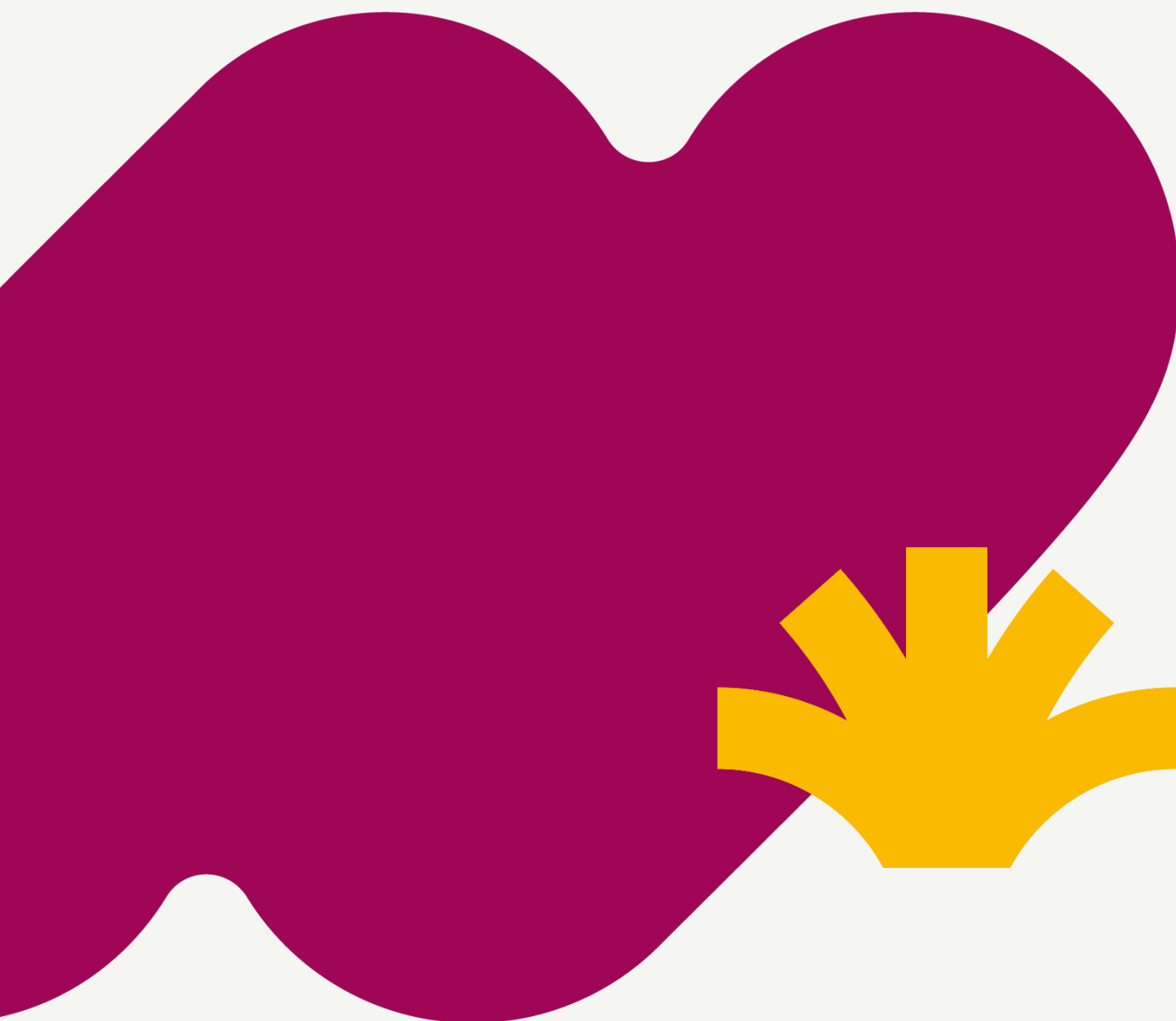




De discriminatie van personen met hiv op het gebied van verzekeringen

Inhoudsopgave

Bedanking	3
1 Samenvatting	4
1.1 Context	4
1.2 Aanbevelingen	4
2 Analyse	6
2.1 Op basis van meldingen	6
2.2 Op basis van het wettelijk kader	7
2.2.1 het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap	7
2.2.2 De Grondwet	9
2.2.3 De antidiscriminatiewetgeving	10
2.2.4 De wet van 4 april 2014 betreffende verzekeringen	11
2.2.4.1 Algemene bepalingen	11
2.2.4.2 Specifieke bepalingen	12
3 De behandeling van mensen met hiv op het gebied van verzekeringen	12
3.1 Concreet geval: het voorbeeld van het recht om te worden vergeten en hiv	13
3.2 Externe bijdrage - Klinische ervaringen vanuit het hiv-referentiecentrum Antwerpen: impact van verzekeringsbeperkingen	15
4 Conclusie	15
5 Contactpersonen Unia	16

Bedanking

We bedanken graag iedereen die bijgedragen heeft aan de totstandkoming van dit advies. Bedankt voor uw steun, uw engagement en de rijke uitwisseling.

Specifieke dank betuigen we aan het comité dat hielp bij het nalezen van de tekst : Sensoa, Ex Aequo, La Plateforme en Dokter Jelle Visser, dokter bij het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen

Bedankt voor jullie opmerkzame blik, jullie constructieve opmerkingen en voor jullie expertise. Deze samenwerking was essentieel voor het realiseren van dit advies.

1 Samenvatting

1.1 Context

In haar hoedanigheid van gelijkheidsorgaan en onafhankelijk toezichtsmechanisme voor het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, wordt Unia regelmatig aangesproken over ongelijke behandeling op het gebied van verzekeringen in verband met hiv.

