

ASSURANCE SOLDE RESTANT DU

Cette assurance intervient lorsqu'une personne contracte un crédit hypothécaire (par exemple pour l'achat d'une maison) et qu'une circonstance grave survient au point que le solde de l'emprunt ne peut plus être remboursé (exemple : le décès du contractant).

Comme pour l'assurance vie et l'assurance soins de santé, la compagnie adresse toujours un questionnaire médical à la personne qui sollicite une assurance solde restant dû. La loi le permet, elle oblige aussi le postulant à répondre honnêtement aux questions posées. En cas de maladie chronique, comme par exemple une MICI, la réponse de la compagnie était systématiquement :

- soit le refus pur et simple
- soit l'acceptation, mais assortie d'une forte surprime, sans commune mesure avec le risque réel.

Depuis l'application de la Loi Partyka-Lalieux, si un patient n'est pas satisfait des conditions proposées par sa compagnie d'assurance, il peut s'adresser au

BUREAU DU SUIVI DES ASSURANCES SOLDE RESTANT DÛ

Ombudsman des assurances

Square Meeûs, 35

1000 Bruxelles

Concrètement : si vous êtes refusé lors de votre demande d'assurance, ou si une surprime de plus de 75% de la prime de base vous est réclamée, vous êtes en droit de soumettre la décision de l'assureur au Bureau du suivi. Il est cependant important de souligner que la décision du Bureau du suivi n'est pas contraignante (voir détails de la Loi Partyka-Lalieux).

Si l'assureur exige une surprime de plus de 125% de la prime de base, un mécanisme de solidarité peut s'enclencher. La démarche s'effectue par le biais de l'assureur qui s'adresse directement à la Caisse de compensation. Celle-ci intervient dans les frais qui dépassent les 125% (plafonnés à 800%) de la prime de base avec un montant également plafonné.

Pour introduire un dossier au Bureau du suivi de tarification :

Toute personne peut introduire une demande au Bureau du suivi de tarification lorsqu'au moins un assureur a refusé d'accorder la couverture. Ce bureau a pour mission d'examiner les propositions de surprime (si cette surprime dépasse 75% de la prime de base) et d'émettre une autre proposition dans un délai de 15 jours ouvrables, prenant cours à la date de réception du dossier (le dossier doit être complet et contenir toutes les pièces nécessaires).

I. Historique de la loi Partyka-Lalieux

Face à une telle situation de toute puissance des compagnies d'assurances, deux parlementaires ont initié un projet de loi, M^{mes} Partyka et Lalieux.

Le but de ce projet était de modifier la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, avec,

pour ambition, de faciliter l'accès à l'assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru : malades chroniques, personnes atteintes d'un cancer ou en ayant souffert, personnes souffrant d'une maladie rare... Rappelons que les MICI surviennent le plus souvent dans la tranche d'âge 20...30 ans, soit le début de la vie active où naît le désir de devenir propriétaire d'un bien immobilier.

En réalité, même si le texte de loi proposait une avancée, il était loin des ambitions des deux députées fédérales à l'origine du projet. Ce texte de loi consistait à confier à la Commission des assurances la confection d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé. A ce propos, signalons que les compagnies s'écartaient souvent du cadre légal, inconnu des postulants, en posant des questions qu'elles n'avaient pas le droit de poser (par exemple : « *de quoi sont morts vos parents ?* »...)

Dès l'entrée en vigueur de la Loi Partyka-Lalieux en 2011, Assuralia a introduit un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle. Pendant deux ans, le temps nécessaire pour que cette Cour prononce son verdict, la loi a donc été suspendue. Le recours a finalement été cassé, Assuralia débouté, et la loi a pu réellement entrer en vigueur, du moins en théorie... Après le recours d'Assuralia, la Commission avait arrêté ses travaux. Le texte de loi restait trop vague pour une application réelle, au grand dam des personnes qui envisageaient un assouplissement. S'ensuivit une période d'inertie...

