken bij het KCE is transparant. Iedereen kan onderzoeksonderwerpen voorstellen, waarna onder meer de prioriteit en de haalbaarheid worden beoordeeld. Voor het recht om vergeten te worden bestaat reeds een lijst van aandoeningen die onder meer door patiëntenorganisaties zijn voorgesteld. Ook vanuit de politiek kunnen te allen tijde ad-hocvragen aan het KCE worden voorgelegd, die vervolgens op hun haalbaarheid worden onderzocht.

Het is niet uitgesloten dat onderzoek voor bepaalde chronische aandoeningen mogelijk is. Voor hiv bijvoorbeeld lijkt dat volgens de spreekster haalbaar, gelet op het specifieke farmaceutische verbruikspatroon dat met die aandoening gepaard gaat. Daarnaast moet telkens worden nagegaan of het noodzakelijk is om nationale databanken te raadplegen. Voor sommige aandoeningen

une solution plus durable que celle consistant à créer un registre distinct pour chaque pathologie chronique.

S'agissant du recours éventuel à des bureaux externes, il conviendrait d'abord d'examiner ce qui est possible en interne. Si cette opération a lieu sous la direction scientifique du KCE, cette piste pourrait être examinée pour pouvoir accélérer la cadence. Comme indiqué précédemment, le KCE a déjà élaboré des méthodologies pour étudier la question des assurances du solde restant dû pour les patients guéris d'un cancer.

Lorsqu'il rédige ses rapports, le KCE examine toujours l'application du droit à l'oubli dans d'autres pays. Selon l'oratrice, la Belgique peut être fière de la transparence de la collecte des données scientifiques probantes et de l'actualisation des grilles de référence à partir de ces données. S'il est vrai que ce processus est lent, les données probantes et la transparence sont néanmoins d'un haut niveau. Le KCE n'a trouvé dans aucun autre pays des rapports publics étayant scientifiquement les grilles de référence. Aux Pays-Bas et en France, ces grilles sont plutôt actualisées à l'issue de réunions de consensus. Il est tenu compte de certaines données scientifiques probantes, mais celles-ci ne proviennent pas toujours d'études spécifiques fondées sur des fichiers nationaux de données. Il convient donc de procéder à un arbitrage politique entre la robustesse des données probantes et la vitesse à laquelle elles peuvent être actualisées. Ceux qui souhaitent avancer plus rapidement dépendront davantage d'actualisations visant un consensus.

Pour les maladies chroniques, il faudra examiner la faisabilité au cas par cas. Le KCE a prévu, dans son programme, une étude de faisabilité qui sera entamée fin 2026, et il a pris note des priorités évoquées en cours d'audition. La procédure de priorisation des études au KCE est transparente. Chaque chercheur peut proposer des sujets d'étude, puis la priorité et la faisabilité, notamment, de ces sujets sont évaluées. En ce qui concerne le droit à l'oubli, il existe déjà une liste de pathologies qui ont notamment été proposées par les organisations de patients. Les autorités politiques peuvent elles aussi soumettre, à tout moment, des demandes *ad hoc* au KCE, qui en examine ensuite la faisabilité.

La possibilité d'étudier certaines maladies chroniques n'est pas exclue. Pour le VIH, par exemple, l'oratrice estime qu'une étude serait réalisable, compte tenu du schéma de médication spécifique de cette infection. Il faudra en outre examiner systématiquement la nécessité de consulter des banques de données nationales. En effet, pour certaines pathologies, une littérature

is immers zeer goede internationale wetenschappelijke literatuur beschikbaar, die mogelijk kan volstaan om het nodige advies te formuleren.

Mevrouw Irm Vinck (KCE) vult aan dat melanoom de volgende kankeraandoening op de lijst is om te onderzoeken. Tegelijk zal ook naar hiv worden gekeken. Naar aanleiding van de recente berichtgeving in de pers, onder meer naar aanleiding van de aanbeveling die UNIA op 13 oktober 2026 formuleerde, onderzoekt het KCE momenteel samen met de verzekeraars of voor hiv met een verkorte methodologie sneller een advies kan worden uitgebracht.

Dit onderzoek zou parallel lopen met de volgende studie over melanoom. Daardoor zou een advies over hiv sneller beschikbaar kunnen zijn dan binnen de oorspronkelijk voorziene termijn van twee jaar.

De heer Hein Lannoy (Assuralia) begint zijn betoog met een toelichting van de verzekeringstechnische logica. België beschikt over een gezondheidsstelsel dat op solidariteit berust, de zogenaamde eerste pijler van de gezondheidszorg. Private verzekeringen vormen daarop een aanvulling en zijn in wezen gebaseerd op het mutualiseren van risico's. Verzekeraars brengen verzekerden met een gelijkaardig risico samen en bepalen de premie rekening houdend met de statistische waarschijnlijkheid dat zich binnen die risicocategorie een schadegeval voordoet. De ontvangen premies moeten volstaan om dat risico te dekken. Hij illustreert dit met het voorbeeld van een brandverzekering: een huis met een rieten dak houdt een hoger risico in dan een huis met een pannendak, waardoor het vanzelfsprekend is dat voor het eerste een hogere premie wordt aangerekend.

Bij gezondheidsverzekeringen ligt die benadering uiteraard gevoeliger. Dat volgens de normale verzekeringstechniek een hoger risico gepaard gaat met een hogere premie, sluit echter vormen van solidariteit evenwel niet uit. In verschillende verzekeringen betalen personen met een lager risico via hun premie gedeeltelijk mee voor personen met een hoger risico. Zo vormt het systeem van de Compensatiekas bij schuldsaldoverzekeringen een bijkomend solidariteitsmechanisme, waarbij onder bepaalde voorwaarden een deel van de bijpremie voor de hoogste risico's ten laste wordt genomen.

Voor chronisch zieken komt het erop aan de betrokken risicocategorieën zo goed mogelijk af te bakenen. Daarvoor zijn gegevens nodig om te kunnen inschatten wat de kans is dat zich binnen een bepaalde populatie een schadegeval voordoet en er dus recht op een uitkering ontstaat. De premies voor die categorie moeten in

scientifique internationale de haute qualité est disponible et elle pourrait suffire pour formuler l'avis nécessaire.

Mme Irm Vinck (KCE) ajoute que le mélanome est le prochain cancer inscrit sur la liste qui sera étudié. On étudiera aussi le cas du VIH. À la suite de récents articles de presse faisant notamment suite à la recommandation d'UNIA publiée le 13 octobre 2026, le KCE examine aujourd'hui, avec les assureurs, la question de savoir si une méthodologie plus concise permettrait de rendre un avis plus rapidement.

Cette étude serait menée parallèlement à la prochaine étude sur le mélanome. Un avis sur le VIH pourrait ainsi être disponible avant l'expiration du délai de deux ans initialement prévu.

M. Hein Lannoy (Assuralia) commence par expliquer la logique actuarielle. La Belgique dispose d'un système de santé basé sur la solidarité, système que l'on appelle le premier pilier des soins de santé. Les assurances privées complètent ce système et sont essentiellement fondées sur la mutualisation des risques. Les assureurs regroupent les assurés qui présentent des risques similaires et fixent les primes que ceux-ci doivent payer en tenant compte de la probabilité statistique qu'un sinistre survienne au sein de cette catégorie de risques. Les primes perçues doivent être suffisantes pour couvrir ce risque. L'orateur illustre ce principe en prenant l'exemple d'une assurance incendie: une maison couverte d'un toit de chaume présentant plus de risques qu'une maison couverte d'un toit de tuiles, il est logique que la prime demandée pour l'assurer soit plus élevée.

Dans le cas des assurances santé, ce raisonnement est effectivement plus sensible. La technique actuarielle ordinaire, qui prévoit qu'un risque plus élevé donne lieu à une prime plus élevée, n'exclut cependant pas toute forme de solidarité. En effet, dans le cadre de plusieurs assurances, les personnes exposées à des risques plus faibles paient en partie, via leurs primes, pour les personnes exposées à des risques plus élevés. Par exemple, dans le cas de l'assurance du solde restant dû, le système de la Caisse de compensation est un mécanisme de solidarité additionnel qui prend en charge, sous certaines conditions, une partie des surprimes appliquées pour les risques les plus élevés.

Pour les malades chroniques, il s'agit de délimiter au mieux les catégories de risques visées et il faut, pour cela, disposer de données qui permettent d'estimer la probabilité qu'un sinistre survienne au sein d'une population donnée, et qu'un droit à une indemnité naisse. En principe, les primes demandées pour cette catégorie

principe volstaan om die dekking te bieden. De spreker benadrukt evenwel dat de overgrote meerderheid van de bevolking zonder enige bijpremie een gezondheidsverzekering kan afsluiten.