Unia doet aanbevelingen over “*de discriminatie van mensen met hiv op het gebied van verzekeringen*” aan de minister van Consumentenbescherming, Fraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen, Rob Beenders, en aan de minister van Werkgelegenheid, Economie en Landbouw, David Clarinval.

De screening en behandeling van hiv in België behoort tot de wereldtop. België bereikt op dit moment een virale onderdrukking bij 88% voor alle mensen die leven met hiv¹. De gezondheidssituatie van personen die leven met hiv is de laatste decennia dramatisch verbeterd. Ze genieten van een gelijkaardige levensverwachting als personen zonder hiv. Deze verbetering heeft zich echter nog niet vertaald in een wijziging voor het stigma op leven met hiv.

De levenskwaliteit van mensen die leven met hiv (hierna: mensen met hiv) blijft zwaar beïnvloed door het stigma en de vooroordelen die hiermee gepaard gaan². Hoewel verzekeraars tot nu toe de op basis van hiv gemaakte onderscheiden konden motiveren, is Unia van mening dat een herziening van het wettelijk kader noodzakelijk is, met name in het licht van de laatste conclusies van het rapport van Sciensano en de wetenschappelijke gegevens die zijn verstrekt door deskundigenverenigingen en hiv-referentiecentra van ziekenhuizen.

WHO: Niet detecteerbaar = Niet overdraagbaar (n=n)

Een ondetecteerbare hiv virale lading betekent dat het hiv-virus door behandeling volledig onder controle is en dat het niet (seksueel) overdraagbaar is. Deze wetenschappelijk onderbouwde boodschap wordt internationaal breed gedragen en onder meer door de Wereldgezondheidsorganisatie verspreid als “n=n” (niet-detecteerbaar = niet-overdraagbaar). Dit principe heeft belangrijke implicaties voor de beoordeling van risico's, aangezien het aantoont dat personen met een duurzame virale suppressie geen infectierisico vormen voor anderen en een gezondheidstoestand hebben die vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking.

1.2 Aanbevelingen

Overeenkomstig de antidiscriminatiewetgeving, de Grondwet en het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap mag er in het kader van verzekeringen geen ongerechtvaardigd onderscheid in

¹ Sciensano, Epidemiologie van hiv in België, situatie op 31 december 2024, rapport 2025, pagina 48.

² [Hiv in België: feiten en cijfers 2025 | Sensoa](#)

behandeling worden gemaakt ten aanzien van mensen met hiv. Daarom roept Unia de federale autoriteiten op om het wettelijk kader aan te passen, namelijk:

- Verbied elke premietoeslag, uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling ≥ 500 cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste zes maanden, aangezien deze situaties medisch gezien geen verhoging of beperking van de dekking meer rechtvaardigen
- Verbied elke uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling $\geq 350 > 500$ cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste zes maanden. Voorzie een maximale premietoeslag van 30%
- Verbied elke uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling < 350 cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste een jaar. Voorzie een maximale premietoeslag van 100%

De volgende aanbevelingen zijn evenzeer belangrijk in de strijd tegen mogelijke discriminatie:

- Vermijd dat bij de risicobeoordeling uitsluitend vanuit medisch oogpunt wordt gekeken.
- Garandeer de naleving van de verplichtingen inzake transparantie, motivering en objectief en redelijk gerechtvaardigde segmentatie die van toepassing zijn in de verzekeringssector.
- Breid de bestaande verplichtingen inzake transparantie, motivering en objectief en redelijk gerechtvaardigde segmentatie uit naar verzekering gewaarborgd inkomen.
- Verplicht systematisch bij elke voorstel tot premieverhoging of weigering in verband met een handicap de elementen (statistische referenties, studies en andere) door te geven die als basis voor de besluitvorming hebben gediend, vergezeld van een toelichtende brief.
- Zorg ervoor dat verzekeringnemers altijd en automatisch worden geïnformeerd over de beroepsmogelijkheden, met name het Bureau voor toezicht op de tariefstelling.
- Zorg ervoor dat verzekeringsproducten op een toegankelijke manier worden aangeboden, zowel wat betreft de fysieke toegang als de informatie en communicatie over de polisvoorwaarden, de aanvraagprocedures en de klantenservice (duidelijke voorwaarden, braille, digitale toegankelijkheid, kortere wachttijden, enz.).
- De uitsluitingen in het kader van hospitalisatieverzekeringen duidelijk afbakenen.

2 Analyse

2.1 Op basis van meldingen

Unia heeft een grondige analyse uitgevoerd van de meldingen die de afgelopen zes jaar (2020-2026) zijn binnengekomen op het gebied van verzekeringen in verband met hiv³. In totaal heeft Unia 22 meldingen⁴ geregistreerd. Dit aantal reflecteert in geen geval de mate waarin deze discriminatie voorkomt, er is duidelijk sprake van onderrapportage. Het maatschappelijk stigma dat nog steeds kleeft aan hiv speelt daarin een grote rol⁵. Van deze 22 meldingen opende Unia 13 dossiers.

De verzekeringsproducten waarvoor Unia de meeste meldingen ontvangt, zijn respectievelijk de schuldsaldoverzekering (SSV), de verzekering gewaarborgd inkomen (ook wel arbeidsongeschiktheidsverzekering genoemd) en de hospitalisatieverzekering. Van deze drie soorten verzekeringen vallen alleen de eerste twee onder het recht op vergeten⁶.

