

Commissie voor Verzekeringen**Brussel 29 november 2018****DOC/C2018/11****Advies over de ontwerpboeken IV, V, VI en VII en gerelateerde bepalingen in ontwerpboek I van het Wetboek Verzekeringen****INLEIDING**

De Vice-Eerste Minister en Minister van werk, economie en consumenten belast met buitenlandse handel, Kris Peeters, heeft op 28 maart 2018 de Commissie voor Verzekeringen gevraagd advies te verlenen over het ontwerp van codificatie verzekeringen.

De voorlegde teksten zijn:

- een Wetboek Verzekeringen bestaande uit 7 ontwerpboeken, een memorie van toelichting (algemeen inleiding en per ontwerpboek);
- een concordantietabel;
- een ontwerp van wet houdende invoering van het Wetboek Verzekeringen;
- een ontwerp uitvoeringskoninklijk besluit.

Het Wetboek Verzekeringen bestaat uit de volgende 7 ontwerpboeken:

- Ontwerpboek I: Toepassingsgebied en definities
- Ontwerpboek II: De verzekeringsovereenkomst
- Ontwerpboek III: Bepaalde bijzondere verzekeringsovereenkomsten
- Ontwerpboek IV: Gedragsregels
- Ontwerpboek V: Toezicht op de gedragsregels en de uitoefeningsvoorwaarden van verzekeringsactiviteiten en distributie van verzekeringen (FSMA)
- Ontwerpboek VI: Statuut van en toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen (NBB)
- Ontwerpboek VII: Voorwaarden voor de toegang en de uitoefening van activiteiten van verzekeringsbemiddeling en distributie van verzekeringen

De Commissie voor Verzekeringen heeft 27 november 2018 een advies verstrekt over de ontwerpboeken II en III, en op de bepalingen in ontwerpboek I die hierop betrekking hebben (C/2018/10).

Met betrekking tot ontwerpboek VII, verwijst de Commissie naar het wetsontwerp tot omzetting van de Europese Richtlijn distributie van verzekeringen (IDD), dat zal opgenomen worden in ontwerpboek VII en naar haar advies C/2017/7 van 14 december 2017. Zij wijst er tevens op dat de huidige artikelen 257, 9° en 275, §§1 en 2 Deel 6 W.Verz. werden gewijzigd bij artikel 30 van de wet van 20 september 2018 tot harmonisatie van de begrippen elektronische handtekening en duurzame gegevensdrager en tot opheffing van de belemmeringen voor het sluiten van overeenkomsten langs elektronische weg.

De Commissie voor verzekeringen kan op dit ogenblik geen advies verlenen over de ontwerpwet tot invoering van de verschillende ontwerpboeken, in het bijzonder de opheffings-, overgangs- en inwerkingtredingsbepalingen, aangezien er geen duidelijkheid is over de finale teksten en de inhoudelijke beleidsopties en keuzes. Voor elke wijziging ten opzichte van de huidige regelgeving zal moeten worden nagegaan of, en zo ja, welke overgangsbepaling moet worden voorzien, met het oog op rechtszekerheid en om de verzekeringssector toe te laten deze wetswijzigingen correct te kunnen implementeren.

Dit advies heeft betrekking op de ontwerpboeken IV, V en VI, en op de bepalingen in ontwerpboek I die hierop betrekking hebben.

I. WERKZAAMHEDEN EN STRUCTUUR VAN HET ADVIES

De Commissie heeft de ontwerpboeken IV tot en met VI en de daarmee samenhangende bepalingen in ontwerpboek I besproken tijdens haar vergaderingen van 27 september en 18 oktober 2018.

De bij wet toegelaten waarnemers FSMA, Controledienst van de ziekenfondsen (CDZ), FOD Economie en het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris), alsook de Nationale Bank van België (NBB) en de Ombudsman voor de verzekeringen hebben hun bemerkingen kunnen meedelen en hebben deelgenomen aan (delen van) de besprekingen. Het advies van de NBB "Projet de Code des assurances" werd overgemaakt aan de leden van de Commissie.