Een correcte risico-inschatting is voor verzekeraars essentieel. Om die reden hechten zij belang aan de meldingsplicht. De heer Lannoy begrijpt de maatschappelijke redenen om die verplichting niet langer wenselijk te achten, maar wijst erop dat verzekeraars daardoor over minder gegevens beschikken om risico's correct te beoordelen.

Het recht om vergeten te worden heeft vandaag slechts een zeer beperkte impact op de premies van andere verzekerden. Dankzij het werk van het KCE kan de medische vooruitgang op basis van objectieve gegevens in kaart worden gebracht en kunnen bepaalde categorieën tegen een redelijke bijpremie of zonder bijpremie worden verzekerd. Op basis van wat hij van de leden van Assuralia verneemt, is er momenteel geen betekenisvolle premiestijging die aan het recht om vergeten te worden kan worden toegeschreven.

Bij elke verdere uitbreiding blijft er bij de verzekeringssector wel bezorgdheid bestaan. Verzekeraars willen voldoende objectieve, wetenschappelijk onderbouwde gegevens hebben waaruit blijkt dat de overlevings- en sterftecijfers een dekking onder normale verzekeringstechnische voorwaarden mogelijk maken. De referentieroosters en de adviezen van het KCE zijn daarom voor hen bijzonder belangrijk. Ook bij toekomstige uitbreidingen moet steeds worden nagegaan of voldoende gegevens beschikbaar zijn om het risico behoorlijk in te schatten.

Wat de hospitalisatieverzekering betreft, wijst de heer Lannoy erop dat een groot deel van de bevolking daar via de werkgever toegang toe heeft in het kader van een collectieve verzekering. Bij dergelijke verzekeringen worden geen medische vragenlijsten gebruikt. Dat vormt een voorbeeld van solidarisering op het niveau van de onderneming en biedt in België een ruime dekking.

De moeilijkheid stelt zich vooral bij individuele hospitalisatieverzekeringen. Indien een verzekeraar geen rekening meer mag houden met bepaalde medische antecedenten, ontstaat een probleem bij de premiebepaling. De verzekeraar ziet zich dan verplicht het bijkomende risico over de gehele verzekerde populatie te spreiden. Voor verzekeraars betekent dit dat zij een onzeker risico moeten dekken dat moeilijk te berekenen is.

Assuralia heeft ook het Franse model van nabij onderzocht. Naar aanleiding van de uitbreidingen die daar enkele jaren geleden werden doorgevoerd, heeft de

de risques doivent suffire pour offrir cette couverture. L'orateur souligne toutefois que la grande majorité de la population peut souscrire une assurance santé sans devoir payer la moindre surprime.

Une évaluation correcte des risques est essentielle pour les assureurs. C'est pourquoi ils accordent une grande importance à l'obligation de déclaration. M. Lannoy comprend les raisons sociétales qui justifient l'abandon de cette obligation, mais souligne que les assureurs disposent ainsi de moins de données pour évaluer correctement les risques.

Le droit à l'oubli n'a actuellement qu'une incidence très limitée sur les primes des autres assurés. Les travaux du KCE permettent de mesurer les progrès médicaux à partir de données objectives et d'assurer certaines catégories de personnes moyennant une surprime raisonnable, voire sans surprime. Selon les informations communiquées par les membres d'Assuralia, aucune hausse significative des primes ne peut actuellement être attribuée au droit à l'oubli.

Chaque nouvel élargissement suscite toutefois des inquiétudes au sein du secteur des assurances. Les assureurs souhaitent disposer de suffisamment de données objectives et fondées sur des preuves scientifiques démontrant que les taux de survie et de mortalité permettent d'offrir une couverture dans des conditions d'assurance habituelles. Les grilles de référence et les avis du KCE revêtent donc pour eux une importance particulière. Même en cas de futurs élargissements, il conviendra toujours de vérifier si les données disponibles sont suffisantes pour évaluer correctement le risque.

En ce qui concerne l'assurance hospitalisation, M. Lannoy souligne qu'une grande partie de la population y a accès par l'intermédiaire de son employeur dans le cadre d'une assurance collective. Ces assurances ne s'appuient pas sur des questionnaires médicaux. Elles illustrent la solidarité au niveau de l'entreprise et offrent une couverture étendue en Belgique.

La difficulté se pose surtout dans le cadre des assurances hospitalisation individuelles. Si un assureur n'est plus autorisé à tenir compte de certains antécédents médicaux, cela pose un problème pour la fixation des primes. L'assureur se voit alors contraint de répartir le risque supplémentaire sur l'ensemble de la population assurée. Pour les assureurs, cela signifie qu'ils doivent couvrir un risque incertain et difficile à calculer.

Assuralia a également examiné de près le modèle français. À la suite des extensions qui y ont été mises en œuvre il y a quelques années, la fédération s'est

federatie bij Franse collega's naar de gevolgen geïnformeerd. Concrete cijfergegevens zijn niet beschikbaar, maar volgens die collega's heeft de uitbreiding geleid tot hogere premies, omdat het systeem meer solidariteit vereist. Daarnaast heeft ze aanleiding gegeven tot bepaalde contractuele uitsluitingen. Volgens de heer Lannoy moet daarom zorgvuldig worden nagedacht over de mogelijke gevolgen van een uitbreiding naar Frans model.

Op de vraag hoe Assuralia toeziet op de naleving van de regels door zijn leden, antwoordt de heer Lannoy dat de gezondheidsverzekeraars elkaar regelmatig ontmoeten binnen de commissie Gezondheid, waar nieuwe regelgeving en wetgeving worden toegelicht. Assuralia beschikt daarnaast over gedragscodes, onder meer inzake de informatieverstrekking aan patiënten. Zodra een gedragscode unaniem door de raad van bestuur is goedgekeurd, is die bindend voor alle leden en kan Assuralia toezien op de naleving ervan. Wanneer het Parlement een wet aanneemt, passen de verzekeraars die loyaal en correct toe, ook wanneer zij tijdens de totstandkoming ervan bepaalde bezwaren of bekommernissen hebben geuit.

Wat de koppelverkoop betreft, neemt Assuralia als beroepsvereniging een neutrale positie in. De spreker heeft begrip voor de vraag dat verzekerden vrij moeten kunnen kiezen bij welke verzekeraar zij een schuldsaldoverzekering afsluiten. Hij stelt vast dat sommige kredietinstellingen klanten trachten te loodsen naar de verzekeraar waarmee zij samenwerken. Assuralia heeft daarover geen formeel standpunt ingenomen, aangezien de federatie zowel verzekeraars vertegenwoordigt die met banken samenwerken als verzekeraars die dat niet doen.

De heer Sammy Bogaert (Assuralia) licht toe dat het recht om vergeten te worden voor reisannulatieverzekeringen op 1 juni 2026 in werking is getreden. Wanneer de verzekerde op het ogenblik van de boek ing van de reis een aandoening heeft die al minstens dertig dagen stabiel is, dan mag de verzekeraar die aandoening niet gebruiken als grondslag voor het niet toekennen van de waarborg. Voor zover bekend, zijn hierover tot dusver bij het Opvolgingsbureau geen vragen of geschillen gerezen. Het systeem lijkt dan ook goed te werken.

Of eenzelfde regeling ook naar de reisbijstandsverzekering moet worden uitgebreid, is volgens de spreker een open vraag. Er zijn momenteel geen problemen bekend voor personen met gezondheidsproblemen. Bovendien zijn bij het afsluiten van een reisbijstandsverzekering geen medische formaliteiten vereist. Op dit ogenblik lijkt er dan ook geen duidelijke noodzaak te bestaan om het recht om vergeten te worden tot die verzekering uit te breiden.

renseignée auprès de ses homologues français sur leurs conséquences. Aucun chiffre concret n'est disponible, mais selon ces derniers, l'extension a entraîné une hausse des primes, car le système exige davantage de solidarité. Elle a par ailleurs donné lieu à certaines exclusions contractuelles. Selon M. Lannoy, il convient donc de réfléchir attentivement aux conséquences possibles d'une extension selon le modèle français.

À la question de savoir comment Assuralia veille au respect des règles par ses membres, M. Lannoy répond que les assureurs santé se réunissent régulièrement au sein de la commission Santé, où les nouvelles dispositions réglementaires et législatives sont présentées. Assuralia dispose en outre de codes de conduite, notamment en matière d'information des patients. Dès qu'un code de conduite est approuvé à l'unanimité par le conseil d'administration, il devient contraignant pour tous les membres et Assuralia peut veiller à son respect. Lorsqu'un texte de loi est adopté par le Parlement, les assureurs l'appliquent de manière loyale et correcte, même s'ils ont exprimé certaines réserves ou préoccupations lors de son élaboration.