Une nouvelle dynamique allait heureusement être insufflée par quelques Parlementaires sensibles à nos doléances. C'est ainsi qu'une nouvelle loi fut adoptée le 4 avril 2014, reprenant les termes de la loi précédente mais avec quelques retouches. En outre, elle fut suivie d'un Arrêté Royal qui en fixait l'exécution des dispositions légales, c-à-d « *la garantie du remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat à l'assurance* ». Cet A.R. est entré en vigueur le 30 décembre 2014, tandis que le règlement d'ordre intérieur du *Bureau du Suivi et de la tarification* paraissait au Moniteur Belge. La création de ce Bureau du Suivi constitue l'avancée principale de la nouvelle loi, toujours appelée *Loi Partyka-Lalieux*.

II. Dispositions de la nouvelle loi

1) Bureau du suivi

Celui-ci est composé à parts égales de représentants des assurances, et de représentants des patients ainsi que des consommateurs (www.bureaudusuivi.be). Le Bureau du suivi est dirigé par un magistrat indépendant : c'est le Juge Bruno Bulthé qui a été désigné à ce poste.

2) Questionnaires médicaux

L'idée de questionnaires médicaux standardisés est désormais abandonnée, mais ces questionnaires, préalables à l'obtention d'une assurance solde restant dû, doivent désormais être approuvés par le Bureau du Suivi.

Pour rester en conformité avec la loi relative au respect de la vie privée, un cadre strict de « questions précises » a été mis au point, ce qui met un terme à l'anarchie des questions précédemment rencontrées (« *Avez-vous d'autres éléments ou circonstances à déclarer ?* »)

Les questionnaires doivent porter exclusivement sur des « événements attestant du caractère accru d'un risque de santé ». En aucun cas il n'est permis de référence aux aspects privés de la vie du candidat à l'assurance, notamment en matière de sexualité, de voyages à l'étranger, de vie professionnelle ou de hobbies.

Il est en outre précisé que ces nouvelles dispositions en matière de questionnaire médical, préalable à la conclusion d'un contrat d'assurance solde restant dû, s'appliquent non seulement aux personnes à risque de santé accru, mais à tout candidat.

3) Décisions à motiver et devoir de transparence

Les réponses possibles d'une compagnie, à l'issue de l'examen des réponses au questionnaire par un candidat, peuvent être :

- refus de l'assurer
- ajournement de l'octroi de la couverture d'assurance
- octroi assorti d'une surprime
- octroi mais avec une exclusion spécifique de garantie.

Quelle que soit la décision prise, la compagnie a le devoir de la motiver par des arguments pertinents ; elle doit en outre la communiquer au candidat dans un langage clair, précis et compréhensible, notamment en ce qui concerne les aspects médicaux.

Dans le cas d'une surprime imposée, la transparence est également de rigueur : la compagnie se doit de scinder le montant global en prime de base et pourcentage ajouté en raison du risque accru, de sorte que la personne concernée ait une idée précise de l'impact de son état de santé aggravé sur le montant de la prime envisagée.

Par courrier, le candidat peut demander à la compagnie des compléments d'informations sur l'aspect médical de la décision ; ces informations seront transmises par le médecin conseil de l'assureur. Des informations sur les études concrètes et/ou statistiques ayant mené à la décision pourront également être fournies au candidat s'il en fait la demande écrite, le but étant bien sûr de corréliser la surmortalité attendue avec la surprime réclamée. Par contre, la politique d'octroi ou de tarification reste du ressort exclusif de la compagnie et n'a pas à être communiquée.

Tout comme pour le questionnaire médical, la transparence et l'argumentation d'une décision défavorable doivent être de mise à l'égard de tout candidat à l'assurance solde restant dû, qu'il soit en parfaite santé ou pas.

4) Nouvelle évaluation par le réassureur

Si la décision est le refus, ou l'ajournement, ou l'exclusion spécifique d'une clause, le candidat n'a aucun recours. En revanche, si cette décision est une surprime et que le candidat n'est pas d'accord avec le montant de la surprime envisagée, il peut manifester son désaccord par écrit à l'assureur. Dès lors, celui-ci a 15 jours, à dater de la réception de cette information, pour transmettre le dossier à son réassureur en vue d'une nouvelle évaluation. Si, au terme de son examen, le réassureur arrive à un montant de surprime inférieur, il *suggère* à l'assureur de modifier son calcul dans ce sens.

