



Acordarse de olvidar: seguros para supervivientes de cáncer y derecho al olvido

Por Ása Weber, Natascha Schmidt, Hendrik Wünsch y Annika Schilling, Gen Re Colonia (Alemania)

En febrero de 2021, la Comisión Europea (CE) publicó el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, que establece un plan de acción para luchar contra esta enfermedad en el entorno de estos países. Además de medidas para la prevención y el tratamiento del cáncer, el plan también incluye garantizar la calidad de vida de los pacientes y supervivientes de cáncer.

Primera parte: el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y el derecho al olvido

Se hace referencia explícita al acceso a los servicios financieros que, en el caso de los seguros de vida, se ve dificultado por la denegación de la cobertura o por el aumento considerable de las primas de seguro para los supervivientes de cáncer, aun cuando la enfermedad haya estado en remisión durante mucho tiempo. Por ello, la CE introdujo el “Derecho al olvido” (Right to be forgotten, en inglés), que tiene por objeto garantizar que los antiguos pacientes de cáncer que hayan superado con éxito su enfermedad no experimenten dificultades a la hora de contratar las pólizas de seguro necesarias.¹

Algunos países europeos ya han aplicado este tipo de derecho al olvido. En Francia está vigente desde 2016; en 2020 y 2021 entró en vigor en Bélgica, Luxemburgo y los Países Bajos. A principios de 2022 Portugal implementó la legislación correspondiente, Rumanía lo hizo en septiembre de 2022 y en Italia se presentó al Senado una propuesta legislativa que también incluye derechos de adopción para supervivientes de cáncer.² Las Figuras 1 y 2 ofrecen una visión general de las legislaciones del derecho al olvido en diferentes países de la UE.

El plan de acción de la CE convoca ahora a todos los países de la UE a trabajar juntos para aplicar el Plan de Lucha contra el Cáncer. Por lo tanto, esperamos que se inste a más países (europeos) a que consideren la posibilidad de establecer dicho marco y trabajen en su aplicación de manera oportuna.

El derecho al olvido establece que las aseguradoras, al calcular las primas de seguro, no pueden tener en cuenta la información médica sobre los cánceres ocurridos durante más de un período definido —generalmente de cinco o diez años— ni después del diagnóstico, sino después de la finalización del protocolo terapéutico sin recurrencia.

Contenido

Primera parte: el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y el derecho al olvido	1
Segunda parte: Riesgo a largo plazo de cáncer	3
Tercera parte: Consideraciones sobre la población de derecho al olvido	7
Cuarta parte: Suscripción de cáncer hoy	9
Quinta parte: Otras consideraciones	9

La ley tiene por objeto garantizar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer asegurando el acceso a los servicios básicos de seguro necesarios. Si bien no existe la obligación legal de suscribir un seguro de vida cuando se contrata un préstamo, se considera una práctica común que los bancos y los proveedores de crédito concedan préstamos solo cuando se obtiene dicho seguro.^{3,4,5,6}

Con el fin de orientar la legislación a esta población concreta y a los servicios financieros esenciales, las primeras legislaciones del derecho al olvido tenían un alcance limitado que se aplicaba únicamente a determinados tipos de seguros de vida, con restricciones adicionales relativas a los importes máximos de seguro y a los intervalos de edad (Figura 1).

Para ciertos cánceres que tienen un pronóstico particularmente bueno y un riesgo bajo de recidiva, se aplican tiempos de corte especiales más breves. Además, a menudo se incluyen otras enfermedades crónicas que no pueden considerarse o que solo pueden calificarse con una prima adicional máxima fija. Estas son sobre todo la hepatitis C y el VIH. Estas afecciones distintas se definen en las denominadas «tablas de referencia», que difieren ligeramente de un país a otro y de una legislación a otra (Figura 2).

Portugal es un caso especial

Los demás países europeos que han implementado el derecho al olvido disponen de una tabla de referencia que muestra las afecciones especiales que entran dentro del ámbito de aplicación. Por un lado, estas incluyen cánceres menos graves que tienen un mejor pronóstico y, por lo tanto, pueden considerarse resueltos después de un período más corto tras el final del tratamiento. Por otro lado, también definen criterios y recargos máximos para otras afecciones crónicas, como la hepatitis C, el VIH o la leucemia.

Aunque la legislación portuguesa incluye específicamente las enfermedades crónicas (no es posible recopilar

información después de dos años ininterrumpidos de tratamiento eficaz en caso de agravamiento del riesgo para la salud o discapacidad atenuada), todavía no existe una tabla de referencia como guía para las aseguradoras a la hora de aplicar la ley.

La Asociación Portuguesa de Seguros (APS) ha elaborado una tabla sugerida para los cánceres más benignos y la hepatitis C viral siguiendo el ejemplo de Luxemburgo y Bélgica, pero sigue sin estar claro cómo tratar otras afecciones como la diabetes y el VIH, lo que confunde a los solicitantes y a las compañías de seguros.

Acontecimientos recientes

Si bien las primeras iniciativas de la ley han sido relativamente claras y limitadas, los avances recientes han sido de mayor alcance. Aunque no está claro cómo se aplicará la ley, la versión portuguesa incluye el derecho al olvido de las enfermedades crónicas tras un «tratamiento eficaz y continuo durante dos años».

Con efecto a partir del 1 de octubre de 2022, la legislación francesa no trata el VIH con una carga máxima limitada, sino que lo incluye entre las condiciones no imponibles que deberán olvidarse por completo si se cumplen los criterios necesarios.³⁰ A principios de este año, en Francia el período de olvido se ha reducido a un máximo de cinco años para todas las edades, y se ha suprimido totalmente la suscripción médica de un seguro crediticio con importes asegurados de hasta 200 000 euros.³¹

La asociación belga de seguros, Assuralia, ha obligado a sus afiliados a un código de conducta que aplica además el derecho al olvido al seguro de ingresos garantizados, un seguro de invalidez que se paga en caso de enfermedad o incapacidad prolongadas para compensar la diferencia entre el salario normal y el régimen público de seguridad social.³²

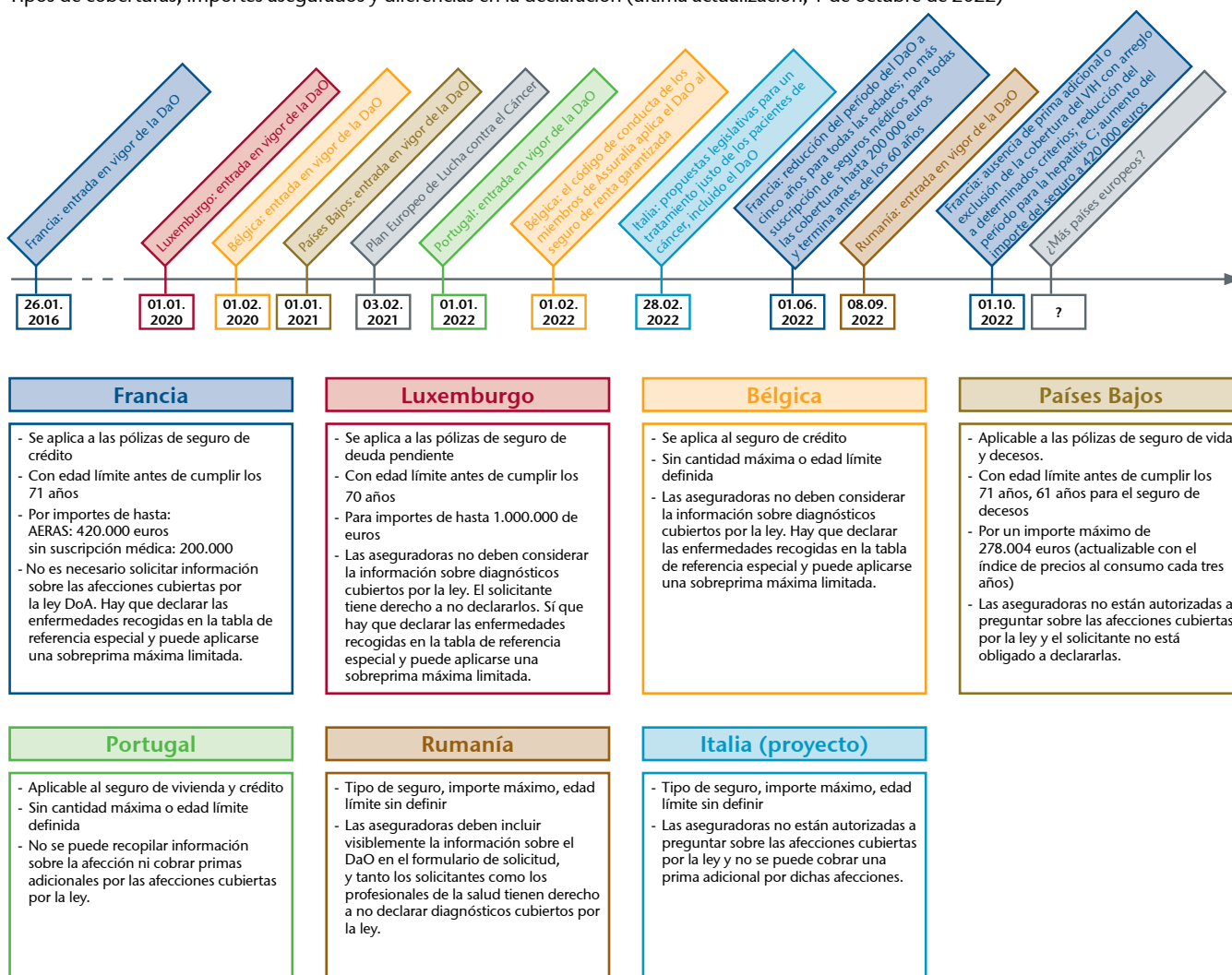
Con estos desarrollos y la previsible implementación de la ley en otros países, queremos comentar y debatir las implicaciones de la ley para el sector asegurador y crear una base para un diálogo conjunto entre representantes de la política, grupos de pacientes y aseguradoras que permita encontrar una regulación consensuada en los países que tienen previsto implementar el derecho al olvido o planean ampliar la legislación vigente.