En ce qui concerne les ventes liées, Assuralia adopte, en sa qualité d'union professionnelle, une position neutre. L'orateur comprend que les assurés demandent à pouvoir choisir librement auprès de quel assureur ils souscrivent une assurance solde restant dû. Il constate que certains établissements de crédit s'efforcent d'orienter leurs clients vers l'assureur avec lequel ils collaborent. Assuralia n'a pas pris de position officielle à ce sujet, étant donné que la fédération représente tant les assureurs qui collaborent avec des banques que les autres.

M. Sammy Bogaert (Assuralia) précise que le droit à l'oubli est entré en vigueur le 1er juin 2026 pour les assurances annulation voyage. Lorsque l'assuré présente, au moment de la réservation du voyage, une affection dont l'état est stable depuis au moins trente jours, l'assureur ne peut pas invoquer cette affection pour refuser la garantie. À ce jour, aucune question ni aucun litige à ce sujet ne semble avoir été soumis au Bureau du suivi. Le système semble donc fonctionner correctement.

Selon l'orateur, la question de savoir s'il convient d'élargir cette réglementation à l'assurance assistance voyage reste ouverte. Pour l'instant, aucun problème n'est signalé pour les personnes souffrant de problèmes de santé. De plus, aucune formalité médicale n'est requise lors de la souscription d'une assurance assistance voyage. Rien ne semble donc actuellement justifier de manière évidente l'élargissement du droit à l'oubli à cette assurance.

De heer Hein Lannoy (Assuralia) gaat in op de samenwerking met het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering, die volgens hem goed verloopt. Het bureau is samengesteld uit vertegenwoordigers van de consumenten, verzekeraars en patiënten, en wordt voorgezeten door een onafhankelijk magistraat. In 80 % van de beroepsprocedures die verzekerden bij het Opvolgingsbureau instellen, wordt de voorgestelde bijpremie van de verzekeraar gevolgd. Volgens de heer Lannoy toont dit aan dat het systeem constructief werkt en dat de door verzekeraars gevraagde bijpremies in de meeste gevallen wetenschappelijk kunnen worden onderbouwd.

Wat de mogelijke antiselectie betreft, verwijst hij naar het voorstel van de Ombudsman om het recht om vergeten te worden niet alleen voor schuldsaldoverzekeringen te laten gelden, maar ook uit te breiden tot klassieke levensverzekeringen. Assuralia vreest dat daarbij een risico op antiselectie door verzekeraars ontstaat, doordat sommige personen juist vanwege hun verhoogde risico een levensverzekering zouden afsluiten. Die situatie verschilt wezenlijk van die van een ex-kankerpatiënt die een woning wil kopen en daarvoor een schuldsaldoverzekering nodig heeft. In dat laatste geval moet alles in het werk worden gesteld om de betrokkene te helpen.

Op Europees niveau behoren België en Frankrijk tot de koplopers inzake het recht om vergeten te worden. Momenteel lopen besprekingen met de Europese Commissie over een mogelijke gedragscode waartoe verzekeraars zouden kunnen toetreden. Het gaat daarbij om *soft law* en niet om bindende regelgeving. De voorstellen die momenteel op Europees niveau voorliggen, leveren voor België geen probleem op, aangezien de Belgische wetgeving daar reeds aan voldoet. België hoeft zich op dit vlak Europees dan ook geenszins te schamen.

De heer Lannoy herhaalt dat het bestaande wettelijke stelsel inzake het recht om vergeten te worden momenteel geen belangrijke impact lijkt te hebben op de premies. Via de Compensatiekas kan er wel enige impact zijn, aangezien de tussenkomsten daarvan moeten worden gefinancierd, maar op het niveau van de gehele sector blijft die beperkt. Bij een verdere uitbreiding van het systeem zou de impact op de premies evenwel groter kunnen worden.

Een bijzonder moeilijke kwestie is de vraag of de termijn voor het recht om vergeten te worden moet beginnen te lopen vanaf de datum van de diagnose dan wel vanaf het einde van de behandeling. Assuralia is er duidelijk voorstander van om het einde van de behandeling als uitgangspunt te behouden. Indien de diagnose

M. Hein Lannoy (Assuralia) aborde la question de la collaboration avec le Bureau du suivi de la tarification assurance solde restant dû, qui, selon lui, se déroule bien. Ce bureau est composé de représentants des consommateurs, des assureurs et des patients, et est présidé par un magistrat indépendant. Dans 80 % des procédures de recours introduites par les assurés auprès du Bureau du suivi, la surprime proposée par l'assureur est acceptée. Selon M. Lannoy, cela démontre que le système fonctionne de manière constructive et que les surprimes demandées par les assureurs peuvent, dans la plupart des cas, être étayées scientifiquement.

En ce qui concerne l'éventuelle antisélection, il renvoie à la proposition du Médiateur visant à étendre le droit à l'oubli non seulement aux assurances solde restant dû, mais aussi aux assurances vie classiques. Assuralia craint que cela n'entraîne un risque d'antisélection de la part des assureurs, dans la mesure où certaines personnes souscriraient une assurance vie précisément en raison de leur risque accru. Cette situation diffère fondamentalement de celle d'une personne ayant vaincu un cancer qui souhaite par la suite acquérir un logement et doit contracter une assurance solde restant dû à cet effet. Dans ce dernier cas, tout doit être mis en œuvre pour aider l'intéressé.

Au niveau européen, la Belgique et la France comptent parmi les pionniers concernant le droit à l'oubli. Des discussions sont actuellement en cours avec la Commission européenne au sujet d'un éventuel code de conduite auquel les assureurs pourraient adhérer. Il s'agit ici de *soft law* et non d'une réglementation contraignante. Les propositions actuellement à l'examen au niveau européen ne posent aucun problème pour la Belgique puisque la législation belge est déjà conforme. La Belgique n'a donc absolument pas à rougir de sa position dans ce domaine au niveau européen.

M. Lannoy répète que le dispositif légal actuel concernant le droit à l'oubli ne semble pas avoir d'incidence significative sur les primes pour l'instant. Il se peut qu'il ait un certain impact via la Caisse de compensation, dont les interventions doivent être financées, mais l'incidence sur le secteur pris dans son ensemble reste limitée. Une extension supplémentaire du système pourrait en revanche accroître l'incidence sur les primes.

Une question particulièrement épineuse est de savoir si le délai applicable au droit à l'oubli doit commencer à courir à compter de la date du diagnostic ou de la fin du traitement. Assuralia est clairement favorable au maintien de la fin du traitement comme point de départ. Si le diagnostic est pris comme point de départ, l'assureur

als vertrekpunt wordt genomen, wordt de periode van onzekerheid voor de verzekeraar te groot. België zou daarmee bovendien een unicum vormen in Europa. Ook de Europese richtlijn inzake consumentenkrediet[2] neemt het einde van de medische behandeling, en niet de datum van de diagnose, als uitgangspunt. Assuralia begrijpt het pleidooi van de patiëntenverenigingen. Verzekeringstechnisch is een dergelijke wijziging evenwel bijzonder moeilijk. De sector is bereid ver te gaan wanneer risico's voldoende kunnen worden geobjectiveerd, maar wil vermijden dat grotere onzekerheid uiteindelijk leidt tot bijpremies voor de gehele verzekerde populatie. Sommige verzekeringen zijn vandaag al bijzonder duur. De verzekering gewaarborgd inkomen bevindt zich volgens de spreker, zeker voor zelfstandigen, al op de grens van wat aanvaardbaar is. Indien de risico's nog moeilijker kunnen worden ingeschat, kan dat een verdere impact hebben op de premies.

Ten slotte wijst de heer Lannoy op de mogelijke gevolgen voor kleinere verzekeringsondernemingen. Grote verzekeraars kunnen bepaalde bijkomende risico's door het effect van de grote aantallen gemakkelijker opvangen, terwijl dit voor kleinere verzekeraars moeilijker ligt. Ook dat is volgens hem een aandachtspunt voor het Parlement: wanneer slechts een handvol verzekeringsondernemingen overblijft, ontstaat een oligopolie, waarmee de consument niet gediend is.

De heer Sammy Bogaert (Assuralia) licht aan de hand van enkele cijfers toe in welke mate de toegang tot verzekeringen vandaag reeds wordt gewaarborgd.

Wat de hospitalisatieverzekering betreft, beschikken ongeveer 10 miljoen Belgen over een dergelijke verzekering, aangeboden door private of mutualistische verzekeraars. Bij de private verzekeraars gaat het om ongeveer 6 miljoen verzekerden, van wie zowat 5 miljoen via een collectieve verzekering. De spreker benadrukt het belang van die collectieve verzekeringen als vangnet. Werknemers worden bij indiensttreding automatisch aangesloten bij de verzekering van hun werkgever, zonder medische formaliteiten, bijpremie of uitsluiting. Ook hun kinderen kunnen vanaf de geboorte onder dezelfde voorwaarden worden aangesloten. Bovendien kan de dekking levenslang worden behouden.