Wat de schuldsaldoverzekering betreft, hebben de meeste gevallen betrekking op de toepassing van een extra premie die het maximum van 100% respecteert, zoals opgelegd door het recht op vergeten. Er blijven echter onregelmatigheden bestaan, zoals extra premies die kunnen oplopen tot 300%, ondanks een niet-detecteerbare virale lading en de inwerkingtreding van het recht op vergeten. Het lijkt erop dat weigeringen zeldzamer zijn.

De verzekering gewaarborgd inkomen is het tweede type verzekering waarvoor Unia wordt ingeschakeld. Dit is ook het product met de meeste onregelmatigheden: regelrechte weigeringen, ondanks het bestaan van het recht op vergeten en een niet-detecteerbare virale lading. Deze weigeringen kunnen leiden tot een extra premie (met een maximum van 100%) als de verzekeringnemer over elementen beschikt (wetenschappelijke studies, statistische gegevens) waarmee hij zich tegen de verzekeraar kan verzetten. Het is ook mogelijk dat de verzekeraar een uitsluiting toepast voor alle risico's die verband houden met hiv.

Het derde type verzekering waarmee mensen met hiv moeilijkheden lijken te ondervinden, is de hospitalisatieverzekering. Hoewel er niet op dezelfde manier van onregelmatigheden kan worden gesproken als in de andere gevallen, is het aangewezen om vraagtekens te plaatsen bij de transparantie van de verzekeraars. Deze meldingen variëren van, in het ergste geval, een weigering tot, in het beste geval, uitsluitingen van terugbetaling van ziekenhuisopnames "*vanwege hiv*".

Laten we er overigens aan herinneren dat alleen mensen met hiv met een niet-detecteerbare virale lading, als "*verzekerbear*" worden beschouwd. Hoewel een uitsluiting een geschikter alternatief kan zijn dan een simpele weigering, stellen we vast dat het toepassingsgebied ervan zeer breed blijft, wat bijna systematisch

³ Zie ook: [Onderzoeksrapport: serofobie in daden \(2017\) | Unia](#)

⁴ Dit wordt ook bevestigd door onze partnerorganisaties op basis van hun contacten met personen met hiv. Het onderwerp van verzekeringen is een grote bron van stress. Zo ontving Sensoa in dezelfde periode 78 oproepen van personen met hiv met vragen over de toegang tot verzekeringen.

⁵ Zie ook: [Onderzoeksrapport: serofobie in daden \(2017\) | Unia](#)

⁶ [Toegangsbevorderende maatregelen tot de schuldsaldoverzekering | FOD Economie](#)

tot een weigering van dekking kan leiden. Veel aandoeningen zouden namelijk ten onrechte in verband kunnen worden gebracht met hiv en de administratieve drempels om hiertegen in beroep te gaan zijn aanzienlijk.

Van de aanvragers die hierover contact hebben opgenomen met Unia, gaven sommigen aan zich bedrogen te voelen, omdat ze het gevoel hadden in de val te zijn gelokt en aangaven dat ze de verzekering niet zouden hebben afgesloten als ze hadden geweten dat hun hiv-diagnose bijna systematisch tegen hen zou worden gebruikt.

Unia erkent de flexibiliteit die sommige verzekeraars aan de dag leggen door premies aan te bieden die lager zijn dan die waarin het recht op vergeten voorziet. Hoewel het recht op vergeten de te respecteren grenzen vastlegt, kan de verzekeraar hier waar mogelijk van afwijken en een lagere toeslag aanbieden. Het is echter belangrijk op te merken dat deze praktijk afhankelijk is van de beoordeling door de verzekeraar en dat er in dit opzicht geen duidelijk kader bestaat.

2.2 Op basis van het wettelijk kader

2.2.1 het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap

De Belgische en Europese antidiscriminatiewetgeving bevat geen definitie van het begrip handicap. Dit begrip is ontwikkeld via de Europese en Belgische rechtspraak volgens de sociale benadering⁷ die wordt gehanteerd in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. De voorwaarde hiervoor is dat de beperking een duurzaam karakter moet hebben. In de rechtspraak wordt dit begrip 'duurzaam' doorgaans geïnterpreteerd als gelijk aan ten minste één jaar. Indien de beperking niet duurzaam is, is het criterium van de gezondheidstoestand van toepassing⁹.

Chronische aandoeningen, die een blijvende verslechtering van de gezondheidstoestand tot gevolg hebben en levenslange medische opvolging vereisen, worden in de rechtspraak getoetst aan het criterium van de handicap¹⁰. Bovendien, en specifiek in het geval van mensen die leven met hiv, moeten zij, zelfs bij

⁷ Deze benadering analyseert handicap in het licht van de impact ervan op de participatie van de persoon in het maatschappelijk leven en de duurzaamheid ervan, in overeenstemming met het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

⁸ Artikel 1 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap bepaalt dat "*onder personen met een handicap wordt verstaan personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen waarvan de interactie met diverse barrières een belemmering kan vormen voor hun volledige en effectieve deelname aan de samenleving op basis van gelijkheid met anderen*".

⁹ Voor het verschil tussen gezondheidstoestand en handicap, zie punt 3.3 Antidiscriminatiewetgeving.

¹⁰ Sinds het arrest Chacon Navas tegen Eurest Colectividades van het Europees Hof van Justitie (11/07/2006) valt een ziekte die leidt tot een langdurige beperking van de capaciteiten onder het begrip handicap en moet de mogelijkheid van redelijke aanpassingen worden beoordeeld alvorens tot ontslag over te gaan. De weigering van redelijke aanpassingen vormt dus discriminatie -eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:62005CJ0013.

afwezigheid van hiv-gerelateerde symptomen, worden beschouwd als personen met een handicap vanwege de negatieve gevolgen van hiv voor hun volledige en gelijkwaardige deelname aan de samenleving, met name in verband met omgevingsfactoren (stigmatisering, discriminatie)¹¹. In dit verband analyseert Unia meldingen in verband met hiv vanuit het perspectief van het beschermde criterium handicap.