Con el fin de estimar el riesgo al que estarán expuestas las aseguradoras con el derecho al olvido, a continuación se ofrece una visión general del riesgo de cáncer en general, con el foco en el riesgo de mortalidad a largo plazo y en cómo puede afectar el derecho al olvido a la cartera de una aseguradora.



Figura 1: El derecho al olvido en toda la UE

Tipos de coberturas, importes asegurados y diferencias en la declaración (última actualización, 1 de octubre de 2022)



Fuente: Gen Re con datos de Francia: *Gouvernement France (2022)*⁷, AERAS (n.d.)⁸; Luxemburgo: *Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2019)*^{9,10}; Bélgica: *Moniteur Belge (2019)*¹¹; Países Bajos: *Overheid.nl (n.d.)*¹², *Verbond van Verzekeraars (n.d.)*¹³; Portugal: *Assembleia da República (2021)*¹⁴; Rumanía: *Camera Deputatilor (2022)*¹⁵; Italia: *Senato della Repubblica (2022)*¹⁶

Segunda parte: Riesgo a largo plazo de cáncer

El número de supervivientes de cáncer está aumentando

El número de personas que viven después de un diagnóstico de cáncer (es decir, casos prevalentes) ha crecido durante los últimos 30 años hasta alcanzar alrededor del 5 % de la población total en varios países.³³ Esta tendencia se debe al aumento del número de nuevos diagnósticos de cáncer (principalmente debido al envejecimiento de la población) y a la mejora de las tasas de supervivencia asociadas a un mejor tratamiento y un diagnóstico precoz.

En 2020 había alrededor de 20 millones de supervivientes de cáncer en Europa, de los cuales alrededor de un tercio se encuentran en edad de trabajar y, por lo tanto, son posibles candidatos a la cobertura de seguro.³⁴ Este grupo creciente de personas incluye a los pacientes con cáncer que actualmente están en tratamiento, a los pacientes que están en remisión, es decir, que han quedado libres de cáncer pero que todavía tienen un riesgo excesivo de recurrencia o muerte, y a los pacientes que se consideran «curados» debido a que han alcanzado las mismas tasas de mortalidad que la población general.³⁵

Dentro del alcance del derecho al olvido, todos los tipos de cáncer se aceptarán a las tasas estándar cinco o diez años después de finalizar el tratamiento. ¿Cómo influirá el derecho al olvido en la cartera de la aseguradora cuando las medidas de ajuste del riesgo ya no sean posibles o solo estén permitidas para determinados tipos de cobertura? ¿Los supervivientes de cáncer tienen una mortalidad adicional significativa si han estado libres de cáncer durante diez años o más?

A continuación, trataremos de dar algunas respuestas a estas preguntas. En primer lugar, observemos los estudios médicos sobre la supervivencia del cáncer.

Figura 2: Comparación de la legislación del DaO en diferentes países de la UE

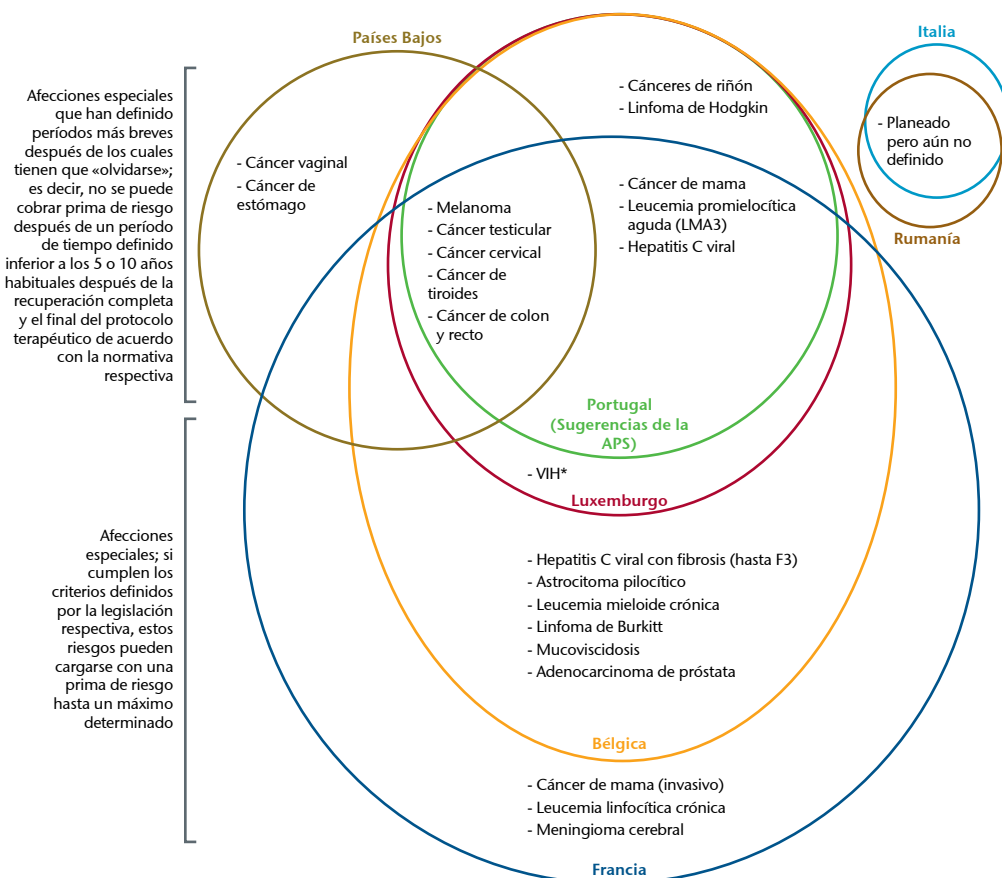
Periodos de aplicación del DaO y enfermedades con afecciones especiales (última actualización, 1 de octubre de 2022)

El derecho al olvido

La ley define que no se puede cobrar prima de riesgo por ningún diagnóstico de cáncer en caso de que el solicitante esté completamente recuperado y si el final del protocolo terapéutico sin recaída se ha producido:

- Francia**
 - Hace 5 años
- Luxemburgo**
 - Hace 10 años
 - 5 años si se diagnostica antes de los 18 años
- Belgica**
 - Hace 10 años
- Países Bajos**
 - Hace 10 años
 - 5 años si se diagnostica antes de los 21 años
- Portugal**
 - Hace 10 años
 - 5 años si se diagnostica antes de los 21 años
 - [2 años de protocolo de tratamiento continuado y eficaz, en casos de otro riesgo agravado para la salud o discapacidad atenuada (aún no definida)]
- Rumanía**
 - Hace 7 años
 - 5 años si se diagnostica antes de los 18 años
- Italia**
 - Hace 10 años
 - 5 años si se diagnostica antes de los 21 años

Se aplica en particular a estas afecciones definidas en tablas de referencia específicas para cada país:



* Con efecto a partir del 1 de octubre de 2022, en Francia no habrá más primas de riesgo o exclusión de cobertura para el VIH, siguiendo criterios de buen control

Fuente: Gen Re con datos de Francia: Gouvernement France (2022)¹⁷; AERAS (n.d.)¹⁸; Luxemburgo: Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2019, n.d.)^{19,20,21,22}; Bélgica: Moniteur Belge (2019)^{23,24}; Países Bajos: Overheid.nl (n.d.)²⁵; Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (n.d.)²⁶; Portugal: Assembleia da República (2021)²⁷; Rumanía: Camera Deputatilor (2022)²⁸; Italia: Senato della Repubblica (2022)²⁹

La supervivencia del cáncer depende de diferentes factores

La esperanza de vida y la supervivencia de una persona después de un diagnóstico de cáncer dependen de la edad en el momento del diagnóstico, el tipo de cáncer diagnosticado, la etapa en que se diagnosticó el cáncer y el tipo de tratamiento que recibió el paciente. En consecuencia, existe una gran variabilidad en la supervivencia del cáncer.

No solo la «fracción de curación», es decir, «la proporción de casos de cáncer que se espera que alcancen las mismas tasas de mortalidad de la población general» difiere entre los tipos

de cáncer, sino también el «tiempo de curación», definido como el «número de años después del diagnóstico del cáncer necesarios para eliminar o hacer insignificante el exceso de mortalidad por cáncer».³⁶

Cánceres con muy buen pronóstico y poco tiempo de curación

Hay varios tipos de cáncer que – cuando se diagnostican en una etapa temprana – tienen un pronóstico particularmente bueno y un tiempo de curación corto, por ejemplo, los cánceres testicular y tiroides con una fracción de curación del 94 % y el 98 %, respectivamente, y un tiempo de curación inferior a un año después del diagnóstico.³⁷

Los cánceres de este grupo se pueden considerar hoy como enfermedades crónicas y no como una sentencia de muerte, por lo que es legítimo «olvidarlos» en una etapa anterior, tal como se define en las cuadrículas médicas del derecho al olvido.

Cánceres con un riesgo a largo plazo insignificante

Se ha identificado otro grupo de cánceres para el cual el «exceso de mortalidad» relacionado con el cáncer se volvió insignificante en menos de diez años para pacientes menores de 45 años con linfoma de Hodgkin, melanoma cutáneo y cáncer cervical».³⁸ Además, se ha reportado un «exceso insignificante de riesgo de muerte dentro de los

diez años posteriores al diagnóstico» para pacientes con cáncer colorrectal y pacientes jóvenes con cáncer de estómago.³⁹

Estos cánceres no parecen tener un aumento significativo de la mortalidad después de diez años en comparación con la población general y, por lo tanto, debería ser legítimo «olvidarlos» diez años después de finalizar el tratamiento.

Cánceres que reaparecen muchos años después del diagnóstico

Hay cánceres que tienen un riesgo de recurrencia tardía o muerte incluso diez años después del diagnóstico, por ejemplo, el cáncer de pulmón con un tiempo de curación de más de diez años, el cáncer de mama con un tiempo de curación de diez a 17 años o el cáncer de vejiga con un tiempo de curación de 18 a 20 años.^{40,41}

Este grupo de cánceres es relevante para las aseguradoras en el ámbito del derecho al olvido, ya que la mortalidad relacionada con el cáncer sigue siendo elevada diez años después del diagnóstico.

Riesgos a largo plazo del tratamiento del cáncer

El tratamiento del cáncer es cada vez más preciso, lo que da lugar a mayores tasas de supervivencia y menos efectos graves a largo plazo para los que superan la enfermedad. A pesar de esta evolución favorable, el tratamiento del cáncer todavía puede ser perjudicial para el cuerpo y, según el tratamiento, los supervivientes del cáncer pueden ser más propensos a desarrollar cánceres secundarios y otras afecciones crónicas, como defectos de la glándula tiroides, diabetes, complicaciones neurológicas, insuficiencia hepática, enfermedad renal e insuficiencia cardíaca.⁴²

Mientras que en los adultos de edad más avanzada (diagnosticados entre los 60 y 70 años) los «efectos negativos a largo plazo del tratamiento del cáncer podrían eventualmente reducirse al mínimo»⁴³, los efectos a largo plazo del tratamiento del cáncer parecen relevantes para los

supervivientes de cáncer infantil. Un estudio reciente examinó los efectos tardíos en niños y adultos jóvenes diagnosticados con cáncer antes de los 25 años y seguidos durante 20 años. El estudio resume que «los supervivientes de cáncer son un grupo heterogéneo en el que el alcance de los efectos tardíos varía según los subtipos de cáncer, el estado de privación, las exposiciones al tratamiento y las clases de fármacos de quimioterapia. En comparación con los controles comunitarios, los supervivientes tenían un riesgo considerablemente mayor de morbilidad independientemente de su diagnóstico primario de cáncer y su estado de privación».⁴⁴

Esto es relevante para la población de derecho al olvido, ya que los diez años habrán pasado cuando este grupo de edad alcance la edad típica para solicitar un seguro de vida asociado a una hipoteca. Los efectos tardíos del tratamiento del cáncer todavía se pueden suscribir dentro del derecho al olvido, pero no ocurre así con el cáncer original. Se trata de un reto presente en el trabajo cotidiano de los suscriptores en los países donde el derecho al olvido ya está en vigor.

Mortalidad a largo plazo de todos los cánceres combinados

El derecho al olvido no distinguirá entre diferentes tipos de cáncer o estadios del cáncer después de un cierto período de tiempo tras el tratamiento. ¿Cuál es el riesgo real de mortalidad a largo plazo si consideramos todos los cánceres combinados?

a) Investigación bibliográfica

Hay algunos estudios recientes que evalúan la supervivencia o la mortalidad de «todos los cánceres». Los autores de un estudio italiano sobre pacientes con cáncer de edades comprendidas entre los 45 y los 80 años que fueron seguidos durante 28 años después de su diagnóstico concluyen que «la esperanza de vida de los pacientes con cáncer a largo plazo se aproxima a la de la población general, pero rara vez la alcanza».⁴⁵

Otro estudio en pacientes con cáncer suecos diagnosticados a los 60 años y seguidos durante 17 años después del diagnóstico mostró que los pacientes con cáncer habían aumentado las tasas de mortalidad en comparación con la población total en los años posteriores al diagnóstico. Esto convergió hacia el nivel de mortalidad de la población total entre cinco y diez años después del diagnóstico, pero aún no alcanzó el nivel de la población total 17 años después del diagnóstico.⁴⁶

La elevada mortalidad de los supervivientes de cáncer a largo plazo puede atribuirse a la recaída del cáncer, a los segundos cánceres y a los efectos tardíos del tratamiento del cáncer.^{47,48} Además, cuando persisten comportamientos vitales que pueden haber contribuido al desarrollo del cáncer (como fumar y una dieta poco saludable), estos pueden seguir disminuyendo la supervivencia del paciente a largo plazo.^{49,50}

Sin embargo, la mortalidad adicional relacionada con el cáncer no se cuantificó en las publicaciones y, para estimar el riesgo al que estarán expuestas las aseguradoras en el ámbito del derecho al olvido, se analizaron datos del Programa de Registros de Monitorización, Epidemiología y Resultados Finales de Cáncer de Estados Unidos (SEER) (2000-2018).⁵¹

b) Consideraciones actuariales: cálculo de la mortalidad relativa de pacientes con cáncer de 1 a 18 años después del diagnóstico

Para estimar el riesgo de mortalidad de todos los cánceres combinados, se extrajeron de la base de datos del SEER datos de mortalidad de pacientes con cáncer diagnosticados entre los años 2000 y 2018.⁵² La mortalidad relativa de los pacientes con cáncer se calculó como la relación entre la «mortalidad observada» de los pacientes con cáncer y la «mortalidad esperada» de la población general, lo que proporciona una medida del exceso de mortalidad experimentado por los pacientes con cáncer.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software «R» y un marco GLM con Tukey Test. Se aplicó una corrección de Bonferroni para pruebas múltiples a fin de determinar significancias. Se pueden solicitar más detalles sobre los métodos de extracción de datos y los análisis estadísticos.