In antwoord op de vraag van mevrouw Truyman verduidelijkt hij dat iemand die van werkgever verandert, zonder medische formaliteiten kan aansluiten bij de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. Heeft die werkgever geen hospitalisatieverzekering of gaat

[2] Richtlijn (EU) 2023/2225 van het Europees Parlement en de Raad van 18 oktober 2023 inzake kredietovereenkomsten voor consumenten en tot intrekking van Richtlijn 2008/48/EG.

sera confronté à une période d'incertitude trop longue. Une telle réglementation constituerait en outre un cas unique en Europe. La directive européenne relative au crédit à la consommation[2] prend également comme point de départ la fin du traitement médical, et non la date du diagnostic. Assuralia comprend le plaidoyer des associations de patients. Du point de vue de la technique assurantielle, une telle modification s'avère toutefois particulièrement difficile. Le secteur est prêt à aller loin lorsque les risques peuvent être suffisamment objectivés, mais il souhaite éviter qu'une plus grande incertitude n'entraîne finalement des surprimes pour l'ensemble de la population assurée. Certaines assurances sont déjà particulièrement coûteuses aujourd'hui. Selon l'orateur, l'assurance revenu garanti se situe déjà à la limite de ce qui est acceptable, surtout pour les travailleurs indépendants. Si les risques deviennent encore plus difficiles à évaluer, cela pourrait avoir une incidence supplémentaire sur les primes.

Enfin, M. Lannoy souligne les conséquences potentielles pour les petites compagnies d'assurance. Les grands assureurs peuvent plus facilement absorber certains risques complémentaires grâce à l'effet de volume, alors que cela s'avère moins aisé pour les acteurs plus modestes. Selon lui, c'est là aussi un point sur lequel le Parlement doit se pencher: lorsqu'il ne reste plus qu'une poignée de compagnies d'assurance, un oligopole se crée, ce qui n'est pas dans l'intérêt du consommateur.

M. Sammy Bogaert (Assuralia) explique, à l'aide de quelques chiffres, dans quelle mesure l'accès aux assurances est déjà garanti aujourd'hui.

En ce qui concerne l'assurance hospitalisation, l'orateur indique qu'environ 10 millions de Belges disposent d'une telle assurance, proposée par des assureurs privés ou mutualistes. Du côté des assureurs privés, on compte environ 6 millions d'assurés, dont quelque 5 millions via une assurance collective. L'orateur souligne que ces assurances collectives jouent un rôle important de filet de sécurité. Dès leur entrée en fonction, les travailleurs sont automatiquement affiliés à l'assurance de leur employeur, sans formalités médicales, sans surprime ni exclusion. Leurs enfants peuvent également être affiliés dès la naissance aux mêmes conditions. De plus, la couverture peut être conservée à vie.

En réponse à la question de Mme Truyman, il précise qu'une personne qui change d'employeur peut adhérer à l'assurance collective de son nouvel employeur sans formalités médicales. Si cet employeur ne propose pas d'assurance hospitalisation ou si l'intéressé prend sa

[2] Directive (UE) 2023/2225 du Parlement européen et du Conseil du 18 octobre 2023 relative aux contrats de crédit aux consommateurs et abrogeant la directive 2008/48/CE.

de betrokkene met pensioen, dan kan de bestaande verzekering individueel worden voortgezet, eveneens zonder medische formaliteiten, bijpremie of uitsluiting. Uitsluiting van een reeds bestaande chronische aandoening kan enkel spelen bij het afsluiten van een individuele hospitalisatieverzekering. Voor dergelijke verzekeringen bestaat evenwel een complementair aanbod bij de mutualistische verzekeraars. De premie van individuele hospitalisatieverzekeringen is bovendien gekoppeld aan een index en kan dus niet zomaar worden verhoogd.

Voor de verzekering gewaarborgd inkomen ligt de situatie volgens de spreker moeilijker. België telt bijna 600.000 langdurig zieken. Arbeidsongeschiktheid kan zich bovendien meermaals voordoen en langdurig aanhouden. Het risico is sterk persoonsgebonden en hangt onder meer af van het uitgeoefende beroep en van de mate waarin iemand na een aandoening, zoals kanker, fysiek en mentaal opnieuw in staat is zijn beroep uit te oefenen. Daardoor zijn de verwachte kosten voor verzekeraars veel moeilijker in te schatten.

Daarbij komt dat deze markt relatief klein is: bij de private verzekeraars zijn ongeveer 100.000 personen individueel verzekerd voor gewaarborgd inkomen en een vijftiental verzekeraars bieden dergelijke individuele verzekeringen nog aan. De mutualiteiten bieden ze niet aan. De heer Bogaert waarschuwt dat wanneer de wetgever verzekeraars zou verplichten om de solidariteit nog verder uit te breiden, bijvoorbeeld door chronische aandoeningen onbeperkt mee te dekken, de grenzen van de verzekerbaarheid kunnen worden bereikt. Vooral bij verzekeringen gewaarborgd inkomen acht hij dat risico zeer reëel.

Wat de schuldsaldoverzekering betreft, benadrukt de spreker dat België volgens hem reeds zeer ver staat en zelfs een voortrekkersrol vervult. Hij verwijst onder meer naar het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering, dat paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van patiënten en consumenten enerzijds en verzekeraars anderzijds en wordt voorgezeten door een onafhankelijke magistraat. Jaarlijks worden er ongeveer 300 dossiers inzake schuldsaldoverzekeringen onderzocht. In acht op de tien dossiers oordeelt het bureau dat de opgelegde bijpremie of eventuele weigering medisch en wetenschappelijk verantwoord is. In ongeveer twee op de tien dossiers kan de beslissing volgens het bureau worden verbeterd. De verzekeraars volgen in die gevallen zo goed als altijd het advies van het Opvolgingsbureau. De bevoegdheden van dat bureau werden bovendien uitgebreid, onder meer tot geschillen betreffende het recht om vergeten te worden. Voor zover hem bekend, hebben dergelijke geschillen het Opvolgingsbureau tot dusver niet bereikt.

retraite, l'assurance existante peut être maintenue à titre individuel, une fois encore sans formalités médicales, sans surprime ni exclusion. L'exclusion en raison d'une affection chronique préexistante ne peut intervenir que lors de la souscription d'une assurance hospitalisation individuelle. Pour ce type d'assurances, il existe toutefois une offre complémentaire auprès des assureurs mutualistes. La prime des assurances hospitalisation individuelles est en outre liée à un index et ne peut donc pas être augmentée sans raison valable.

L'orateur estime que la situation est plus complexe en ce qui concerne l'assurance revenu garanti. La Belgique compte près de 600.000 malades de longue durée. En outre, l'incapacité de travail peut survenir à plusieurs reprises et perdurer. Le risque est étroitement lié à la personne et dépend notamment de la profession exercée et de la mesure dans laquelle une personne est capable, physiquement et mentalement, de reprendre l'exercice de sa profession après une maladie, par exemple un cancer. En conséquence, il est nettement plus difficile pour les assureurs d'estimer les coûts prévisibles.

À cela s'ajoute le fait que ce marché est relativement restreint: chez les assureurs privés, environ 100.000 personnes sont assurées à titre individuel contre la perte de revenu et une quinzaine d'assureurs proposent encore ce type d'assurance individuelle. Les mutualités ne les proposent pas. M. Bogaert avertit que si le législateur obligeait les assureurs à étendre encore davantage la solidarité, par exemple en offrant une couverture illimitée aux malades chroniques, les limites de l'assurabilité pourraient être atteintes. Il estime que ce risque est bien réel pour les assurances revenu garanti.

En ce qui concerne l'assurance solde restant dû, l'orateur souligne que la Belgique est déjà très avancée en la matière et figure même parmi les pionniers. Il renvoie notamment au Bureau du suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû, composé paritairement, d'une part, de représentants des patients et des consommateurs et, d'autre part, de représentants des assureurs, et présidé par un magistrat indépendant. Chaque année, environ 300 dossiers d'assurance solde restant dû sont examinés. Dans huit dossiers sur dix, le bureau estime que la surprime imposée ou l'éventuel refus est médicalement et scientifiquement justifié. Dans environ deux dossiers sur dix, le bureau estime que la décision pourrait être corrigée. Dans ce cas, les assureurs suivent presque toujours l'avis du bureau. Ses compétences ont par ailleurs été étendues, notamment aux litiges relatifs au droit à l'oubli. À sa connaissance, le bureau n'a toutefois encore traité aucun litige de ce type.