De sociale visie op handicap, die wordt ondersteund door de antidiscriminatiewetgeving, de Belgische Grondwet (artikel 22ter) en het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (met name de artikelen 1, 4, 5 en 25), legt de nadruk op het wegnemen van sociale barrières. De VN erkent zo het recht van elke persoon met een handicap om op gelijke voet met anderen deel te nemen aan de verschillende aspecten van het maatschappelijk leven.

De leidende beginselen van het VN-Verdrag omvatten onder meer het waarborgen van gelijke kansen voor personen met een handicap, hun gelijke genot van mensenrechten en hun volledige en effectieve toegang tot de samenleving.

- De staten moeten passende maatregelen nemen om discriminatie op grond van een handicap door personen, organisaties of particuliere ondernemingen uit te bannen (art. 4, lid 1, e).
- Het Verdrag beschermt personen met een handicap ook tegen discriminatie en garandeert hen effectieve rechtsbescherming tegen discriminatie op welke grond dan ook, op voet van gelijkheid (art. 5, lid 2).
- Artikel 25 verduidelijkt het verbod op discriminatie bij de toegang tot bepaalde verzekeringen. Deze bepaling erkent dat de toegang tot deze verzekeringen een voorwaarde is om het hoogst mogelijke niveau van gezondheid te genieten:

De staten die partij zijn, erkennen dat personen met een handicap het recht hebben om te genieten van de best mogelijke gezondheidstoestand zonder discriminatie op grond van handicap. Zij nemen alle passende maatregelen om hun toegang te verzekeren tot gezondheidsdiensten die rekening houden met genderspecifieke aspecten, met inbegrip van revalidatiediensten. In het bijzonder zullen de staten die partij zijn: (...) e) in de verzekeringssector discriminatie verbieden van personen met een handicap, die onder billijke en redelijke voorwaarden een ziektekostenverzekering moeten kunnen afsluiten en, in landen waar dit door de nationale wetgeving is toegestaan, een levensverzekering;

Bovendien geeft het VN-Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap aan dat de staten die partij zijn, moeten garanderen dat alle personen met een handicap onder gelijke voorwaarden toegang hebben tot deze verzekeringen¹². In overeenstemming met het inclusiebeginsel dat ten grondslag ligt aan

¹¹ Sensoa. (2020). *Nodenbevraging mensen met hiv* (pp. 43–66). Eindrapport ;

Scheerder, G., Van den Eynde, S., Reyntiens, P., Koeck, R., Deblonde, J., Ddungu, C., Florence, E., Joosten, C., Van Wijngaerden, E., & Dewaele, A. (2021). *Quality of life in people living with HIV: An exploratory cross-sectional survey in Belgium*. *AIDS Education and Prevention*, 33(3), 249–264.

¹² Zie bijvoorbeeld aanbeveling 50(a) van de slotopmerkingen van het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap van de Verenigde Naties betreffende Singapore (2022), [article 25 crpd 1.pdf](#)

het Verdrag, moet de toegang tot deze verzekeringen ruim worden geïnterpreteerd en niet alleen de beschikbaarheid van ziektekosten- en levensverzekeringen voor personen met een handicap omvatten, maar ook de toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan¹³.

In zijn Algemene Opmerking over gelijkheid en non-discriminatie¹⁴ legt het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap een verband tussen artikel 5 en artikel 12 betreffende de uitoefening van rechtsbevoegdheid. Het Comité vermeldt dat *“lid e) van artikel 25 verwijst naar andere diensten die doorgaans niet toegankelijk zijn voor personen met een handicap, namelijk levensverzekeringen en (particuliere) ziektekostenverzekeringen. De staten die partij zijn, zouden een dynamische en alomvattende aanpak moeten hanteren om het gelijke genot van goederen en diensten van de particuliere sector te waarborgen”*.

In die zin bevelen sommige commentatoren van het Verdrag aan om artikel 25, onder e), uit te breiden tot alle verzekeringspraktijken, zowel publieke als private. Elke uitvoering van nationale of Europese regelgeving zou er dus baat bij hebben om zich aan te passen aan de bepalingen van artikel 25, onder e), van het VN-Verdrag¹⁵.

2.2.2 De Grondwet

Er zijn verschillende grondwettelijke bepalingen die het Belgische rechtskader op het gebied van grondrechten, gelijkheid en inclusie structureren. Ze vormen essentiële referentiepunten om de verplichtingen van de overheid en de waarborgen voor burgers te begrijpen.

In dit kader waarborgen de artikelen 10 en 11 respectievelijk het beginsel van gelijkheid van alle Belgen voor de wet en het genot van de aan Belgen toegekende rechten en vrijheden zonder discriminatie.

Vervolgens bekrachtigt artikel 22ter het recht op volledige inclusie in de samenleving voor personen met een handicap, met inbegrip van het recht op redelijke aanpassingen. Het tweede lid bepaalt dat *“de wet, het decreet of de regel bedoeld in artikel 134 de bescherming van dit recht waarborgt en positieve verplichtingen oplegt aan de overheid”*.