Met het oog op de leesbaarheid van het advies, zijn de bemerkingen hierna onderverdeeld in vier grote onderdelen:

- II. Algemene bemerkingen
- III. Bemerkingen op Boek IV en gerelateerde bepalingen in Boek I
 - A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek IV/Boek I
 - B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek IV/Boek I
 - C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek IV/Boek I
- IV. Bemerkingen op Boek V en gerelateerde bepalingen in Boek I
 - A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek V/Boek I
 - B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek V/Boek I
 - C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek V/Boek I
- V. Bemerkingen op Boek VI en gerelateerde bepalingen in Boek I
 - A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek VI/Boek I
 - B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek VI/Boek I
 - C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek VI/Boek I

II. ALGEMENE BEMERKINGEN BETREFFENDE DE BOEKEN IV, V EN VI

1. De Commissie vraagt om in het Wetboek Verzekeringen alle verwijzingen naar de maatschappijen als bedoeld in artikel 70, §8 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (les sociétés visées à l'article 70, §8 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités) te schrappen (onder meer in V.1, §2). Ces sociétés mutualistes ont dû cesser leurs activités en cette qualité fin 2014. (Zie tevens advies Commissie C/2018/10).

2. De Commissie vraagt om nauwkeurig na te gaan of het toepassingsgebied ratione personae, zijnde op verzekeringsondernemingen, herverzekeringsondernemingen, verzekeringstussenpersonen en herverzekeringsstussenpersonen, correct en coherent is.

Zo onder meer:

- artikel V.16 bepaalt dat de krachtens de artikelen V.10 tot en met V.14 bedoelde beslissingen uitwerking hebben vanaf de kennisgeving, ook voor herverzekeringsondernemingen. Echter, deze artikelen lijken geen bepaling te vermelden met betrekking tot herverzekeringsondernemingen.

- artikel V.16, §3: dient er een regeling te worden opgenomen met betrekking tot de kosten van publicatie van genomen maatregelen betreffende herverzekeringsondernemingen?

- de sanctie in geval van het afsluiten van herverzekeringsovereenkomsten door een niet in België toegelaten herverzekeraar is thans geregeld in de artikelen VI.186, VI.623 en IV.624 (artikelen 198, 600-601 wet van 13 maart 2016). Deze bepalingen zijn thans voorwerp van een voorstel tot wetswijziging dat is overgemaakt aan het Kabinet van de Minister van Economische zaken.

- de strafbepalingen van de artikelen V.25 en V.26 zijn enkel van toepassing op verzekeringsondernemingen.

3. De Commissie vraagt om nauwkeurig na te gaan of de begrippen “hoofdkantoor” – “statutaire zetel” / “siège social” – “siège statutaire” / “head office” – “registered office” in de zin van de Europese Richtlijn 2009/138 Solvency II correct is gebruikt en vertaald in de Boeken IV, V en VI, alsook in de definities in Boek I.

4. De Commissie benadrukt het belang van accurate en sluitende opheffing –, inwerkingtreding - en overgangsbepalingen, die moeten worden opgenomen in de wet tot invoering van het Wetboek Verzekeringen. Zij houdt het recht voor hierover later advies uit te brengen. Immers, zolang er geen duidelijkheid is over de finale teksten, is het niet mogelijk om zich hierover correct uit te spreken (zie tevens advies 2018/10, II, A, 10).

III. BEMERKINGEN OP BOEK IV EN GERELATEERDE BEPALINGEN IN BOEK I

Boek IV omvat gedragsregels in brede zin, zijnde (pre)contractuele informatieplichten, productinformatie - en organisatorische gedragsregels. Verschillende initiatieven dienen nog verder opgevolgd te worden, onder meer de werkzaamheden tot omzetting van de EU Richtlijn verzekeringsdistributie (IDD), de herziening van de KB's 21 februari 2014, niveau 1 en niveau 2 en de uitvoeringmaatregelen van de Verordening (EU) Nr. 1286/2014 van 26

november 2014 over essentiële-informatiedocumenten voor verpakte retailbeleggingsproducten en verzekeringsgebaseerde beleggingsproducten - PRIIP's.