Daarnaast verwijst de heer Bogaert naar de Compensatiekas. Wanneer voor een chronische aandoening bij een schuldsaldoverzekering in het kader van een hypothecair krediet voor de eigen woning een hoge bijpremie wordt bepaald, wordt het gedeelte boven 125 % niet door de kandidaat-verzekerde gedragen, maar solidair door de verzekerings- en kredietsector. Zo kan voor mucoviscidose een medisch bepaalde bijpremie van 400 % gelden, terwijl de betrokkene zelf maximaal 125 % bijpremie draagt. De spreker vergelijkt dit met Frankrijk, waar een ander systeem geldt om bijpremies te begrenzen en waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de prijs van het krediet, de leeftijd en het inkomen. Volgens de door hem aangehaalde officiële rapporten kunnen de uiteindelijke bijpremies er oplopen tot ongeveer 300 %, tegenover maximaal 125 % ten laste van de kandidaat-verzekerde in het Belgische systeem.

Voorts gaat hij in op de afschaffing van medische vragenlijsten, zoals die in Frankrijk sinds midden 2022 bestaat binnen bepaalde grenzen. Hij vraagt zich af of daarmee de grenzen van de solidariteit niet worden bereikt. Volgens een eerste evaluatie in 2023 hebben verschillende Franse verzekeraars hun basispremies preventief met 10 tot 25 % verhoogd. Het betreft met name verzekeraars die voordien als prijsbrekers optraden. Daarnaast zouden sommige verzekeraars hun dekkingsvoorwaarden hebben aangepast door aandoeningen die reeds bestonden bij de sluiting van het contract van de dekking uit te sluiten. De heer Bogaert wijst erop dat dit de zekerheid bij het afsluiten van de verzekering kan vervangen door onzekerheid op het ogenblik waarop de dekking daadwerkelijk moet worden aangesproken, omdat dan discussie kan ontstaan over de vraag of een bepaalde aandoening al dan niet gedekt is. Hij benadrukt dat verzekeraars dergelijke discussies willen vermijden. Ten slotte merkt hij op dat sommige Franse verzekeraars geen verzekeringen meer aanbieden tot het bedrag van 200.000 euro waarvoor geen medische formaliteiten gelden. Hij stelt daarom de vraag of een dergelijke evolutie wenselijk is.

De heer Bogaert geeft ten slotte nog enkele cijfers over de Compensatiekas. Vandaag genieten ongeveer 7000 personen van een tussenkomst in de bijpremie voor hun schuldsaldoverzekering. Het gedeelte van de bijpremie boven 125 % wordt gedragen door de verzekerings- en kredietsector en dus, aldus de spreker, uiteindelijk door de verzekerden in hun geheel. De kostprijs van dit systeem neemt jaar na jaar toe. Aangezien de betrokken verzekeringscontracten tot dertig jaar kunnen lopen en het systeem nog maar ongeveer tien jaar bestaat, verwacht hij dat zowel het aantal begunstigden als de totale kosten de komende jaren verder zullen stijgen. Hij waarschuwt er daarom voor dat ook bijkomende

M. Bogaert évoque ensuite la Caisse de compensation. Lorsqu'une surprime élevée est imposée en raison d'une maladie chronique, dans le cadre d'une assurance solde restant dû liée à un crédit hypothécaire pour l'achat d'une habitation propre, la partie excédant 125 % n'est pas prise en charge par le candidat-assuré, mais solidairement par les secteurs de l'assurance et du crédit. Par exemple, une personne souffrant de mucoviscidose peut se voir imposer une surprime pouvant atteindre 400 %, mais le montant qu'elle doit payer elle-même est plafonné à 125 %. L'orateur effectue une comparaison avec le système mis en place en France pour plafonner les surprimes. Le système français diffère du nôtre. Il tient notamment compte du coût du crédit, de l'âge et des revenus. Selon les rapports officiels cités par l'orateur, les surprimes finales peuvent atteindre environ 300 %, contre un maximum de 125 % à charge du candidat-assuré dans le système belge.

L'orateur poursuit en abordant les questionnaires médicaux, qui ont été supprimés en France depuis mi-2022, sous certaines conditions. Il se demande si l'on ne risque pas, avec une telle évolution, d'atteindre les limites de la solidarité. Une première évaluation réalisée en 2023 indique que plusieurs assureurs français ont relevé préventivement leurs primes de base de 10 à 25 %. Il s'agit notamment d'assureurs qui étaient auparavant réputés pour leurs prix bas. Par ailleurs, certains assureurs auraient modifié leurs conditions de couverture en excluant les maladies préexistantes au moment de la conclusion du contrat. Selon M. Bogaert, la sécurité obtenue au moment de conclure un contrat d'assurance risque de se transformer en incertitude lorsque l'assuré devra effectivement faire fonctionner sa couverture, car la question de savoir si une maladie donnée est couverte ou non pourra alors se poser. Il insiste sur le fait que les assureurs souhaitent éviter ces discussions. Enfin, il fait observer que certains assureurs français ont décidé de ne plus proposer d'assurances d'un montant maximal de 200.000 euros, qui ne nécessitent aucune formalité médicale. Il se demande dès lors si cette évolution est souhaitable.

M. Bogaert cite ensuite quelques chiffres concernant la Caisse de compensation. Aujourd'hui, près de 7000 personnes bénéficient d'une intervention dans la surprime de leur assurance solde restant dû. La partie de la surprime qui excède 125 % est prise en charge par les secteurs des assurances et du crédit et donc, in fine, par l'ensemble des assurés. Le coût de ce système augmente d'année en année. Étant donné que les contrats d'assurance concernés peuvent s'étendre sur une durée allant jusqu'à trente ans et que le système n'existe que depuis dix ans, l'orateur s'attend à ce que le nombre de bénéficiaires ainsi que les coûts totaux continuent d'augmenter dans les années à venir. C'est

wettelijke ingrepen in dit solidariteitsmechanisme de grenzen van de verzekerbaarheid kunnen bereiken. Hij refereert daarbij aan het beeld van het elastiek die niet te ver mag worden uitgerekt, omdat het anders dreigt te breken.

Tot slot komt de spreker terug op het voorstel om voor kankerpatiënten de termijn voor het recht om vergeten te worden te laten ingaan vanaf de datum van de diagnose. Hij begrijpt de achterliggende gedachte en verwijst naar de eerdere opmerkingen van de heer Lannoy over het in Europa gehanteerde vertrekpunt van het einde van de behandeling. De heer Bogaert legt vervolgens uit waarom hij dat vertrekpunt belangrijk acht. Bij kanker hebben zowel de gevolgde behandeling als de reactie van de patiënt daarop een bijzonder grote invloed op de overlevingskansen. Hij verwijst in dat verband naar de aanbeveling van het KCE om voor schildklierkanker een termijn van nul jaar te hanteren en naar de reeds bestaande termijn van nul jaar voor bepaalde zeer vroegtijdige vormen van borstkanker. Indien die termijn vanaf de diagnose zou beginnen te lopen, zou een moeilijk te verantwoorden situatie ontstaan. Een patiënt zou op het ogenblik van de diagnose te horen krijgen dat een behandeling noodzakelijk is en dat nog moet blijken hoe hij daarop reageert, terwijl diezelfde patiënt vanuit verzekeringsoogpunt onmiddellijk als verzekerbaar zonder bijpremie zou worden beschouwd. Volgens de heer Bogaert valt dat moeilijk met elkaar te rijmen. Hij pleit er daarom voor de behandeling af te wachten en de toepasselijke termijn vanaf het einde daarvan te laten lopen.

Mevrouw Nathalie Peetroons (Ombudsman van de Verzekeringen) gaat eerst in op het aantal klachten na de afschaffing van de meldingsplicht. Sindsdien ontvangt de Ombudsman vrijwel geen klachten meer die onder die regeling vallen. Zij nuanceert evenwel dat de meldingsplicht slechts voor een beperkt aantal gevallen is afgeschaft, namelijk voor schuldsaldoverzekeringen die onder artikel 224 van de wet van 4 april 2014 vallen, namelijk de verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling waarborgen van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de bouw, verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer. Veel van de klachten die de Ombudsman ontvangt, vallen buiten dat toepassingsgebied. Er blijven met name dossiers bestaan over schuldsaldoverzekeringen voor bijvoorbeeld een tweede woning of andere situaties die niet onder het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering vallen. In die gevallen moeten verzekerden hun kankerverleden nog steeds meedelen en ontvangt de Ombudsman daarover nog klachten. Er blijft dus een groep buiten de huidige bescherming vallen.

pourquoi il avertit que des interventions législatives complémentaires dans ce mécanisme de solidarité pourraient se heurter aux limites de l'assurabilité. Il renvoie à cet égard à l'image de l'élastique qu'il ne faut pas trop étirer, sous peine de le voir se rompre.