De wetgever moet het recht op inclusie van personen met een handicap geleidelijk ten uitvoer brengen en wordt uitdrukkelijk herinnerd aan de verplichtingen die voortvloeien uit het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, met name die om structurele hervormingen door te voeren die gericht zijn op het wegnemen van belemmeringen voor hun maatschappelijke participatie.

Ten slotte beschermt artikel 23 het recht op sociale zekerheid, gezondheidszorg en sociale, medische en juridische bijstand.

¹³ Yang, D. W. (2024). Discriminatie op grond van handicap bij het aanbieden van ziektekostenverzekeringen: artikel 25(e) van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. *International Journal of Discrimination and the Law*, 24(1-2), 48-66. <https://doi.org/10.1177/13582291241237987> (Oorspronkelijk werk gepubliceerd in 2024)

¹⁴ Zie Algemene opmerking nr. 6 van het VN-Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap, punt 50, [Document Viewer](#).

¹⁵ I. Bantekas, M.A. Stein en D. Anastaiou (red.), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A commentary*, Oxford, Oxford University Press, 2018, p. 732

2.2.3 De antidiscriminatiewetgeving

Om te bepalen of een situatie als discriminerend moet worden aangemerkt in de zin van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, moet een analyse worden gemaakt op basis van de beschermde domeinen (1), door de beschermde criteria op te sommen (2), door verboden gedragingen te definiëren (3) en door een rechtvaardigingssysteem in te voeren (4).

(1) Allereerst bepaalt artikel 5, § 1, ° 1 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie dat de genoemde wet van toepassing is op het domein van goederen en diensten. Aangezien het verzekeringsdomein deel uitmaakt van het domein van goederen en diensten, is de genoemde federale wet daar dus van toepassing.

(2) De door de antidiscriminatiewetgeving beschermde criteria worden opgesomd in artikel 4, 4° van de eerder genoemde wet. In het onderhavige geval is het aangevoerde beschermde criterium dat van handicap.

Het is relevant om het verschil te verduidelijken tussen het beschermde criterium van de gezondheidstoestand en dat van de handicap wanneer het om hiv gaat.

Het beschermde criterium van de gezondheidstoestand verwijst naar het medisch verleden of de vroegere gezondheidstoestand, de huidige ziekte (fysiek of psychisch) en de toekomstige gezondheidstoestand van een persoon. Dit betreft dus aandoeningen die niet van lange duur zijn en/of geen invloed hebben op de deelname van de persoon aan het maatschappelijk leven.

Het beschermde criterium van handicap heeft daarentegen een duurzaam karakter, waardoor chronische of degeneratieve ziekten, evenals bepaalde psychische aandoeningen, juridisch als een handicap worden beschouwd. Het beschermde criterium van de handicap geeft ook recht op redelijke aanpassingen, dat wil zeggen *“passende maatregelen, genomen op basis van de behoeften in een concrete situatie, om een persoon met een handicap in staat te stellen toegang te krijgen tot, deel te nemen aan en vooruitgang te boeken op de gebieden waarop deze wet van toepassing is, tenzij deze maatregelen een onevenredige last opleggen aan de persoon die ze moet nemen.”* (wet van 10 mei 2007, art. 4-12°).

De wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie beschermt personen tegen directe of indirecte discriminatie op grond van een handicap.

(3) Wat verboden gedragingen betreft, definiëren de artikelen 4, 6° en 7° van dezelfde wet direct onderscheid en directe discriminatie. Er is sprake van directe discriminatie wanneer een persoon of een groep personen anders wordt behandeld op grond van een beschermd criterium, een behandeling die niet gerechtvaardigd is. Op het gebied van verzekeringen gaat het met name om kwesties van directe discriminatie.

(4) Niet elk verschil in behandeling vormt discriminatie in de zin van de wetgeving, die mogelijkheden tot rechtvaardiging voorziet. Op het gebied van goederen en diensten bestaan er verschillende rechtvaardigingsregimes. Op het gebied van handicap kan het onderscheid worden gerechtvaardigd, hetzij

indien het wettelijk is voorzien (de "vrijwaringsclausule"¹⁶), hetzij indien het een legitiem doel nastreeft en de middelen om dat doel te bereiken passend en noodzakelijk zijn (artikel 7 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie).

De vraag is of dit verschil in behandeling op objectieve en redelijke wijze kan worden gerechtvaardigd en of de genomen maatregelen evenredig zijn. Het gaat erom de doelstellingen van de wet van 4 april 2014, met name de verplichting tot begrotingsevenwicht waaraan verzekeringsmaatschappijen zijn onderworpen, af te wegen tegen de naleving van de voorschriften van de antidiscriminatiewetgeving die van openbare orde zijn¹⁷, in het licht van de medische vooruitgang op het gebied van hiv.

In de rechtsleer wordt er ook op gewezen dat, wanneer de verzekeringspremietoelage of de weigering van verzekering is gebaseerd op criteria die gezondheidstoestand en handicap combineren, de toetsing van de door de verzekeraars aangevoerde rechtvaardigingen strenger moet zijn, gezien de verhoogde kwetsbaarheid van de verzekeringsaanvrager en het grote risico op uitsluiting waaraan hij blootstaat vanwege het intersectionele karakter van de toegepaste ongelijke behandeling¹⁸.

2.2.4 De wet van 4 april 2014 betreffende verzekeringen

2.2.4.1 Algemene bepalingen

De wet van 4 april 2014 betreffende verzekeringen regelt de praktijk van verzekeringsmaatschappijen bij het sluiten van hun contracten met verzekerden. Artikel 58 voorziet in de verplichting voor de verzekerde om alle omstandigheden te melden waarvan hij op de hoogte is en die van invloed kunnen zijn op de risicobeoordeling door de verzekeraar. Artikel 61 regelt het delen van medische informatie.