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek IV/ Boek I

Begrip verzekeringnemer en kandidaat-verzekeringnemer

Met betrekking tot het begrip verzekeringnemer, dat ook in ontwerpboek IV het begrip "kandidaat-verzekeringnemer" vervangt, wordt verwezen naar het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2018/10, III.A, Artikel I.11, 17° - Definitie "verzekeringnemer".

Artikel IV.21 en IV.22 – Informatieverstrekking activiteiten leven

Dit artikel IV.21 neemt de bepalingen van artikel 35 W.Verz. ongewijzigd over, aangevuld met de veelal meer precieze elementen van artikel 8 KB Leven. Tevens wordt verduidelijkt welke informatie niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen (artikel 43, §1 en 77 KB Leven) en op verzekeringsverrichtingen verbonden met een beleggingsfonds (artikel 62 KB Leven).

Dit artikel IV.22 neemt de bepalingen van artikel 36 W.Verz. over, aangevuld met de elementen van artikel 19 en artikel 8, §1, 8° KB Leven. Tevens wordt verduidelijkt welke informatie niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen (artikel 43, §1 en 77 KB Leven) en op verzekeringsverrichtingen verbonden met een beleggingsfonds (artikel 62 KB Leven).

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat deze artikelen moeilijk leesbaar zijn omdat de structuur van de artikelen 35 en 36 W.Verz. als basis werd gehanteerd en daarin de bepalingen van het KB Leven werden ingevoegd. Zij stellen voor om de structuur van de bepalingen uit het KB Leven te hanteren als canvas (zonder de inhoud te wijzigen) en daarin de "ontbrekende" bepalingen uit de artikelen 35 en 36 W.Verz. toe te voegen. Naar hun mening geven de bepalingen van het KB Leven een duidelijker overzicht over welke informatieverplichtingen gelden per productgroep. In elk van deze bepalingen dient vervolgens te worden gepreciseerd in welke mate zij van toepassing zijn op de diverse types aanvullende pensioenverzekeringen, rekening houdend met de bestaande informatieplichten in de diverse wetgevingen inzake aanvullende pensioenen (pensioenfiche) en de beperkte afkoopmogelijkheden in de tweede pijler.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat het "essentiële informatiedocument (KID)" ook van toepassing is op de levensverzekeringsproducten van de derde pijler. Zij vinden dat er geen reden is waarom de consument die een levensverzekering derde pijler afsluit minder goed zou worden geïnformeerd én beschermd (via sancties) dan een consument die hetzelfde product (maar niet in het kader van de derde pijler) onderschrijft.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de KID wordt opgelegd door Verordening (EU) Nr. 1286/2014 van 26 november 2014 over essentiële-informatiedocumenten voor verpakte retailbeleggingsproducten en verzekeringsgebaseerde beleggingsproducten (PRIIP's). In het model KID dat deze Verordening oplegt is geen ruimte voorzien voor de informatie in verband met de fiscaliteit welke net essentieel is in een derde

pijlerverzekering. De reden hiervoor ligt in de doelstelling van de Europese wetgever om financiële producten vergelijkbaar met elkaar te maken over de hele Europese verzekeringsmarkt. De fiscaliteit tussen de verschillende lidstaten kan echter sterk verschillen. Zij wijzen tevens op de gedragscode van Assuralia die voorziet in de informatieverstrekking door middel van een infofiche en in een sanctieregeling indien de leden van Assuralia deze gedragscode niet respecteren, alsook naar het KB reclame en de strenge sanctie in geval van niet-naleving. Zij vermelden tevens dat bepaalde aspecten van de KID, zoals de rendementsscenario's momenteel op Europees niveau opnieuw ter discussie staan, waardoor het des te meer voorbarig lijkt om het toepassingsgebied van de KID uit te breiden op de Belgische markt.