L'orateur conclut en revenant sur la proposition visant à faire courir le délai du droit à l'oubli pour les patients atteints d'un cancer à compter de la date du diagnostic. Il comprend le raisonnement qui sous-tend cette proposition et renvoie aux observations de M. Lannoy concernant le point de départ retenu en Europe, à savoir la fin du traitement. M. Bogaert explique ensuite pourquoi il estime que ce point de départ est important. En cas de cancer, tant le traitement suivi que la réaction du patient à celui-ci ont une incidence particulièrement importante sur les chances de survie. Il renvoie à cet égard à la recommandation du KCE visant à supprimer les délais d'attente pour le cancer de la thyroïde et au fait que ces délais ont déjà été supprimés pour certaines formes très précoces de cancer du sein. Si ce délai commençait à courir à compter du diagnostic, cela créerait une situation difficile à justifier. Un patient se verrait informer, au moment du diagnostic, qu'un traitement est nécessaire et qu'il reste à voir comment il y réagira, alors que ce même patient serait immédiatement considéré, au niveau des assurances, comme assurable sans surprime. Selon M. Bogaert, ces éléments sont difficilement conciliables. C'est pourquoi il préconise que le délai applicable commence à courir à partir de la fin du traitement.

Mme Nathalie Peetroons (Ombudsman des assurances) évoque d'abord le nombre de plaintes déposées après la suppression de l'obligation de déclaration. Depuis lors, l'Ombudsman ne reçoit pratiquement plus de plaintes relevant de ce système. L'oratrice précise toutefois que l'obligation de déclaration n'a été supprimée que pour un petit nombre de cas, c'est-à-dire pour les assurances du solde restant dû relevant de l'article 224 de la loi du 4 avril 2014, soit pour les contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la construction, de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance. Un grand nombre de plaintes reçues par l'Ombudsman ne relèvent pas de cette catégorie. Ceux-ci concernent des assurances du solde restant dû pour, par exemple, une résidence secondaire ou d'autres situations qui ne relèvent pas du Bureau du suivi de la tarification de l'assurance du solde restant dû. Dans ces différents cas, les assurés sont toujours tenus de déclarer leurs antécédents de cancer et l'Ombudsman continue de recevoir des plaintes à ce sujet. Un groupe de personnes reste donc exclu de la protection actuelle.

Ook bij individuele hospitalisatieverzekeringen doen zich nog problemen voor. Sinds 2009 zijn verzekeraars verplicht een verzekering aan te bieden, maar kunnen zij een uitsluiting opnemen voor een reeds behandelde aandoening. Die overeenkomsten zijn levenslang, waardoor de uitsluiting nadien niet meer kan worden aangepast, ook wanneer de verzekerde jarenlang geen klachten meer heeft. Overstappen naar een andere verzekeraar biedt niet noodzakelijk een oplossing, aangezien de betrokkenen dan, door de inmiddels hogere leeftijd, te maken krijgen met fors hogere premies. Om die reden heeft de Ombudsman in 2022 aanbevolen om voor dergelijke uitsluitingen een oplossing uit te werken. Meer bepaald brak de Ombudsman een lans voor de mogelijkheid tot herziening van een opgenomen uitsluiting in zulke verzekeringen na verloop van een bepaalde periode waarin de verzekerde vrij is van klachten die verband houden met de aandoening.

Hospitalisatieverzekeringen die door mutualiteiten worden aangeboden, tonen aan dat een andere aanpak mogelijk is. Ook daar kunnen vooraf bestaande aandoeningen aanvankelijk worden uitgesloten, maar bij de meeste mutualiteitsdekkingen wordt na ongeveer vijf jaar alsnog een volledige dekking aangeboden. Dat vormde mee de aanleiding voor de aanbeveling uit 2022 om ook bij individuele hospitalisatieverzekeringen de mogelijkheid te onderzoeken om dergelijke uitsluitingen na verloop van tijd op te heffen.

Wat het onderscheid tussen psychische en fysieke aandoeningen betreft, wijst mevrouw Peetroons op een akkoord dat binnen de Commissie voor Verzekeringen met de verzekeraars is bereikt. Wanneer een overeenkomst nog een dergelijk onderscheid bevat, wordt na twee jaar bekeken of de betrokkene toch kan worden beoordeeld alsof het om een fysieke aandoening gaat. Die regeling wordt momenteel geëvalueerd. De Ombudsman heeft hierover enkele dossiers ontvangen en heeft daarbij telkens met de betrokken verzekeraar naar een oplossing gezocht. Volgens de spreekster is het debat hierover nog niet definitief afgerond.

De heer Simon Ector (Vlaams Patiëntenplatform) komt terug op het pleidooi van het Vlaams Patiëntenplatform om onafhankelijk onderzoek te verrichten naar systemen in andere landen, waaronder Frankrijk, die mogelijk een antwoord kunnen bieden op de problemen bij schuldsaldoverzekeringen. Hij wijst erop dat het KCE sinds 2019 drie onderzoeken heeft gepubliceerd, maar dat die slechts tot één daadwerkelijke aanpassing van het referentierooster hebben geleid. Voor het Vlaams Patiëntenplatform toont dit aan dat de huidige werkwijze onvoldoende snel kan inspelen op de medische evoluties. Ook voor hiv wordt inmiddels via een andere weg, met name een aanbeveling van Unia, naar een aanpassing van

Des problèmes subsistent également en matière d'assurances hospitalisation individuelles. Depuis 2009, les assureurs sont tenus de proposer une assurance, mais ils peuvent prévoir une exclusion pour une maladie déjà traitée. Il s'agit de contrats à vie, si bien que l'exclusion ne peut plus être modifiée ultérieurement, même lorsque l'assuré ne présente plus aucun symptôme depuis plusieurs années. Changer d'assureur n'est pas toujours la solution, car les personnes concernées doivent alors payer des primes nettement plus élevées parce qu'elles ont pris de l'âge dans l'intervalle. C'est pourquoi l'Ombudsman a recommandé, en 2022, d'élaborer une solution pour ces exclusions. Plus concrètement, il a plaidé en faveur de la possibilité de revoir une exclusion prévue dans ces assurances à l'issue d'une période durant laquelle l'assuré n'a présenté aucun symptôme de la maladie en question.

Les assurances hospitalisation proposées par les mutualités indiquent qu'une autre approche est possible. Dans ce cas, les maladies préexistantes peuvent aussi être initialement exclues, mais, dans le cadre de la plupart des couvertures prévues par les mutualités, une couverture complète est encore proposée après environ cinq ans. C'est notamment cela qui fut à l'origine de la recommandation de 2022 appelant à envisager de lever également ces exclusions après un certain temps pour les assurances hospitalisation individuelles.

S'agissant de la distinction entre les maladies psychiques et les maladies physiques, Mme Peetroons renvoie à un accord conclu avec les assureurs au sein de la Commission des Assurances. Lorsqu'un contrat prévoit encore cette distinction, il est examiné, à l'issue d'un délai de deux ans, si la personne visée peut néanmoins être considérée comme souffrant d'une maladie physique. Ce système fait actuellement l'objet d'une évaluation. L'Ombudsman a reçu quelques dossiers à ce sujet et il a chaque fois cherché une solution avec l'assureur concerné. Selon l'oratrice, le débat à ce sujet n'est pas encore définitivement clos.

M. Simon Ector (Vlaams Patiëntenplatform) revient sur le plaidoyer de la Vlaams Patiëntenplatform appelant à réaliser une étude indépendante sur les systèmes en vigueur dans d'autres pays, notamment en France, systèmes qui permettraient peut-être de résoudre les problèmes liés aux assurances du solde restant dû. Il signale que le KCE a publié trois études depuis 2019, mais que celles-ci n'ont donné lieu qu'à une seule modification effective de la grille de référence. La Vlaams Patiëntenplatform estime que cela indique que la méthode de travail actuelle ne permet pas de réagir assez rapidement aux évolutions médicales. En ce qui concerne le VIH, une modification des conditions est également envisagée par un autre

de voorwaarden gekeken. Het Vlaams Patiëntenplatform pleit er daarom voor andere systemen te onderzoeken, zonder daarmee te stellen dat het Franse of enig ander buitenlands model zonder meer moet worden overgenomen. Daarbij moet volgens de spreker onder meer worden nagegaan waarom het elders mogelijk is om af te stappen van medische vragenlijsten. De toegang tot een schuldsaldoverzekering is van groot belang bij de aankoop van een woning. Hoewel die verzekering niet wettelijk verplicht is, wordt zij volgens hem door kredietinstellingen vaak als voorwaarde gesteld voor het verkrijgen van een lening. Een weigering of een hoge bijpremie kan mensen met een chronische aandoening daardoor voor grote moeilijkheden plaatsen.