Hoofdstuk II regelt de segmentatie¹⁹ door verzekeraars op grond van beschermde criteria. Voor hospitalisatieverzekeringen (ziekenhuisopname) en individuele levensverzekeringen bepaalt de wetgever dat *"elke segmentatie op het vlak van acceptatie, tariefbepaling en/of de omvang van de dekking objectief moet worden gerechtvaardigd door een legitieme doelstelling, en dat de middelen om deze doelstelling te verwezenlijken passend en noodzakelijk moeten zijn"*.

Elke hospitalisatie- of schuldsaldoverzekering die segmentatie toepast, moet dus voldoen aan de beginselen van de antidiscriminatiewetgeving, en bij gebrek aan een beschermd criterium, aan die van artikel 44. Het

¹⁶ De "vrijwaringsclausule", ingevoerd bij artikel 11 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, vormt een zogenaamde "wettelijke uitzondering": antidiscriminatiewetgeving bepaalt dat een verschil in behandeling op basis van een beschermd criterium (zoals een handicap of gezondheidstoestand) geen discriminatie vormt wanneer dit voortvloeit uit een maatregel die is voorzien in of krachtens een andere wettelijke norm. Er kan dus geen sprake zijn van "discriminatie" in de zin van de antidiscriminatiewetgeving.

¹⁷ Dit betekent dat deze maatregel doelstellingen van algemeen belang nastreeft en dat een overeenkomst tussen partijen hier niet van mag afwijken.

¹⁸ Pierre-Olivier De Broux en Valérie Nicaise, "Observaties: Capita selecta vanuit materieel oogpunt: het recht op toegang tot verzekering", *Belangrijke arresten inzake handicap, onder redactie van Isabelle Hachez en Jogchum Vrielink*, Larcier, Brussel, 2020, p. 300.

¹⁹ Methode die door verzekeringsmaatschappijen wordt gebruikt om klanten in verschillende groepen in te delen op basis van hun risiconiveau.

vervolg van het hoofdstuk voorziet ook in transparantieverplichtingen met betrekking tot de gebruikte segmentatiecriteria en de motivering van weigeringen.

Er bestaat geen uitvoeringsbesluit dat de verplichtingen van deze afdeling (transparantie, motivering, objectief en redelijk gerechtvaardigde segmentatie) uitbreidt naar gewaarborgd inkomen verzekeringen.

2.2.4.2 Specifieke bepalingen

2.2.4.2.1 *Het recht om te worden vergeten*

Het recht om vergeten te worden bepaalt een reeks aandoeningen²⁰ die, onder bepaalde voorwaarden, geheel of gedeeltelijk niet in aanmerking mogen worden genomen door de verzekeraar bij de beoordeling van de aanvraag.

Het recht om vergeten te worden is de afgelopen jaren uitgebreid naar verschillende soorten verzekeringen. De artikelen 61/1 en volgende leggen dit recht op vergeten vast voor verzekeringen die de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecaire of professionele lening garanderen, voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en voor reisannuleringsverzekeringen. Voor reisverzekeringen hoeft een aandoening die stabiel is op het moment van het afsluiten van de overeenkomst niet automatisch te worden aangegeven.

3 De behandeling van mensen met hiv op het gebied van verzekeringen

De werking van verzekeringen, zoals bepaald in de wet van 2014 betreffende verzekeringen, is gebaseerd op de beoordeling en anticipatie van risico's. Aangezien verzekeringsmaatschappijen wettelijk verplicht zijn om een financieel evenwicht te handhaven, vormt het segmentatiebeginsel een essentieel onderdeel van de verzekeringstechniek.

Het verzekeren van een te groot aantal personen met een hoog risico zou dit evenwicht dus in gevaar brengen. Om deze redenen konden verzekeringsmaatschappijen vaak bepaalde verschillen in behandeling rechtvaardigen die rechtstreeks verband hielden met bepaalde beschermde criteria, zoals handicap, leeftijd, geslacht of gezondheidstoestand.

De inwerkingtreding van de wet Partyka-Lallieux²¹, en vervolgens van het recht om te worden vergeten, betekende echter een keerpunt. Deze instrumenten hebben de toegang tot bepaalde verzekeringsproducten voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico vergemakkelijkt en hebben rechtsmiddelen ingevoerd.

In het geval van hiv, en vóór de komst van het recht op vergeten, konden verzekeraars verzekerden bijzonder hoge extra premies opleggen of hen dekking weigeren. Hiv wordt namelijk beschouwd als een chronische ziekte die zonder de juiste behandeling en opvolging dodelijk kan zijn. Hoewel hiv tot de

²⁰ Koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentietabel betreffende het recht om te worden vergeten in bepaalde personenverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

²¹ KCE - [GESCHIEDENIS VAN DE WETGEVING OVER HET RECHT OM VERGETEN TE WORDEN IN BELGIË](#)

chronische ziekten behoort die onder het recht op vergeten vallen, blijft het een feit dat mensen met hiv slechts een voet tussen de deur hebben op de verzekeringsmarkt: in principe worden ze toegelaten, maar hun daadwerkelijke toegang blijft grotendeels belemmerd.

3.1 Concreet geval: het voorbeeld van het recht op vergeten en hiv

Hiv staat vermeld in bijlage 2 van het referentiekader met betrekking tot bepaalde chronische ziekten waarvoor, onder bepaalde voorwaarden, ofwel geen extra premie mag worden aangerekend, noch een uitsluiting of weigering om de overeenkomst te sluiten op grond van deze aandoening mag worden voorzien; ofwel een extra premie met een maximum mag worden aangerekend op grond van deze aandoening.