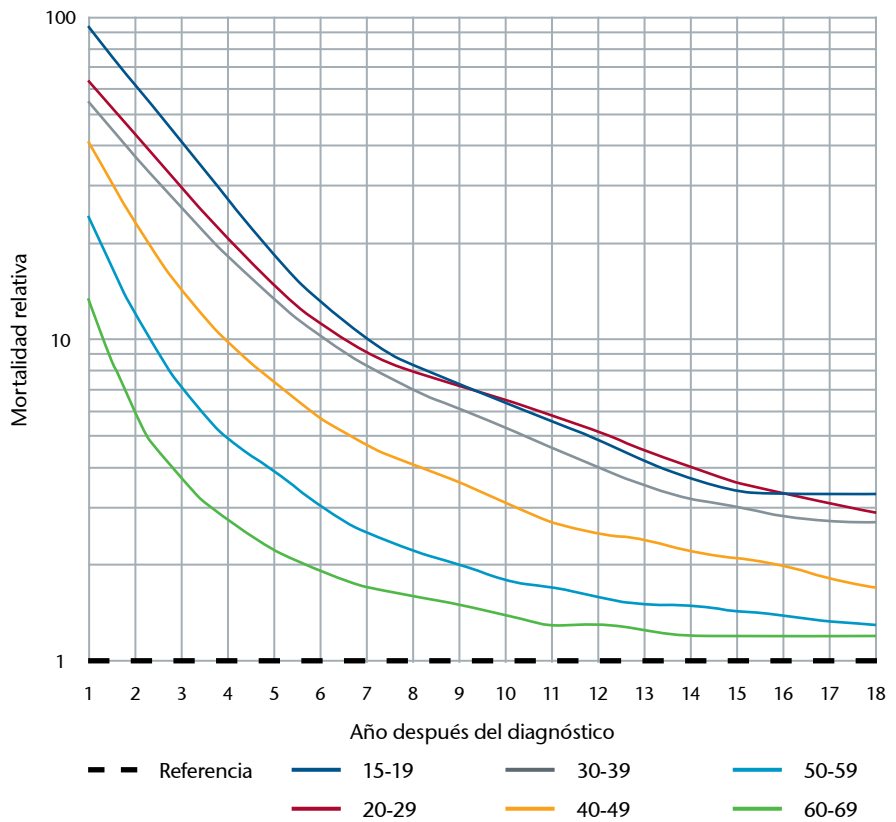
Las muertes relativas para diferentes grupos de edad se muestran en la Figura 3 según los años transcurridos desde el diagnóstico. Tenga en cuenta que el eje x muestra los años posteriores al diagnóstico y no los años posteriores al final del tratamiento (lo que se aplica al derecho al olvido). Si suponemos que el tratamiento del cáncer dura alrededor de dos años, tenemos que mirar los puntos de tiempo siete y doce años después del diagnóstico para indicar los puntos de tiempo cinco y diez años después del final del tratamiento, que son relevantes para la derecho al olvido.

La mortalidad relativa disminuye de uno a 18 años después del diagnóstico

Los datos del SEER de la Figura 3 muestran que la mortalidad relativa de los pacientes con cáncer es mayor en el primer año después del diagnóstico y cae bruscamente después, pero se mantiene por encima de la mortalidad de la población general.⁵⁵ La mayor disminución de la mortalidad relativa se observa de uno a cinco años después del diagnóstico, y hay una disminución continua de la mortalidad relativa entre cinco y 18 años después del diagnóstico.

Figura 3: Mortalidad relativa de todos los tipos de cáncer combinados*

Eje “y” logarítmico-normal; 1-18 años tras el diagnóstico para diferentes franjas de edad. La mortalidad relativa indica el exceso de mortalidad de los pacientes con cáncer en relación con la mortalidad de la población (línea discontinua).



* Excluyendo la leucemia y el linfoma (ya que suelen estar bajo tratamiento habitual y, por tanto, siempre se declaran)

Fuente: Gen Re según datos del SEER (2021)⁵⁵

Las edades más jóvenes tienen una mortalidad relativa mayor que las más avanzadas

La mortalidad relativa en los grupos de edad más jóvenes es significativamente mayor que en los grupos de edad más avanzada en el transcurso de los 18 años posteriores al diagnóstico. Los pacientes

de <30 años con cáncer reflejaron una mortalidad relativa significativamente mayor en comparación con los pacientes de edades entre 50 y 69 años, mientras que los pacientes con cáncer de entre 30 y 39 años tuvieron una mortalidad relativa significativamente mayor en comparación con los pacientes de entre 60 y 69 años.

Entre los diez y los 15 años siguientes al diagnóstico del cáncer, la diferencia de mortalidad relativa entre los diferentes grupos de edad se reduce mucho, a diferencia de lo que ocurre en los primeros años posteriores al diagnóstico, pero sigue siendo habiendo diferencias significativas entre todos los grupos de edad, excepto entre los grupos de edad de 50 a 59 años y de 60 a 69 años. El exceso de mortalidad observado en los grupos de edades de 15 a 20 años es particularmente relevante para el derecho al olvido, ya que para



Tabla 1: Mortalidad relativa de todos los tipos de cáncer combinados*

1-18 años después del diagnóstico para diferentes grupos de edad. La mortalidad relativa indica el exceso de mortalidad de los pacientes con cáncer en relación con la mortalidad de la población.

Rango de edad	Año después del diagnóstico																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
15–19	92.2	61.9	40.9	27.0	18.2	13.0	10.0	8.3	7.2	6.4	5.6	4.9	4.2	3.7	3.4	3.3	3.3	3.3
20–29	62.1	43.0	29.5	20.5	14.7	11.2	9.2	8.0	7.2	6.5	5.8	5.2	4.5	4.0	3.6	3.3	3.1	2.9
30–39	53.7	37.0	25.6	18.1	13.3	10.2	8.3	7.0	6.1	5.3	4.6	4.0	3.5	3.2	3.0	2.8	2.7	2.7
40–49	40.1	23.2	14.3	9.8	7.4	5.7	4.7	4.1	3.6	3.1	2.7	2.5	2.4	2.2	2.1	2.0	1.8	1.7
50–59	24.1	11.9	7.1	4.9	3.9	3.0	2.5	2.2	2.0	1.8	1.7	1.6	1.5	1.5	1.4	1.4	1.3	1.3
60–69	13.4	5.9	3.7	2.7	2.2	1.9	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2

*Excluyendo leucemia y linfoma

Fuente: Gen Re según datos del SEER⁵⁴

los supervivientes de cáncer infantil un diagnóstico previo de cáncer ya se «olvida» en los cinco años posteriores al tratamiento.

La mortalidad de los pacientes con cáncer es superior a la de la población general, incluso de diez a 18 años después del diagnóstico

Los datos del SEER muestran que la mortalidad en supervivientes de cáncer sigue siendo mayor en comparación con la población general entre diez y 18 años después del diagnóstico. Las cifras correspondientes de la Tabla 1 muestran el aumento de x veces en la mortalidad de la población por cáncer en comparación con la población general.⁵⁶

Por ejemplo, doce años después del diagnóstico, los pacientes de 30 a 39 años con cáncer presentan una mortalidad cuatro veces mayor que la de la población general, y un aumento de 2,7 veces sigue presente 18 años después del diagnóstico.