De heer Ector erkent dat er reeds mechanismen bestaan om die toegang te verbeteren, zoals de Compensatiekas, waardoor de bijpremie die de kandidaat-verzekerde zelf draagt tot 125 % van de oorspronkelijke premie wordt beperkt. Hij benadrukt evenwel dat ook die bijpremie een aanzienlijke bijkomende kost vormt, bovenop de gewone premie. Dat weegt des te zwaarder in een context waarin de aankoop van een woning en de rente reeds hoge kosten meebrengen en personen met een chronische aandoening ook op andere levensdomeinen, vaak financieel, met moeilijkheden kunnen worden geconfronteerd. Daarom acht het Vlaams Patiëntenplatform een onafhankelijk onderzoek naar mogelijke alternatieven en buitenlandse systemen aangewezen.

Op de vraag bij welke verzekeringen naast de schuldsaldoverzekering de grootste problemen worden ervaren, antwoordt hij dat het Vlaams Patiëntenplatform de meeste vragen over schuldsaldoverzekeringen ontvangt. Bij een weigering hebben mensen immers soms weinig andere mogelijkheden wanneer zij een woning willen aankopen. Ook bij de verzekering gewaarborgd inkomen doen zich moeilijkheden voor. Daar bestaan bovendien geen vergelijkbare mechanismen als het Opvolgingsbureau voor de tarifering schuldsaldoverzekering of de Compensatiekas. Bij een weigering of een bijpremie zijn er bijgevolg minder mogelijkheden om tegen de beslissing op te komen.

Wat reisverzekeringen betreft, wijst hij erop dat het Vlaams Patiëntenplatform wel degelijk vragen ontvangt van personen met een chronische aandoening die naar het buitenland reizen. Sommige verzekeringsovereenkomsten sluiten vooraf bestaande aandoeningen uit, waardoor betrokkenen zich afvragen of de verzekering tussenkomt wanneer zij in het buitenland wegens die aandoening in het ziekenhuis worden opgenomen. Volgens hem bestaat er op dat vlak dus wel een behoefte aan meer zekerheid.

biais, à savoir sous la forme d'une recommandation d'Unia. C'est pourquoi la Vlaams Patiëntenplatform préconise d'examiner d'autres systèmes, sans indiquer pour autant que le modèle français ou tout autre modèle étranger doit être reproduit tel quel. L'orateur estime qu'il convient notamment d'examiner pourquoi il est possible de renoncer aux questionnaires médicaux dans d'autres pays. L'accès à une assurance du solde restant dû est essentiel lors de l'achat d'un logement. Bien que cette assurance ne soit pas légalement obligatoire, l'orateur estime que les établissements de crédit la présentent souvent comme une condition à remplir pour obtenir un prêt et qu'un refus ou une surprime élevée peut donc exposer les malades chroniques à de grandes difficultés.

M. Ector reconnaît que certains mécanismes permettent déjà d'améliorer cet accès, par exemple la Caisse de compensation. Ceux-ci permettent de limiter la surprime à la charge du candidat-assuré à 125 % de la prime initiale. Il souligne toutefois que cette surprime représente également un coût supplémentaire considérable qui s'ajoute à la prime normale, et qu'elle pèse d'autant plus lourd dans un contexte où l'achat d'un logement et les intérêts entraînent déjà des coûts élevés, et où les malades chroniques peuvent également être confrontés à des difficultés dans d'autres domaines de la vie, souvent sur le plan financier. C'est pourquoi la *Vlaams Patiëntenplatform* estime qu'il convient de réaliser une étude indépendante sur les alternatives possibles et sur les systèmes étrangers.

À la question de savoir quelles sont, outre l'assurance solde restant dû, les assurances les plus problématiques, l'orateur répond que la plupart des demandes que la Vlaams Patiëntenplatform reçoit concernent les assurances solde restant dû. Car les personnes qui se sont vu opposer un refus et souhaitent tout de même acquérir un logement n'ont parfois aucune autre option. L'assurance revenu garanti pose également des difficultés. L'orateur fait observer qu'il n'existe pas, dans ce dernier cas, de mécanismes comparables au Bureau du suivi de la tarification de l'assurance solde restant dû ou à la Caisse de compensation. En cas de refus ou de surprime, les possibilités de contester la décision sont donc plus limitées.

En ce qui concerne les assurances voyage, l'orateur souligne que la Plateforme reçoit effectivement des demandes de personnes atteintes d'une maladie chronique qui voyagent à l'étranger. Certains contrats d'assurance excluant les affections préexistantes, les personnes concernées en viennent à se demander si l'assurance interviendra si elles devaient être hospitalisées à l'étranger en raison de cette maladie. L'orateur estime qu'il existe donc bel et bien un besoin de renforcer la sécurité à cet égard.

Met betrekking tot informatie en formaliteiten wijst de spreker op de wettelijke verplichting voor verzekeraars om informatie te verstrekken over het recht om vergeten te worden en over het Opvolgingsbureau. De moeilijkheid situeert zich vooral bij personen die niet voor deze regelingen in aanmerking komen. Zo kan men slechts een beroep doen op het Opvolgingsbureau bij een weigering of een bijpremie van meer dan 75 %. Het Vlaams Patiëntenplatform krijgt dan ook vragen van personen die niet aan die voorwaarden voldoen en niet weten waar zij terechtkunnen. Dergelijke vragen komen ook bij de Ombudsman terecht.

De heer Ector gaat vervolgens nader in op de rol van het Opvolgingsbureau bij de referentieroosters. De onderzoeken van het KCE worden daar besproken door vertegenwoordigers van de verzekeraars en van patiënten en consumenten. Volgens het Vlaams Patiëntenplatform vereist de beoordeling van de wetenschappelijke onderzoeken van het KCE echter een andere expertise dan de behandeling van individuele patiëntendossiers, waarvoor het Opvolgingsbureau oorspronkelijk werd samengesteld. De beoordeling van de KCE-onderzoeken vormt volgens hem dan ook een bijkomende opdracht waarop de oorspronkelijke samenstelling van het bureau niet specifiek is afgestemd.

Over de bekendheid van het recht om vergeten te worden ontvangt het Vlaams Patiëntenplatform weinig negatieve signalen. De spreker beschouwt de bestaande informatieverplichting in dat verband als positief.

Wat een mogelijke uitbreiding naar andere aandoeningen betreft, vindt hij het moeilijk om een exhaustieve lijst op te stellen. Het Vlaams Patiëntenplatform ontvangt wel signalen van patiëntenverenigingen over onder meer diabetes, mucoviscidose en hiv. Voor diabetes werd reeds onderzoek verricht, mucoviscidose is reeds in het referentierooster opgenomen maar onder strenge voorwaarden, en voor hiv bestaat een aanbeveling. Hij wijst daarnaast op een meer algemeen knelpunt: toen het KCE patiëntenverenigingen opriep om dossiers voor een evaluatie van het referentierooster in te dienen, bleek het niet eenvoudig om alle noodzakelijke gegevens aan te leveren. Daardoor konden niet alle aandoeningen voor een evaluatie in aanmerking komen. De beschikbaarheid van voldoende gegevens vormt dus zelf een beperking voor het wetenschappelijk onderzoek en voor een eventuele uitbreiding van de referentieroosters.

De heer Ector verduidelijkt vervolgens het voorstel om bij kanker de termijn voor het recht om vergeten te worden vanaf de diagnose te laten lopen. Het Vlaams Patiëntenplatform baseert zich daarvoor op een

En ce qui concerne les informations et les formalités, il rappelle l'obligation légale qui incombe aux assureurs de fournir des informations sur le droit à l'oubli et sur le Bureau du suivi. La difficulté se pose surtout pour les personnes qui n'entrent pas en ligne de compte pour bénéficier de ce système. Ainsi, il ne peut être fait appel au Bureau de suivi qu'en cas de refus ou de surprime supérieure à 75 %. La Vlaams Patiëntenplatform reçoit donc des demandes émanant de personnes qui ne remplissent pas ces conditions et ne savent pas à qui s'adresser. De telles demandes sont également adressées à l'Ombudsman.

M. Ector détaille ensuite le rôle du Bureau du suivi dans les grilles de référence. Les études du KCE y sont débattues par des représentants des assureurs, des patients et des consommateurs. Selon la Vlaams Patiëntenplatform, l'appréciation de ces études scientifiques du KCE requiert toutefois une expertise différente de celle nécessaire au traitement des dossiers individuels de patients – qui constituait la mission initiale du Bureau du suivi. L'appréciation des études du KCE constitue donc, selon lui, une mission supplémentaire à laquelle la composition originale du Bureau n'est pas spécialement adaptée.

En ce qui concerne la connaissance du droit à l'oubli, la Vlaams Patiëntenplatform enregistre peu de signaux négatifs. L'orateur est favorable à l'obligation qui incombe actuellement aux assureurs en matière d'information.