Er is een lange lijst van toelatingsvoorwaarden voor mensen met hiv voorzien, evenals een wachttijd van 2 jaar vanaf de diagnose. Het resultaat is een premietoeslag met een maximum van 100%. Het recht op vergeten sluit dus nog steeds veel mensen met hiv uit.

Unia stelt de evenredigheid van de bovengenoemde voorwaarden ter discussie, en is niet de eerste organisatie die dit doet. In 2021, twee jaar na de invoering van het recht op vergetelheid, heeft Sensoa, in samenwerking met de hiv-referentiecentra van Antwerpen en Gent, bij het KCE een verzoek ingediend om de voorwaarden met betrekking tot hiv in de tabel van het recht op vergetelheid te herzien²².

Sensoa heeft in dit kader belangrijke aanbevelingen gedaan, zoals een verkorting van de wachttijd van 2 jaar na de diagnose, en stelt in plaats daarvan 6 maanden voor op basis van behouden immuniteit dankzij vroege opsporing en een snelle start van de behandeling.

Wat het aantal CD4-cellen betreft, roept Sensoa op tot herziening van de daarmee verband houdende criteria: enerzijds omdat de internationale literatuur een CD4-concentratie van ten minste 350 cellen/mm³ definieert als de grens waarboven de levensverwachting vrijwel normaal is (in tegenstelling tot de drempel van 500 die in de tabel is opgenomen); en anderzijds omdat het CD4-gehalte de essentiële marker is bij de beoordeling van de gezondheid van mensen met hiv, ongeacht het moment waarop de behandeling is gestart.

Daarnaast komt nog het feit dat artsen, vanwege de voortdurende ontwikkeling van de richtlijnen en de komst van nieuwe geneesmiddelen, waar mogelijk de antiretrovirale behandeling aanpassen om over te stappen op recentere behandelingen. Deze twee elementen zijn bijzonder belangrijk voor mensen met hiv die vóór januari 2005 met hun antiretrovirale behandeling zijn begonnen, die nu in goede gezondheid kunnen verkeren en meer dan 350 CD4-cellen/mm³ kunnen hebben. Mensen met hiv die vóór januari 2005 met hun behandeling zijn begonnen, moeten dus ook van deze toegang tot verzekeringen kunnen profiteren.

Bovendien herinnert Sensoa eraan dat mensen met hiv halfjaarlijks medisch worden gecontroleerd. Dit leidt tot een vroege en snelle opsporing van HCV-infecties, evenals van andere cardiovasculaire risicofactoren, zoals bloeddruk of cholesterolgehalte, en de opsporing van kanker. Deze controles worden georganiseerd

²² Voor meer informatie over de analyse en aanbevelingen van Sensoa, zie bijlage 1

door de overheid, die ook de informatieplicht ten aanzien van mensen met hiv op zich neemt, in tegenstelling tot de seronegatieve bevolking, voor wie geen halfjaarlijkse controles worden georganiseerd. Ten slotte wordt ook opgemerkt dat roken moet worden beschouwd als een onafhankelijke risicofactor, net zoals bij de seronegatieve bevolking.

Daarnaast is er het rapport 2025 van Sciensano over de epidemiologie van hiv in België (situatie op 31 december 2024), waaruit blijkt dat mensen met hiv die een duurzame virale suppressie bereiken, een levensverwachting hebben die vergelijkbaar is met die van de rest van de bevolking. *"In 2022 bedroeg de gestandaardiseerde sterftecijfer⁻²³ -ratio bij mensen met hiv 1,12 (95%-BI [0,94 – 1,35]), wat geen statistisch significant verschil in sterfte ten opzichte van de algemene bevolking aantoont"*²⁴.

Dit rapport vermeldt ook dat kanker (niet-aidsgerelateerd) *"de meest voorkomende doodsoorzaak is geworden bij mensen die leven met hiv [...]. In 2022 waren sterfgevallen als gevolg van kanker goed voor bijna een kwart van alle sterfgevallen"*²⁵.

Het bovengenoemde rapport wijst op de toenemende vergrijzing van mensen met hiv die onder medische behandeling staan, van wie 52 % in 2024 50 jaar of ouder was²⁶, als een belangrijk element waarmee rekening moet worden gehouden bij de analyse van de levensverwachting van deze bevolkingsgroep. Deze verbetering van de levensverwachting kan enerzijds worden verklaard door de introductie van antiretrovirale therapieën²⁷ en anderzijds door de kwaliteit van de zorgcontinuïteit in België: in 2024 ontving 89 % van de personen onder medische begeleiding een antiretrovirale behandeling, waarvan 88 % een onderdrukte virale belasting had²⁸.

Bovendien: *"Van de mensen met hiv die in de hiv-referentiecentra worden gevolgd, kreeg 98% een antiretrovirale behandeling met een zeer hoog virologisch succespercentage: 97% van de mensen die al minstens 6 maanden een antiretrovirale behandeling volgden, had een gecontroleerde virale belasting (<200 kopieën/ml)"*²⁹.

Al deze elementen wijzen op een gunstige prognose en een normale levensverwachting voor mensen met hiv. Deze conclusie wordt bovendien onderschreven door verschillende gezaghebbende internationale studies³⁰.

²³ Volgens Sciensano komt dit overeen met *"de verhouding tussen de sterfte door alle oorzaken bij mensen die leven met hiv en die bij de algemene bevolking, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht"*.

²⁴ Sciensano, Epidemiologie van hiv in België, situatie op 31 december 2024, rapport 2025, pagina 45.