Los grupos de edad más avanzada (entre 50 y 70 años) se aproximan a la mortalidad de la población general más rápido que los grupos de edad más jóvenes: los pacientes de 60 a 69 años solo experimentan un aumento de 1,6 veces en la mortalidad ocho años después del diagnóstico, lo que desciende a un aumento de 1,2 veces 14 años después del diagnóstico y se

mantiene en ese nivel hasta 18 años después del diagnóstico.

Cabe señalar que el nivel general de mortalidad de la población incluye a las personas que murieron debido al cáncer, y el cáncer se encuentra entre las dos principales causas de muerte en los Estados Unidos tanto para hombres como para mujeres mayores de 45 años.

Conclusiones

- Aún existe un exceso de mortalidad en la población con cáncer entre diez y 18 años después del diagnóstico, cuando el derecho al olvido se aplica a los pacientes mayores de 25 años.
- Las edades comprendidas entre los 50 y los 70 años se aproximan a la mortalidad de la población total más rápidamente que las edades comprendidas entre los 15 y los 50 años, pero el nivel de mortalidad de la población total aún no se alcanza por completo 18 años después del diagnóstico para ninguno de los grupos de edad.
- El exceso de mortalidad es mayor en los pacientes de cáncer más jóvenes en comparación con los de más edad.

Para obtener una perspectiva europea, comparamos los datos del SEER de EE.UU. con los datos de mortalidad tomados del registro alemán de cáncer⁵⁷ y observamos un alto nivel de consenso (datos no mostrados, disponibles previa solicitud).

Tercera parte: Consideraciones sobre la población de derecho al olvido

En los países donde el derecho al olvido ya está en vigor, se limita a las coberturas hipotecarias y crediticias y, además, a menudo hay un límite de edad. En consecuencia, el grupo de personas que pueden beneficiarse del derecho al olvido en la fase actual es muy específico.

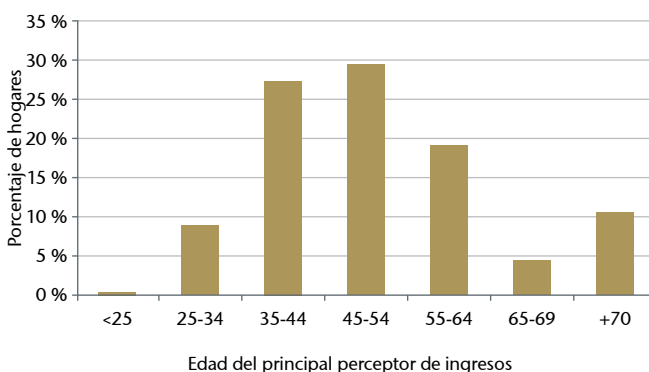
A continuación, describiremos la población del derecho al olvido partiendo del supuesto de que el derecho al olvido se limita a las coberturas hipotecarias y crediticias.

¿Qué grupos de edad son relevantes para la población derecho al olvido?

Para responder a esta pregunta, vale la pena investigar a qué edades toman préstamos hipotecarios las personas. La Figura 4 muestra la proporción de hogares particulares con una deuda hipotecaria residual por edad del principal beneficiario a partir de 2013.⁵⁸ Obsérvese que los datos indican la deuda hipotecaria residual, por lo que la solicitud para el préstamo hipotecario se produjo algunos o muchos años antes.

Suponiendo un comportamiento similar de los consumidores de coberturas hipotecarias, el grupo de edad dominante para el derecho al olvido estaría aproximadamente entre 25 y 65 años, con un pico entre 35 y 50 años.

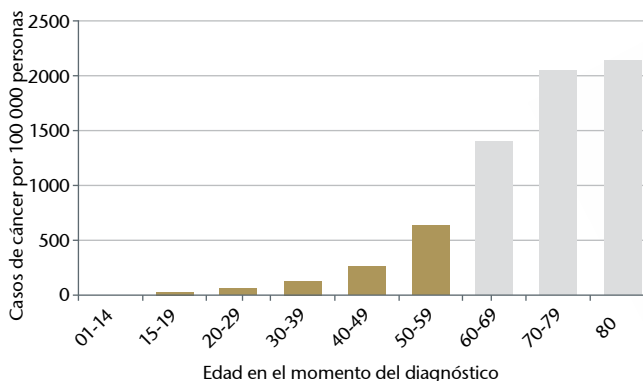
Figura 4: Porcentaje de hogares familiares con una deuda hipotecaria residual por edad del principal perceptor de ingresos en 2013



Fuente: Gen Re según los datos del Robert Koch-Institut (2021)⁵⁹

Figura 5: Tasa de incidencia de todos los tipos de cáncer combinados*

El grupo de edad pertinente para el DaO destacado en marrón. Por edad en el momento del diagnóstico, diagnosticados en 2000-2018



*Excluyendo leucemia y linfoma

Fuente: Gen Re según datos del SEER (2021)⁶¹

El derecho al olvido no se aplica a partir de los 70 años en muchos países, por lo que las edades comprendidas entre los 60 y los 70 años se incluirán en el derecho al olvido.

En conclusión, suponemos que el grupo de edad de interés para los solicitantes de derecho al olvido oscila entre los 25 y los 60 años.

Entonces, la siguiente pregunta es:

¿Cuántas personas dentro del grupo de edad relevante pueden haber tenido un diagnóstico de cáncer?

Para responder a esta pregunta, necesitamos observar la «tasa de incidencia», que representa el número de personas a las que se diagnostica cáncer a una edad determinada. En la Figura 5 podemos ver la tasa de incidencia de «todos los cánceres» de los datos del SEER60 con el grupo de edad relevante para el derecho al olvido resaltado en gris.

Las tasas de incidencia de cáncer aumentan con la edad, de forma especialmente pronunciada en personas mayores de 60 años. En los grupos de edad de interés para el derecho al olvido (personas <60 años), los diagnósticos de cáncer representan solo el 16 % del total de casos de cáncer.

En conclusión, el derecho al olvido afectará solo a una pequeña proporción del total de casos de cáncer.

Conclusión sobre mortalidad por cáncer, incidencia de cáncer y población de derecho al olvido

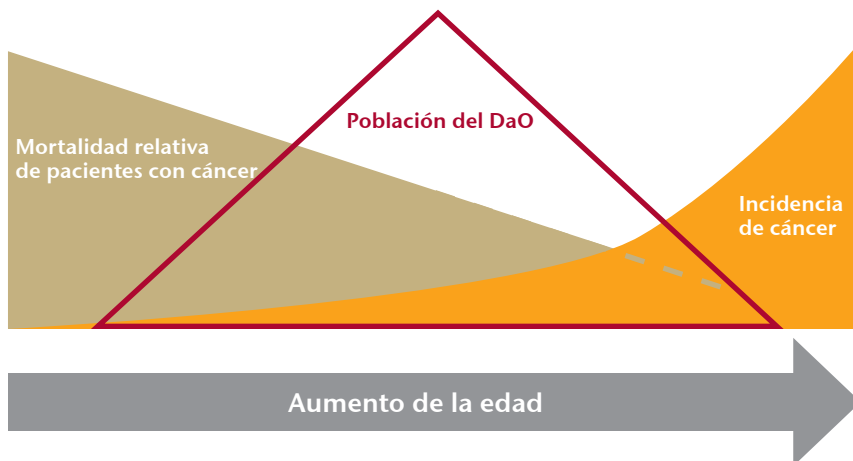
Las conclusiones anteriores se pueden visualizar en la Figura 6, un modelo que combina los tres aspectos: mortalidad relativa, incidencia de cáncer y población de derecho al olvido identificada en relación con el aumento de la edad.

Los individuos más jóvenes (de <25 años) tienen una mortalidad relativa más elevada después de un diagnóstico de cáncer, pero serán aceptados a las tasas normales ya cinco años después del final del tratamiento. Al mismo tiempo, se diagnostican muy pocos cánceres a

estas edades muy tempranas, por lo que la población con este alto riesgo que es probable que solicite la cobertura del seguro es bastante pequeña.