Cette intervention du réassureur suscite plusieurs réflexions :

- il s'agit d'une situation inédite, car le réassureur se voit confier une mission d'instance de

recours (tout au moins de conseil) contre une décision de l'assureur ;
- aucun seuil de surprime n'a été fixé par l'A.R. pour le déclenchement de la procédure de réévaluation ; logiquement, on se serait attendu à un seuil de surprime de 25%.
- l'assureur n'est pas obligé de suivre la recommandation de son réassureur pour une baisse de surprime.

Rappelons ici que, lors du rejet de recours en annulation demandé par Assuralia concernant la première mouture de la loi Partyka-Lalieux, la Cour constitutionnelle avait insisté sur le fait que cette loi ne crée pas un droit absolu à l'assurance solde restant dû, ni une obligation d'octroi à charge de l'assureur. En clair, celui-ci conserve le droit de refuser l'octroi.

5) Bureau de suivi de la tarification

Ici, des pourcentages précis entrent en jeu.

Si l'assureur notifie un refus au candidat, ou une surprime dépassant d'au moins 75% la prime de base, le candidat peut demander l'examen de son dossier par le Bureau du suivi de la tarification, du moins si sa plainte est jugée recevable (les conditions de recevabilité font partie du règlement d'ordre intérieur, nous y reviendrons).

En fixant un seuil à 75% de surprime, le législateur a voulu marquer le principe de solidarité à l'égard des personnes sujettes à un problème de santé d'un certain niveau de gravité et non à l'égard de tout candidat qui présente le moindre problème de santé.

Le Bureau du suivi vérifie si la décision de l'assureur se justifie objectivement et raisonnablement.

Si la décision de l'assureur ne rencontre pas d'objection de la part du Bureau du suivi, l'assureur peut confirmer son offre initiale.

Dans le cas contraire, le Bureau doit communiquer aux deux parties concernées, dans un délai de 15 jours suivant la réception du dossier, une « proposition contraignante » basée sur les conditions d'octroi, notamment tarifaires, qu'il a fixées, et qu'il est tenu de revoir tous les deux ans en fonction de l'évolution de l'état de santé du candidat.

L'expression utilisée dans le texte, « proposition contraignante », est en soi une contradiction, car de par sa définition, une proposition ne peut en aucun cas être contraignante... Et de fait, elle ne l'est pas : la proposition du Bureau du suivi ne lie pas l'assureur. Celui-ci peut estimer ne pas être en mesure de suivre la proposition du Bureau du suivi. Dans ce cas, il doit en informer le candidat dans un délai raisonnable, et informer ce dernier qu'il lui est loisible de s'adresser à une autre compagnie.

On retrouve ici le grand principe énoncé par la Cour constitutionnelle précisant que rien n'oblige un assureur à accepter tout candidat.

6) Caisse de compensation

La surprime pourrait dépasser nettement les 75% du cas précédent et atteindre une valeur comprise entre 125 et 800% de la prime de base. Dans ce cas, l'assureur doit faire intervenir la Caisse de compensation. Celle-ci a pour but de répartir la charge du surcoût dû au risque aggravé sur l'ensemble des acteurs du marché, c'est le principe même de toute société mutuelle. Si ce n'est que cette Caisse de compensation est alimentée, non par l'Etat, mais par les assurances vie et les entreprises de crédit hypothécaire, chacune pour moitié.

7) Garantie standardisée

Si l'assureur applique une surprime de plus de 200% de la prime de base, il est tenu d'offrir au preneur d'assurance solde restant dû une « garantie standardisée » d'un montant de 200.000€ si le preneur souscrit seul le crédit hypothécaire. Dans le cas de co-emprunteurs, le candidat peut s'assurer pour le même montant, mais limité à 50% du capital emprunté.