Quant à une possible extension à d'autres affections, il estime qu'il est difficile de dresser une liste exhaustive. La Vlaams Patiëntenplatform reçoit toutefois des signaux émanant d'associations regroupant notamment des patients atteints de diabète, de mucoviscidose et du VIH. Des études ont déjà été menées en ce qui concerne le diabète, tandis que la mucoviscidose est déjà reprise dans la grille de référence, quoique sous de strictes conditions. Quant au VIH, il a donné lieu à une recommandation. L'orateur évoque en outre un problème plus général: lorsque le KCE a lancé un appel aux associations de patients pour qu'elles rentrent des dossiers en vue d'évaluer la grille de référence, il s'est avéré qu'il n'était pas facile de fournir toutes les données nécessaires. C'est la raison pour laquelle toutes les affections n'étaient pas éligibles pour une évaluation. L'insuffisance des données disponibles restreint donc en soi la recherche scientifique et complique une éventuelle extension des grilles de référence.

M. Ector précise ensuite la proposition consistant, dans le cas d'un cancer, à faire courir le droit à l'oubli à partir du diagnostic. À cet égard, la Vlaams Patiëntenplatform se fonde sur une recommandation que le KCE lui-même

aanbeveling die het KCE zelf heeft opgenomen in zijn studie over schildklierkanker. In eerdere tussenkomsten werd het belang van wetenschappelijk onderzoek en van de aanbevelingen van het KCE benadrukt. Het komt het Vlaams Patiëntenplatform dan ook voor dat met die aanbeveling best rekening wordt gehouden.

Ten slotte gaat de heer Ector in op de situatie van personen die buiten het recht om vergeten te worden vallen. Bij schuldsaldoverzekeringen bestaan nog enkele mogelijkheden, zoals het Opvolgingsbureau en de Ombudsman, maar de uitkomst daarvan biedt niet noodzakelijk een oplossing. Bij een weigering kan het gebeuren dat de betrokkene uiteindelijk geen alternatief heeft. Ook bij de verzekering gewaarborgd inkomen vallen mensen uit de boot. Soms kunnen zij alsnog een verzekering afsluiten waarin hun vooraf bestaande aandoening uitdrukkelijk van de dekking wordt uitgesloten. Zij zijn dan wel verzekerd voor andere risico's, maar ontvangen geen dekking indien hun arbeidsongeschiktheid voortvloeit uit precies die aandoening. Een volledige oplossing biedt dat dus zeker niet.

IV. — **REPLIEKEN**

Mevrouw Lieve Truyman (N-VA) stelt vast dat er nog heel wat vragen overblijven en dat de leden daarover zo nodig verder contact kunnen opnemen met de genodigden. Het betreft dossiers waarmee velen rechtstreeks of via familie of vrienden worden geconfronteerd. Zij dankt de sprekers voor de verstrekte informatie, die waardevolle inzichten biedt om het verdere debat goed geïnformeerd voort te zetten.

De heer Patrick Prévot (PS) dankt de genodigden voor hun aanwezigheid en hun uiteenzettingen. Er blijven volgens hem nog tientallen vragen over, maar die kunnen desgevallend schriftelijk worden voorgelegd. De hoorzitting biedt de mogelijkheid om een aantal vragen vanuit verschillende standpunten te belichten, al zijn sommige antwoorden nog onvoldoende uitgeklaard of vergen zij verdere analyse.

Achter de referentieroosters en actuariële berekeningen gaan immers mensen schuil. Een weigering of bijpremie kan ertoe leiden dat belangrijke levensprojecten niet kunnen worden verwezenlijkt. Dat menselijke aspect mag bij de verdere werkzaamheden niet uit het oog worden verloren.

De medische wetenschap boekt voortdurend vooruitgang en de regelgeving moet volgens het lid mee kunnen

a intégrée dans son étude relative au cancer de la thyroïde. Au cours des précédentes interventions, d'aucuns ont souligné l'importance des études scientifiques et des recommandations du KCE. Aussi la Vlaams Patiëntenplatform considère-t-elle qu'il convient de tenir compte de cette recommandation.

Enfin, M. Ector évoque la situation de ceux et de celles qui sont exclus du droit à l'oubli. Dans le cas des assurances solde restant dû, il existe encore quelques possibilités, comme un recours devant le Bureau du suivi ou l'Ombudsman – qui n'aboutira pas forcément à une solution pour les intéressés. En cas de refus, il peut arriver que l'intéressé se retrouve finalement dans une impasse. L'assurance revenu garanti compte, elle aussi, son lot de laissés-pour-compte. Parfois, ces personnes parviennent malgré tout à souscrire une assurance dont la couverture exclut explicitement leur affection préexistante. Elles sont donc assurées contre d'autres risques, mais ne seront plus couvertes si leur incapacité de travail découle précisément de l'affection en question. Cette piste n'offre donc certainement pas de solution intégrale.

IV. — **RÉPLIQUES**

Mme Lieve Truyman (N-VA) constate qu'il reste encore de nombreuses questions en suspens et que les membres pourront, si nécessaire, prendre contact avec les invités à ce sujet. Il s'agit de dossiers auxquels de nombreuses personnes sont confrontées, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur famille ou de leurs amis. Elle remercie les orateurs pour les informations fournies, qui apportent des connaissances précieuses permettant de poursuivre le débat en toute connaissance de cause.

M. Patrick Prévot (PS) remercie les invités pour leur présence et leurs exposés. Selon lui, des dizaines de questions restent en suspens, mais celles-ci pourront être posées par écrit si nécessaire. L'audition a offert la possibilité d'aborder plusieurs questions sous différents angles, même si certaines réponses ne sont pas encore suffisamment claires ou demandent une analyse plus approfondie.

Derrière les grilles de référence et les calculs actuariels se cachent en effet des êtres humains. Un refus ou une surprime peut empêcher la réalisation de projets de vie importants. Cet aspect humain ne doit pas être perdu de vue dans la suite des travaux.

Les sciences médicales ne cessent de progresser et la réglementation doit pouvoir évoluer en conséquence. Le

evolueren. Hij erkent ten volle de noodzaak van solide wetenschappelijke gegevens, maar waarschuwt ervoor dat de vereiste wetenschappelijke nauwkeurigheid geen reden mag worden om noodzakelijke aanpassingen onbeperkt uit te stellen. In dat verband blijft ook de vraag naar de middelen en de financiering van het KCE voor de actualisering van de referentieroosters volgens hem van centraal belang.

Daarnaast moet de denkoefening over een betere mutualisering van de risico's worden voortgezet. De heer Prévot verwijst in dat verband naar het wetsvoorstel dat hij samen met collega's heeft ingediend (DOC 56 0255), dat ertoe strekt onder de daarin bepaalde voorwaarden de medische vragenlijst voor bepaalde hypothecaire kredieten af te schaffen. Die piste verdient volgens hem een grondige analyse. Hij hoopt dat de commissie daarover een ernstig debat zal voeren, onder meer over de mogelijke gevolgen voor de premies en het verzekeringsaanbod.

Mevrouw Leentje Grillaert (cd&v) dankt de genodigden voor hun uiteenzettingen en de antwoorden op de vragen van de leden. Zij benadrukt dat de commissie met de aangereikte informatie verder aan de slag zal gaan en dat het debat in een of andere vorm een vervolg zal krijgen.

De rapportrice, *De voorzitter,*

Lieve Truyman Reccino Van Lommel *a.i.*

membre reconnaît pleinement la nécessité de disposer de données scientifiques solides, mais il met en garde contre le fait que l'exigence de précision scientifique ne doit pas servir de prétexte pour reporter indéfiniment les adaptations nécessaires. À cet égard, la question des moyens et du financement du KCE pour l'actualisation des grilles de référence reste, selon lui, essentielle.

Il convient par ailleurs de poursuivre la réflexion relative à une meilleure mutualisation des risques. M. Prévot renvoie à cet égard à une proposition de loi qu'il a cosignée (DOC 56 0255) et qui vise à supprimer le questionnaire médical pour certains crédits hypothécaires moyennant le respect de conditions fixées à cet effet. Selon lui, cette piste mérite une analyse approfondie. Il espère que la commission mènera un sérieux débat à ce sujet, notamment en ce qui concerne l'impact potentiel d'une telle mesure sur les primes et l'offre d'assurance.

Mme Leentje Grillaert (cd&v) remercie les invités pour leurs exposés et leurs réponses aux questions des membres. Elle souligne que la commission poursuivra ses travaux sur la base des informations fournies et que le débat se prolongera sous une forme qui reste à définir.

La rapporteure, *Le président,*

Lieve Truyman Reccino Van Lommel *a.i.*

Centrale drukkerij - Imprimerie centrale