En edades más avanzadas (>50 años), la mortalidad relativa tras un diagnóstico de cáncer es menor que en edades más jóvenes, pero en este grupo la incidencia del cáncer ya está aumentando. Por lo tanto, la mortalidad relativamente baja será relevante para las carteras de las aseguradoras debido al mayor número de casos de cáncer. Lo que mitiga este riesgo es que la población de derecho al olvido identificada anteriormente se encuentra en el grupo de edad inferior a 60 años y, por lo tanto, el efecto del

Figura 6: Efecto del aumento de la edad sobre la mortalidad relativa de los pacientes con cáncer (beige), las tasas de incidencia del cáncer (naranja) y la población del DaO identificada (rojo)



Fuente: Gen Re

aumento de la incidencia del cáncer y el riesgo asociado para las aseguradoras será limitado.

Cuarta parte: Suscripción de cáncer hoy

La práctica actual de suscripción para el cáncer no difiere metodológicamente de la evaluación de otras enfermedades. Las diferencias de tratamiento entre pacientes de cáncer y solicitantes sin antecedentes de cáncer solo se aplicarán cuando estas diferencias puedan justificarse tal como exige la legislación antidiscriminatoria en todo el mundo. Esto significa que debe haber pruebas médicas de una mortalidad o morbilidad adicionales asociadas a la afección y deben haberse aplicado principios reconocidos de cálculo actuarial para generar una decisión de suscripción proporcional al nivel de riesgo.

Por lo tanto, para las suscripciones en casos de cáncer se tienen en cuenta parámetros clínicos bien establecidos. Las decisiones no difieren exclusivamente según el tipo de cáncer. Además de la localización y el pronóstico del cáncer, también se consideran otros parámetros para una diferenciación más precisa. Este es el caso si hay pruebas suficientes de la pertinencia de tales parámetros, por ejemplo:

- Edad del paciente en el momento del diagnóstico.
- Tipo de tratamiento realizado, por ejemplo, quirúrgico, quimioterapéutico o medicinal.
- Otros parámetros clínicos específicos de ciertos tipos de cáncer, por ejemplo, el estado del receptor hormonal en el cáncer de mama o el valor de PSA en el cáncer de próstata.
- Estado actual del tratamiento.
- Presencia de enfermedades concomitantes.
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico/final del tratamiento.
- La decisión de suscripción reflejará el riesgo identificado con la mayor precisión posible, es decir:

- La prima suplementaria será tan elevada como el exceso de mortalidad determinado.
- La carga se aplica solo durante el tiempo que se espera un exceso significativo de mortalidad.
- Esto significa que algunas cargas de riesgo solo se aplican temporalmente o, si la solicitud se hace en un momento en que ya no se observa un aumento de la mortalidad, no se aplicará ninguna carga de riesgo en absoluto.
- Si un cáncer no tiene un exceso de mortalidad (significativo), se aplicarán las tasas estándar.

Esto significa que hoy en día un historial médico de cáncer —aunque no se ignore por completo— no tendrá inevitablemente ningún impacto desfavorable en la decisión de suscribir. Si no persiste una mortalidad adicional, un solicitante con antecedentes de cáncer será aceptado a las tasas estándar incluso antes de que hayan transcurrido diez años desde el final del tratamiento.

Consideraciones sobre mortalidad de la población asegurada frente a mortalidad general de la población

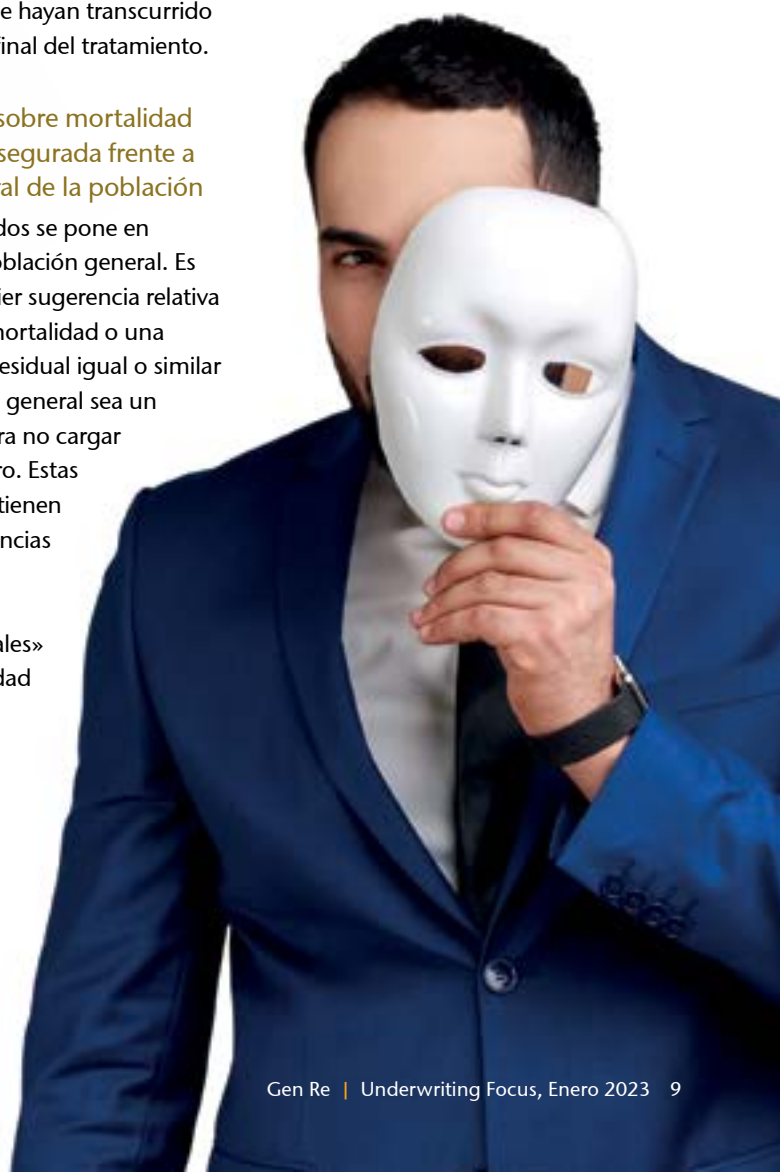
La fracción de curados se pone en referencia con la población general. Es inadecuada cualquier sugerencia relativa a que un nivel de mortalidad o una esperanza de vida residual igual o similar a la de la población general sea un factor indicativo para no cargar una prima de seguro. Estas comparaciones no tienen en cuenta las diferencias de edad e ignoran el hecho de que los asegurados «normales» tienen una mortalidad significativamente menor que la de la población general debido a las diferencias socioeconómicas, pero también porque la población general

incluye tanto riesgos estándar como por debajo del estándar.

Quinta parte: Otras consideraciones

La aceptación de riesgos por debajo del estándar sin una prima adicional proporcional conduce, en el mejor de los casos, a primas más elevadas para todos y, en el peor de los casos, reduce la capacidad de ofrecer seguros voluntarios. Para mantener un sistema de seguro voluntario eficaz y asequible, la discriminación positiva de algunos riesgos por debajo del estándar debe ofrecerse en muy pocas circunstancias de interés general para la sociedad, es decir, solo para coberturas esenciales y cuantías aseguradas inferiores a la media. Por esta razón:

- El sector de los seguros solo podría apoyar el derecho al olvido para cubrir las necesidades esenciales del seguro de vida (solo cobertura



de mortalidad), como la protección hipotecaria por ejemplo para la residencia habitual o la empresa propia con el fin de obtener ingresos vitales.

- La suma máxima asegurada no debe exceder el nivel medio de la hipoteca en el país respectivo.

Esto limitará la no selección y garantizará el acceso a los servicios financieros básicos más importantes, con lo que se hace frente a la cuestión de la discriminación económica de los supervivientes de cáncer. La experiencia atesorada de este modo puede aplicarse a cualquier ampliación futura del derecho.

¿Cuántos años después del diagnóstico se debe aplicar el derecho al olvido?

Consideramos razonable un período ininterrumpido de diez años, que ya se aplica en algunos países de la UE, ya que después de diez años de remisión completa el riesgo de recurrencia de muchos cánceres disminuye bruscamente o se mantiene prácticamente constante a partir de ese momento.