III. Discussion sur le fonctionnement pratique de la loi Partyka-Lalieux

La loi Partyka-Lalieux constitue une avancée sociale significative, mais elle comporte quelques zones d'ombre qui risquent de compromettre son application pratique. Au cours de ses discussions, le Groupe de Travail « Assurances » dirigé par le Professeur Hubert Claessen, et qui se réunissait dans les locaux de la LUSS à Namur, a établi une série de sujets de dysfonctionnement potentiel.

1) Points relevés par le Groupe de Travail

a- concernant la loi :

- Les articles 214 et 215 de la loi prévoient que, en cas de désaccord du preneur d'assurances, le dossier est transmis au réassureur pour un nouvel examen ; si le réassureur « *suggère une prime moins élevée, l'assureur doit la modifier en ce sens* ».

Commentaire : d'une part, la transparence de ce mécanisme n'est pas assurée, car aucune garantie n'existe que la communication du dossier au réassureur est bien effective. D'autre part, le texte reste flou : « *modifier en ce sens* » ne signifie pas que la réduction doit être exactement à la mesure de la suggestion du réassureur. Enfin, l'A.R. ne prévoit aucune sanction en cas de non respect.

- L'article 217 §5 désigne l'ombudsman des assurances comme organe de secrétariat du Bureau du suivi. Or l'ombudsman des assurances est financé par ces mêmes assurances. Comme le secrétariat a pour tâche, notamment, de décider de la recevabilité d'un dossier, l'ombudsman des assurances serait alors juge et partie, des doutes ont été émis sur son impartialité. Il semble que le ROI ait prévu un fonctionnement impartial, mais comment le prouver en pratique ?

b- concernant l'Arrêté Royal :

- L'article 14 prévoit que, sur demande du Bureau du suivi, l'assureur lui transmet la décision relative à un candidat, le dossier médical, des études et/ou des statistiques pour corroborer la décision. Quelle garantie a-t-on que toutes ces données sont effectivement transmises ? Pourquoi cette transmission n'est-elle pas systématique dès l'instant où la possibilité de recours au Bureau du suivi intervient ?

c- concernant le R.O.I. :

- L'article 6 traite de la recevabilité d'une demande. Il est important que les conditions de recevabilité soient bien communiquées au candidat et que des documents pré-complétés soient prévus à cet effet.

Les documents disponibles sur le site Internet du Bureau sont un pas dans ce sens, encore faut-il que le candidat soit en mesure de visiter ce site. Les « coordonnées » du Bureau sont transmises par l'assureur au candidat, transmission qui s'effectue par la poste pour inclure les personnes qui ne disposent pas d'Internet, mais qu'en est-il alors de ces personnes pour la possibilité de visiter le site du Bureau ?

Au cas où un dossier est jugé irrecevable par le secrétariat du Bureau de suivi, aucun recours ne semble prévu, ne faut-il pas prévoir un mécanisme ? La décision d'irrecevabilité est-elle définitive ou un candidat peut-il refaire la demande avec un dossier cette fois complet ?

- L'article 17 reprend les motifs de récusation des membres ou experts du Bureau. Comme celui-ci est constitué en partie de personnes actives dans le domaine des assurances, donc engagées dans des compagnies précises, ne faut-il pas prévoir une cause de récusation spécifique lorsque le dossier soumis au Bureau concerne l'employeur d'un membre du Bureau ? Cette disposition ne semble pas prévue.

2) Situation actuelle

La composition du Bureau de suivi a légèrement changé : les représentants des consommateurs se sont retirés, ils ont été remplacés par des médecins experts chargés d'examiner les aspects médicaux en toute indépendance.

Les objections du groupe de travail Assurances n'ont malheureusement pas été entendues à propos de la « proposition contraignante ». Elle reste juste une proposition, la compagnie d'assurance se réservant le droit de maintenir la hauteur de la surprime initialement exigée, même si son réassureur l'estime exagérée et propose de la réduire.

Il n'en reste pas moins que le système fonctionne et donne satisfaction dans la grande majorité des cas.