



SCHULDSALDOVERZEKERING

WET PARTYKA

eindelijk van start

Sinds geruime tijd streeft de Diabetes Liga, onder de koepel van het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) samen met vele andere patiëntenorganisaties voor een betere toegang tot de verzekeringsmarkt voor personen met een chronische ziekte of handicap. Ook personen met diabetes worden vaak geconfronteerd met bijpremies voor een schuldsaldoverzekering. We zijn als Diabetes Liga dan ook blij dat de lang aangekondigde wet Partyka begin 2015 eindelijk in voege trad. Deze nieuwe wetgeving biedt deels een oplossing voor de soms hoge bijpremies bij schuldsaldoverzekeringen. De wet Partyka zorgt voor meer transparantie binnen de verzekeringssector, beroepsmogelijkheden tegen beslissingen van de verzekeraar en een solidariteitsmechanisme.*

BRON: Vlaams Patiëntenplatform

* Definitie basispremie en bijpremie

- Basispremie: de laagste premie die de verzekeraar aanbiedt voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeringsonderneming om redenen van de gezondheidstoestand toekent.
- Bijpremie: deel van de premie, die de verzekeraar aanrekenet voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, dat de basispremie overstijgt en om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend.

MEER TRANSPARANTIE

Motiveringsplicht van de verzekeraar

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

- de medische redenen voor de beslissing
- bij bijpremie: de hoogte van de bijpremie zowel in euro als in percentage van de basispremie
- de persoonsgegevens van de raadsgeneesheer van de verzekeraar voor vragen
- de mogelijkheid voor kandidaat-verzekerden om referenties naar studies en statistieken op te vragen of meer uitleg over de berekening van de bijpremie
- contactgegevens van en informatie over het 'Opvolgingsbureau voor tarifiering' (zie verder)

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

Wat moet de verzekeraar je meedelen?

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

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

Strikte antwoordtermijn

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

Wanneer een schuldsaldoverzekeraar je een BIJPREMIE aanreket OF JE WEIGERT omwille van gezondheidsproblemen, dan moet hij dit OBJECTIEF EN REDELIJK MOTIVEREN.

Gecontroleerde medische vragenlijsten

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

BEROEPS-MOGELIJKHEDEN

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

Herevaluatie door een herverzekeraar

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

WAT IS EEN HERVERZEKERAAR?

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

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

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

Aanvraag bij het Opvolgingsbureau voor tarifiering

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

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

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

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

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

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

- de aanvraag: je contactgegevens, naam van de verzekeraar, de redenen waarom je de bijpremie of weigering betwist
- een kopie of scan van de brief van de verzekeraar met het verzekeringsvoorstel
- toelating voor het Opvolgingsbureau om je gezondheidsgegevens (zoals de medische vragenlijst en eventueel medische attesten) bij de verzekeraar op te vragen.

Je kan dit toelatingsformulier op de website van het Opvolgingsbureau downloaden

- een volmacht indien de verzekeringnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn. (Bijvoorbeeld als jij een schuldsaldoverzekering voor een andere persoon afsluit). Je kan het formulier voor volmacht op de website van het Opvolgingsbureau downloaden

Contactgegevens:

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

Goed om weten

- De verzekeraar is verplicht om je onmiddellijk te informeren over het Opvolgingsbureau voor tarifiering en de contactgegevens mee te delen.
- Het Opvolgingsbureau zal alle nodige informatie (zoals de gezondheidsgegevens van de verzekerde, de gebruikte statistieken en studies, de motivering) bij de verzekeraar opvragen om tot een besluit te kunnen komen. De procedure verloopt volledig schriftelijk of elektronisch.

SOLIDARITEITS-MECHANISME

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

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

Voorbeeld berekening:

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

BIJKOMENDE VRAGEN?

Voor meer info kan je terecht bij de Diabetes Infolijn (0800/96 333 of infolijn@diabetes.be). Meer informatie kan je ook terugvinden op de websites www.diabetes.be en www.vlaamspatientenplatform.be.

VERGELIJK!

Vergelijk de premies voor een schuldsaldoverzekering bij verschillende maatschappijen. Neem in deze vergelijking ook ZA-verzekeringen op (maakt nu deel uit van Delta Lloyd Life). Zij bieden onder specifieke voorwaarden een schuldsaldoverzekering zonder bijpremie aan voor mensen met diabetes.