Een deskundige merkt op dat een derde pijlerproduct dat aan de toepassingsvoorwaarden van de Verordening (EU) Nr. 1286/2014 PRIIP's voldoet, onderworpen is aan de KID met uitzondering van alle pensioenproducten die krachtens de nationale wetgeving worden geacht voornamelijk tot doel te hebben de belegger van een pensioeninkomen te voorzien en die de belegger het recht geven op bepaalde uitkeringen (artikel 2, 2) (zie tevens artikel 33, 2 betreffende de door de Commissie voor 31 december 2018 over deze uitsluiting te geven beoordeling).

De vertegenwoordiger van de NBB merkt op dat de focus op rendementen in de informatieverstrekking een vertekend beeld kan geven. Bovendien kan de aanwezigheid of afwezigheid van een overlijdensdekking een vertekend beeld geven omdat, in deze context, deze dekking als een kost wordt beschouwd. In vergelijking met een zuiver bankproduct of een levensverzekering met tegenverzekering tot terugbetaling van de reserve, heeft deze "kost" tot gevolg dat het rendement hoger (afwezigheid van een overlijdensdekking) of lager (aanwezigheid van een overlijdensdekking) zal zijn.

Artikel IV.21, §3, 5° neemt de inhoud van artikel 8, §1, 6° KB leven over en bepaalt dat de verzekeraar de voorwaarden moet bepalen waaraan moet worden voldaan om van de winstverdeling te kunnen genieten, in voorkomend geval met vermelding van het feit dat deze voorwaarden in de loop van de overeenkomst gewijzigd kunnen worden door de verzekeringsonderneming, alsook de wijze van berekening en toewijzing van winstdelingen.

- Volgens de vertegenwoordigers van de verbruikers zouden de winstdeelnemingsvoorwaarden in de loop van het contract niet mogen verstrengd worden en overigens enkel in het voordeel van de consument mogen worden toegestaan. Nog beter zou zijn dat er geen voorwaarden mogen opgelegd worden om winstdeling te krijgen. Omwille van de lage gewaarborgde rentevoeten zijn deze winstdeelnames nog belangrijker geworden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan akkoord dat de klant duidelijk moet worden geïnformeerd over de winstdeelnemingsvoorwaarden. Daarentegen vinden zij het te vergaand om deze "helemaal in beton te gieten", mede gelet op het feit dat het over lange termijn producten gaat waarbij tevens rekening moet gehouden worden met de prudentiële verplichtingen van de verzekeraar. Zij wijzen er op dat de verzekeringnemer zelf de keuze heeft voor het product dat hij kiest en steeds kan stoppen om de premie te betalen. Verder verwijzen ze naar de regeling in het KB reclame en de circulaire FSMA.

Daarnaast moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds het vastleggen van de voorwaarden en anderzijds het vastleggen van de hoogte van de winstdeelname.

De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat indien de winstdeelnemingsvoorwaarden eenzijdig door de verzekeraar in de loop van het contract plots veel zwaarder worden gemaakt, de verzekeringnemer ("indirect") de premie betaling niet kan stoppen. Bij veel verzekeraars kan men maar winstdeelname krijgen indien men ieder jaar een bepaald minimumbedrag aan premies betaalt. Bovendien wordt een overdracht van de reserve naar een andere verzekeraar vaak zwaar fiscaal gepenaliseerd (soms meer dan 30%) en rekenen veel verzekeraars hoge uitstapkosten aan. Andere verzekeraars leggen geen winstdeelnamevoorwaarden op, hetgeen volgens hen aantoont dat het wel mogelijk is om zonder winstdeelnamevoorwaarden te werken.

Een vertegenwoordiger van de NBB merkt op dat het prudentieel moeilijk te verdedigen valt om de voorwaarden van winstdeelnames vast te bepalen. Het toekennen van een winstdeelname verloopt in twee fases: (i) de fase van de verdeling die prudentieel is (welk deel van resultaat wordt als winstdeelname verdeeld) en (ii) de toekenning die van contractuele aard is en waarvoor de FSMA bevoegd is (welk deel van de winst gaat naar welke contracten).