Los períodos de tiempo más cortos para los cánceres con un pronóstico particularmente bueno son razonables, ya que el pronóstico del cáncer progresa y cada vez hay más cánceres que pueden considerarse «curados» incluso poco después del diagnóstico, lo que significa que la mortalidad adicional de los supervivientes del cáncer se vuelve insignificante. Los cánceres con un pronóstico particularmente bueno deben definirse en una cuadrícula de referencia médica y actualizarse al menos cada dos años.

El inicio del derecho al olvido debe ser el momento en que el médico responsable del tratamiento certifica la «remisión completa», es decir, en cuanto ya no haya signos de cáncer activo. Esto puede ser, por ejemplo, la confirmación mediante un procedimiento de imagen de que el cáncer se ha curado después de finalizar una quimioterapia,

radioterapia o inmunoterapia adecuada. Los exámenes de control posteriores para confirmar la remisión continuada en los años siguientes ya no están incluidos en el protocolo de tratamiento, es decir, que no interrumpen el período de derecho al olvido.

Revelación

¿Cómo funciona la declaración dentro del derecho al olvido? ¿Quién debe supuestamente «olvidar» un diagnóstico previo de cáncer, el solicitante o la aseguradora? Examinemos ahora la situación en los distintos países en los que ya está en vigor el derecho al olvido.

Francia, Países Bajos, Luxemburgo y Portugal

En estos mercados, le corresponde al solicitante del seguro determinar si se le debe notificar a la aseguradora un diagnóstico previo de cáncer. Por lo tanto, la compañía de seguros no obtiene ninguna información sobre un diagnóstico previo de cáncer para el cual esté vigente el derecho al olvido.

Este enfoque favorece el fomento de un trato igualitario para los solicitantes con y sin diagnóstico previo de cáncer. Sin embargo, los efectos a largo plazo del tratamiento del cáncer aún deben declararse, y el suscriptor del seguro puede tener dificultades para interpretar los efectos a largo plazo si no se conoce un diagnóstico previo de cáncer (y su tratamiento).

Para los solicitantes de seguros que carecen de antecedentes médicos puede resultar complicado comprender los requisitos del derecho al olvido. El solicitante debe poder definir correctamente la fecha en que el cáncer fue tratado con éxito y el tiempo que debe haber transcurrido desde entonces, teniendo en cuenta que algunos cánceres pueden olvidarse después de un período de tiempo más corto.

- La atribución de la responsabilidad al solicitante puede entrañar un riesgo de no declaración accidental si el solicitante interpreta el derecho al olvido a su favor en los casos en

que debería haberse declarado el diagnóstico de cáncer, con el eventual riesgo de que se anule la cobertura.

Bélgica

En Bélgica la declaración funciona de manera diferente: el solicitante hace la divulgación completa, y le corresponde a la aseguradora determinar si esta información debe o no «olvidarse».

- La atribución de la responsabilidad a la aseguradora puede ser el enfoque preferido, ya que evita el riesgo de no declaración accidental; el solicitante tiene la certeza de que su cáncer está legítimamente «olvidado» en caso de reclamación.

Habida cuenta de lo anterior, parece preferible tanto desde el punto de vista del cliente como del asegurador que las preguntas sobre el cáncer sigan estando permitidas en general. Las aseguradoras están en las mejores condiciones para valorar si la información médica es pertinente y si la información declarada corresponde al derecho al olvido y por tanto debe ignorarse al determinar el nivel de riesgo de la persona. Esto garantiza la seguridad jurídica, ya que:

1. Los períodos del derecho al olvido difieren para adolescentes y adultos, pero los cuestionarios generalmente no hacen esa distinción.
2. Para algunos cánceres, se aplican períodos de tiempo más cortos.
3. Por otra parte, las preguntas son complicadas a la hora de explicar las condiciones, incluido el tiempo en remisión, lo que puede dificultar la comprensión.
4. Las preguntas relativas a los síntomas actuales y las secuelas existentes deben ser admisibles, ya que se refieren al estado de salud individual y actual del solicitante, y no a una calificación general del cáncer.

Si el solicitante tiene derecho a no declarar sus cánceres que cumplan las condiciones del derecho al olvido, deberá adjuntarse a la solicitud una ficha explicativa que indique claramente

las condiciones marco, con el fin de proteger al tomador del seguro y a la aseguradora frente al incumplimiento de la obligación precontractual de declarar información.

Otras enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas no encajan bien en el concepto de derecho al olvido, ya que no pueden «olvidarse». Por lo tanto, parece preferible no aplicarles los mismos principios. Sin embargo, las valoraciones de enfermedades como el cáncer, curables pero asociadas a un aumento del riesgo a largo plazo, también deberían ponerse a prueba a largo plazo por razones de igualdad de trato. Dado que la práctica de valoración no difiere, de lo contrario los pacientes con cáncer estarían explícitamente en una posición mejor que las personas con otras enfermedades.

Código de conducta del derecho al olvido

La industria ha demostrado que los manuales de suscripción evolucionan con el tiempo y están en consonancia con los avances médicos y la disponibilidad de pruebas estadísticas. Redunda en interés del sector asegurar el mayor número posible de vidas con primas justas acordes con el nivel de riesgo en cada caso concreto. La legislación ya existente contiene suficientes reglamentaciones.

Se aconseja al sector que comparta más información sobre cómo se lleva a cabo la suscripción y sobre el hecho de que las aseguradoras tienen diferentes apetitos de riesgo y que el uso de diferentes canales de distribución permite diferentes niveles de sofisticación o profundidad de suscripción y, por lo

tanto, diferentes resultados. En lugar de recurrir a la legislación, un código de conducta del sector puede proporcionar suficiente información a los clientes y no una legislación que entraña riesgos tanto para los solicitantes como para las aseguradoras.

Acerca de los autores

Dr. Åsa Weber trabaja como especialista sénior en investigación sobre suscripción en Suscripción Global e I+D, Colonia. Como bióloga, contribuye a desarrollar los manuales de suscripción de Gen Re sobre riesgos médicos y no médicos. Además, se centra en el futuro de la suscripción y ofrece investigación, consultoría y apoyo a clientes internacionales.

asa.weber@genre.com
Tel. +49 221 9738 909



Natascha Schmidt es suscriptora global sénior en Suscripción Global e I+D, Colonia. Como bioquímica con experiencia en investigación biomédica, combina el aprecio por la investigación con la agudeza necesaria para valorar riesgos complejos y llevar a cabo el control y la garantía de calidad a nivel global. También actúa como mediadora para el intercambio de experiencias a nivel mundial y apoya a la comunidad de suscriptores compartiendo conocimientos, estadísticas y directrices de buenas prácticas.

natascha.schmidt@genre.com
Tel. +49 221 9738 715



Hendrik Wunsch trabaja como asociado actuarial dentro del equipo de investigación sobre suscripción en Suscripción Global e I+D en Colonia. Con su experiencia actuarial, contribuye al desarrollo de los manuales de suscripción de Gen Re.

hendrik.wuensch@genre.com
Tel. +49 221 9738 159



Annika Schilling es directora de investigación sobre suscripción en Suscripción Global e I+D, con sede en la oficina del Gen Re en Colonia. Como tal, sus tareas incluyen los manuales de suscripción de Gen Re, así como proporcionar apoyo a clientes internacionales en cuestiones relacionadas con la suscripción.