²⁵ Idem, pagina 46

²⁶ Idem, pagina 39.

²⁷ Ibid.

²⁸ Idem, pagina's 47-48

²⁹ Idem, pagina 2

³⁰ Zoals bijvoorbeeld: [Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies - ScienceDirect](#) et [All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 ≥500/mm3 compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration† | International Journal of Epidemiology | Oxford Academic](#)

3.2 Externe bijdrage - Klinische ervaringen vanuit het hiv-referentiecentrum Antwerpen: impact van verzekeringsbeperkingen

Vanuit het perspectief van de patiënt heeft beperkte toegang tot verzekeringen een impact die verder reikt dan het strikt medische risico. Het niet kunnen afsluiten van essentiële verzekeringsproducten, zoals een schuldsaldoverzekering of een verzekering gewaarborgd inkomen, kan de toegang tot huisvesting, werk en financiële zekerheid aanzienlijk beperken. Dit leidt tot structurele ongelijkheden in levensloopkansen.

Bovendien kan deze uitsluiting op zich een negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid en het welzijn van mensen met hiv, onder meer door verhoogde stress, onzekerheid en het gevoel van stigmatisering. Deze effecten staan los van de medische prognose van hiv, maar kunnen wel bijdragen tot slechtere gezondheidsuitkomsten. In die zin kan een restrictief verzekeringsbeleid een paradoxaal effect hebben, waarbij niet de aandoening zelf, maar de maatschappelijke en institutionele respons erop, een bijkomende gezondheidslast creëert.

Deze bredere impact dient ook juridisch in rekening te worden gebracht. Artikel 23 van de Grondwet waarborgt onder meer het recht op een menswaardig leven, waaronder het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en maatschappelijke ontplooiing. Daarnaast benadrukt het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap het belang van volledige en effectieve participatie aan de samenleving en gelijke toegang tot diensten, inclusief verzekeringen.

In dat licht moet bij de beoordeling van de proportionaliteit van een onderscheid in behandeling niet alleen rekening worden gehouden met actuariële of medische risico's, maar ook met de gevolgen van uitsluiting voor de reële toegang tot fundamentele rechten en maatschappelijke participatie

4 Conclusie

Naast het discriminatieverbod waarin de antidiscriminatiewetgeving voorziet, verplicht het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (artikel 25, e), in samenhang met de artikelen 1 en 5, §2, ons land om te waarborgen dat personen met een handicap gelijke toegang hebben tot ziektekosten- en levensverzekeringen, en dat hun een gelijk genot van goederen en diensten in de privésector wordt verzekerd. In die zin zou elke wettelijke bepaling of verzekeringsclausule die in strijd is met de bovengenoemde bepalingen nietig kunnen worden verklaard, tenzij deze op objectieve en redelijke gronden gerechtvaardigd is. **In het licht van de medische vooruitgang en statistische analyses is het echter niet langer mogelijk om het verschil in behandeling op het gebied van verzekeringen ten aanzien van mensen met hiv als evenredig te blijven beschouwen.**

Unia is bijgevolg van mening dat de voorwaarden voor toelating tot verzekeringen dringend moet aangepast worden:

- Verbied elke premietoeslag, uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling ≥ 500 cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste zes maanden, aangezien deze situaties medisch gezien geen verhoging of beperking van de dekking meer rechtvaardigen

- Verbied elke uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling ≥ 350 >500 cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste zes maanden. Voorzie een maximale premietoeslag van 30%
- Verbied elke uitsluiting of weigering in verband met hiv wanneer de persoon een CD4-telling <350 cellen/mm³ en een niet-detecteerbare virale lading heeft sinds ten minste een jaar. Voorzie een maximale premietoeslag van 100%

De volgende aanbevelingen zijn evenzeer belangrijk in de strijd tegen mogelijke discriminatie:

- Vermijd dat bij de risicobeoordeling uitsluitend vanuit medisch oogpunt wordt gekeken.
- Garandeer de naleving van de verplichtingen inzake transparantie, motivering en objectief en redelijk gerechtvaardigde segmentatie die van toepassing zijn in de verzekeringssector.
- Breid de bestaande verplichtingen inzake transparantie, motivering en objectief en redelijk gerechtvaardigde segmentatie uit naar verzekering gewaarborgd inkomen.
- Verplicht systematisch bij elke voorstel tot premieverhoging of weigering in verband met een handicap de elementen (statistische referenties, studies en andere) door te geven die als basis voor de besluitvorming hebben gediend, vergezeld van een toelichtende brief.
- Zorg ervoor dat verzekeringnemers altijd en automatisch worden geïnformeerd over de beroepsmogelijkheden, met name het Bureau voor toezicht op de tariefstelling.
- Zorg ervoor dat verzekeringsproducten op een toegankelijke manier worden aangeboden, zowel wat betreft de fysieke toegang als de informatie en communicatie over de polisvoorwaarden, de aanvraagprocedures en de klantenservice (duidelijke taal, een leesbaar lettertype, digitale toegankelijkheid, enz).
- De uitsluitingen in het kader van hospitalisatieverzekeringen duidelijk afbakenen.

5 Contactpersonen Unia

Moré Nieto Peña (FR) – Dienst Bescherming - more.nietopena@unia.be

Rik Reusen (NL) - Dienst Beleid & Monitoring – rik.reusen@unia.be

**Interfederaal Centrum voor Gelijke Kansen
en de bestrijding van racisme en discriminatie**

Victor Hortaplein 40 • 1060 Sint-Gillis
T+32(0)2 212 30 00

www.unia.be   