

Oostende, 18 januari 2010

Onderwerp : de aangekondigde premiestijgingen voor de hospitalisatieverzekeringen

Aan de Heer Minister van Financiën Didier Reynders

Geachte Heer Minister,

Bij een recente gelegenheid van vraag en antwoord in de Senaat verwees u heel duidelijk naar de onwettelijkheid van de aangekondigde premiestijgingen voor de hospitalisatieverzekeringen. Waarvoor nogmaals mijn dank. Ondertussen blijkt dat vanuit de sector wordt betwist dat de premiestijgingen onwettelijk zijn. Ze halen daarbij de onduidelijkheid van het wettelijk kader aan, ook als reden blijktbaar, waarom hun verhoging wel gewettigd zijn (een schrijven hierover van een verzekeraar aan haar makelaars gaat in bijlage).

De reden van mijn schrijven is dan ook de volgende. Heel wat gezinnen hebben geen kennis van het feit dat de premiestijgingen onwettelijk zijn. Het lijkt dan ook dringend nodig om vanuit de overheid in te grijpen op het gebeuren. Daarbij is het belangrijk dat wordt vermeden dat facturen met onwettelijke stijgingen worden verzonden, en daarbij te zorgen dat er geen vacuüm ontstaat in de rechten van de verzekerde. Aan het CBFA kan gevraagd worden om snel verduidelijking te brengen over de regeling zelf.

Bij deze wil ik ook graag een suggestie overmaken aan de Minister. Een concrete piste kan er in bestaan om het versturen van facturen met onwettelijke verhogingen van premies, sanctioneerbaar te maken bij wet. Op die manier kan de economische inspectie actief toezien op het navolgen van de regels en snel ingrijpen bij een onwettelijkheid zoals deze geformuleerd door de Minister.

In de hoop de Minister van dienst te zijn met dit schrijven;
En met de meeste hoogachting,

John Crombez

Vlaams Parlementslid
Gemeenschapssenator

Annex

Chers collègues,

La loi Verwilghen II affirme qu'un assureur a l'opportunité d'adapter ses primes selon 3 possibilités : soit en fonction de l'indice de santé (actuellement quasi nul), soit sur base d'un indice médical (actuellement inexistant) ou sur base d'un dossier bien étoffé et fondé que l'assureur soumet à la CBFA

Etant donné que les deux premières possibilités ne sont pas d'application, nous avons donc été forcés d'opter pour la troisième solution. Nous constatons qu'à ce jour aucune remarque de la CBFA ne nous est parvenue en ce qui concerne le bien fondé du dossier technique transmis (DKV applique depuis toujours une méthodologie jusqu'à présent jamais contestée). La seule chose dont la CBFA nous a fait part, est que DKV devait d'abord attendre l'indice médical avant d'introduire son dossier. La logique de cette procédure nous échappe, car l'assureur avait soit disant le choix entre 3 possibilités, mais en pratique, seule la troisième est bel et bien d'application.

La réponse formulée par le ministre Reynders stipulant que la hausse tarifaire serait illégale, n'est qu'une interprétation de la CBFA. Nous contestons donc amèrement ceci et ne manquerons pas de communiquer notre point de vue à cet égard au début de la semaine prochaine.

Afin de pouvoir garantir la continuité de nos activités et l'octroi des couvertures auxquelles nos clients ont droit, il y a lieu de créer un équilibre entre l'encaissement des primes et les prestations effectuées par les assureurs. Pour ce faire, nous sommes obligés de concrétiser notre décision et donc d'adapter en 2010 nos primes pour les couvertures de nos produits hospitalisation complémentaires en chambre individuelle.

Depuis 2007, la problématique concernant le développement d'un cadre ferme servant de base à l'adaptation des primes est malheureusement à chaque fois postposée. DKV joue le jeu correctement et respecte la loi. C'est la raison pour laquelle nous optons pour une solution évolutive afin d'empêcher de trop brusques adaptations à l'avenir.