annika.schilling@genre.com
Tel. +49 221 9738 345



Notas finales

Todos los sitios web se visitaron por última vez el 31 agosto de 2022

- 1 European Commission (2021, February 3). Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: Europe's Beating Cancer Plan. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf.
- 2 European Cancer Patient Coalition (n.d.). Right to Be Forgotten for Cancer Survivors. <https://ecpc.org/policy/the-right-to-be-forgotten>.
- 3 Legal and Administrative Information Directorate (Prime Minister) (2022, September 7). How do I get a mortgage loan insurance contract? Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1671?lang=en>.
- 4 MID FINANCE (n.d.). Les assurances obligatoires avec un prêt hypothécaire. <https://www.midfinance.be/prest-hypothecaire/je-m-informe/les-assurances-obligatoires-375.html>.
- 5 UCI União de Créditos Imobiliários (n.d.). Quais são os seguros obrigatórios do crédito habitação? <https://uci.pt/credito-habitacao/temas/quais-os-seguros-obrigatorios-do-credito-habitacao-702-726>.
- 6 Teixeira, O (2021, November 23). O seguro de vida para o crédito habitação é obrigatório? *Economista* – Conteúdo que descomplica. <https://www.e-konomista.pt/seguro-de-vida-para-o-credito-habitacao-e-obrigatorio>.
- 7 Gouvernement (2022, February 21). Droit à l'oubli étendu pour les anciens malades de cancer. <https://www.gouvernement.fr/actualite/droit-a-loubli-etendu-pour-les-anciens-malades-de-cancer>. Update: <https://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>.
- 8 S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé (n.d.). Le "droit à l'oubli" et la grille de référence AERAS. <https://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/le-droit-a-loubli-et-la-grille-d.html>.
- 9 Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de la Santé (2019, October 10). Convention «Droit à l'oubli» – S'assurer et emprunter avec un risque de sante aggrave en raison d'une pathologie cancéreuse ou d'une infection virale à l'hépatite C ou d'une infection par le VIH. <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2019/10-octobre/29-schneider-convention/Convention.pdf>.
- 10 Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2019, October 10). Introduction au Luxembourg d'un droit à l'oubli pour personnes guéries d'un cancer. https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiqués/2019/10-octobre/29-schneider-droit-oubli.html.
- 11 Moniteur belge (2019, April 4). Loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et instaurant un droit à l'oubli pour certaines assurances de personnes. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2019040426.
- 12 Overheid.nl (n.d.). Wet op de medische keuringen. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008819/2020-01-01>.
- 13 Verbond van Verzekeraars (n.d.). Checklist Verzekeren na kanker. <https://www.verzekeraars.nl/verzekeren-na-kanker/checklist-verzekeren-na-kanker>.
- 14 Assembleia da República (2021). Projeto de Lei 691/XIV/2. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=110342>.
- 15 Camera Deputatilor (2022). PL-x nr. 282/2022 – Proiect de Lege pentru completarea Legii drepturilor pacientului nr.46/2003. http://www.cdep.ro/pls/proiecte/upl_pck2015.proiect?idp=20059.
- 16 Senato della Repubblica – N. 2548 (2022, February 28). Disegno di legge. <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/368376.pdf>.
- 17 Ibid at Note 7.
- 18 Ibid at Note 8.
- 19 Ibid at Note 9.
- 20 Ibid at Note 10.
- 21 Ibid at Note 7.
- 22 Ibid at Note 8.
- 23 Ibid at Note 11.
- 24 Moniteur belge (2019, May 26). Arrêté royal déterminant une grille de référence relative au droit à l'oubli en certaines assurances de personnes visées à l'article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/ARKB%2026.05.2019_0.pdf.
- 25 Ibid at Note 12.
- 26 Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (n.d.) Schone lei-regeling voor ex-kankerpatiënten. <https://nfk.nl/themas/kanker-en-verzekeren/schone-lei-regeling-voor-ex-kankerpatiënten>.
- 27 Assembleia da República (2021). Projeto de Lei 691/XIV/2. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=110342>.
- 28 Camera Deputatilor (2022). PL-x nr. 282/2022 – Proiect de Lege pentru completarea Legii drepturilor pacientului nr.46/2003. http://www.cdep.ro/pls/proiecte/upl_pck2015.proiect?idp=20059.
- 29 Ibid at Note 16.
- 30 Ibid at Note 7.
- 31 Ibid at Note 7.
- 32 Assuralia (n.d.). Entrée en vigueur le 1er février du droit à l'oubli pour toute nouvelle assurance revenu garanti. <https://press.assuralia.be/entree-en-vigueur-le-1er-fevrier-du-droit-a-loubli-pour-toute-nouvelle-assurance-revenu-garanti>.
- 33 Dal Maso, L., Panato, C., Tavilla, A. et al. – EUROCARE-5 Working Group (2020). Cancer cure for 32 cancer types: results from the EUROCARE-5 study. *International Journal of Epidemiology*, 49(5), 1517–1525.
- 34 De Angelis (2020). Cancer Prevalence in Europe 2020: results from the EUROCARE-6 study. iPAAC Joint Action, Work Package 7 (Cancer Information and Registries).
- 35 Dal Maso, L., Panato, C., Guzzinati, S. et al. – AIRTUM Working group (2019). Prognosis and cure of long-term cancer survivors: A population-based estimation. *Cancer Medicine*, 8(9), 4497–4507.
- 36 Tralongo, P., Surbone, A., Serraino, D. & Dal Maso, L. (2019). Major patterns of cancer cure: Clinical implications. *European Journal of Cancer Care*, 28(6), e13139.
- 37 Ibid at Note 36.
- 38 Ibid at Note 35.
- 39 Ibid at Note 35.
- 40 Ibid at Note 35.
- 41 Ibid at Note 36.
- 42 Chang, W. H., Katsoulis, M., Tan, Y. Y., Mueller, S. H., Green, K. & Lai, A. G. (2022). Late effects of cancer in children, teenagers and young adults: Population-based study on the burden of 183 conditions, in-patient and critical care admissions and years of life lost. *The Lancet Regional Health – Europe*, 12, 100248.
- 43 Ebeling, M., Rau, R., Malmström, H., Ahlbom, A. & Modig, K. (2021). The rate by which mortality increase with age is the same for those who experienced chronic disease as for the general population. *Age and Ageing*, 50(5), 1633–1640.
- 44 Ibid at Note 42.
- 45 Botta, L., Dal Maso, L., Guzzinati, S. et al. – AIRTUM Working Group (2019). Changes in life expectancy for cancer patients over time since diagnosis. *Journal of Advanced Research*, 20, 153–159.
- 46 Ibid at Note 43.
- 47 Ibid at Note 43.
- 48 Ibid at Note 45.
- 49 Ibid at Note 43.
- 50 Ibid at Note 45.
- 51 SEER: Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov) SEER*Stat Database (2021). Incidence – SEER research data, 18 registries, Nov 2020 sub (1992–2018) linked to county attributes – Time dependent (1990–2018) income/rurality, 1969–2019 Counties, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, released April 2021, based on the November 2020 submission.
- 52 Ibid at Note 51.
- 53 Ibid at Note 51.
- 54 Ibid at Note 51.
- 55 Ibid at Note 51.
- 56 Ibid at Note 51.
- 57 Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (2021): Datensatz des ZfKD auf Basis der epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten, verfügbare Diagnosejahre bis 2018. Version: Epi2020_1.
- 58 Statistisches Bundesamt (2013). Einkommens- und Verbrauchsstichprobe – Geld- und Immobilienvermögen sowie Schulden privater Haushalte 2013.
- 59 Ibid at Note 57.
- 60 Ibid at Note 51.
- 61 Ibid at Note 51.

The people behind the promise®



genre.com | genre.com/perspective | Twitter: @Gen_Re

Publisher

General Reinsurance AG

Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Cologne
Germany
Tel. +49 221 9738 0
Fax +49 221 9738 494

Edited by

Mirko von Haxthausen (Managing Editor),
Andres Webersinke, Anke Siebers, Annika Schilling,
Carina Betz, Dave Nicholas, Donna Michele,
Holger Schmarowski, Irene Ng,
Tel. +49 221 9738 156
Fax +49 221 9738 824
mirko.vonhaxthausen@genre.com
www.genre.com/business-school

Photos

Cover left: © alex-mit - gettyimages.com
© Elen11 - gettyimages.com
Page 2: © Khosrork - gettyimages.com
Page 5: © Elen11 - gettyimages.com
Page 6: © alex-mit - gettyimages.com
Page 9: © Khosrork - gettyimages.com

The published articles are copyrighted. Those which are written by specified authors do not necessarily constitute the opinion of the publisher or the editorial staff. All the information which is contained here has been very carefully researched and compiled to the best of our knowledge. Nevertheless, no responsibility is accepted for accuracy, completeness or up-to-dateness. In particular, this information does not constitute legal advice and cannot serve as a substitute for such advice.

© General Reinsurance AG 2023