Artikel IV.21, §4 neemt de bepalingen van artikel 8, §2 KB Leven over en bepaalt dat bepaalde informatie niet verplicht is voor bepaalde verrichtingen tegen een koopsom, voor verzekeringsverrichtingen bij leven waarvan de duur niet langer mag zijn dan 8 jaar en voor de verzekeringsverrichtingen bij overlijden die geen levenslange verzekeringen zijn.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden het wel nuttig voor de consument om een tabel met afkoopwaarden te krijgen, zelfs voor een overlijdensverzekering. Consumenten stellen naar hun ervaring regelmatig vragen over de schuldsaldooverzekering in geval van een herfinanciering en de afkoopwaarde is volgens hen, zeker in geval van een eenmalige premie, niet te verwaarlozen. Zij verwijzen bovendien naar hun vraag om voor de overlijdensverzekeringen met een niet-gegarandeerde premie wettelijk te bepalen dat in geval van tariefwijziging voor de niet-gegarandeerde premies maxima zouden gelden (zie advies Commissie voor Verzekeringen C/2018/10, artikel II.132). Zij menen dat een tabel met afkoopwaarden deel moet uitmaken van de precontractuele informatieplichten van de verzekeraar, zodat de verzekeringnemer verschillende contracten beter kan vergelijken. Ze verwijzen tevens naar Europese wetgeving (artikel 5 EU richtlijn 93/13) die beoogt aan de verzekeringnemer voor het sluiten van de overeenkomst juiste, duidelijke en nauwkeurige informatie te verstrekken over alle elementen van de overeenkomst.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met het voorstel van de vertegenwoordigers van de verbruikers. Niets verhindert dat de consument in geval van overlijden de verzekeraar contacteert om deze informatie te bekomen en ze wijzen er op dat overdaad aan informatie tegelijkertijd de informatie doodt. Bovendien kan een dergelijke tabel met afkoopwaarden niet voor ieder type product worden opgesteld.

Artikel IV.21, §5, 4° neemt de bepaling van artikel 8, §3, d) KB Leven over en bepaalt dat de verzekeraar voor bepaalde levensverzekeringen sommige toeslagen moet meedelen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat alle toeslagen zouden moeten worden medegedeeld en voor alle levensverzekeringen. Zij vragen ook een opsplitsing tussen de kosten voor de tussenpersoon (waarover volgens hen nog kan onderhandeld tussen de consument en zijn tussenpersoon) en de kosten voor de verzekeraar.

De vertegenwoordiger van de NBB verwijst naar de lopende besprekingen met de FSMA in verband met de interpretatie en draagwijdte van het begrip "toeslag". Volgens de NBB duidt het begrip toeslag op een technisch element in het tarief en is het geen kost, zodat het prudentieel moet geregeld worden. Selon lui, les chargements ne veulent rien dire pour les consommateurs. Il est pratiquement impossible de comparer des produits présentant des structures de chargement différentes notamment parce que ces chargements ne sont pas calculés sur les mêmes bases. Ainsi, il pourrait sembler qu'un produit présentant un chargement d'encaissement (calculé sur la prime) moins élevé et un chargement d'inventaire (calculé sur la réserve) plus élevé est plus avantageux qu'un autre produit alors qu'en réalité, c'est ce second produit qui est le moins coûteux. Il y a d'autres manières de faire comprendre le coût aux consommateurs. Il faut trouver une manière de rendre les différents produits comparables pour le consommateur.

Verder vragen de vertegenwoordigers van de verbruikers om §5, 4° ook op te nemen in artikel IV.21, §3. Volgens hen heeft de consument het recht om te weten welke kosten in mindering van zijn premie komen, zodat over sommige kosten kan onderhandeld worden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen melden dat zij als sector hun verantwoordelijkheid hebben genomen en in de financiële infoches die zijn opgelegd door hun gedragscode een rubriek kosten wordt voorzien. Ook in de Europese PRIIP's KID is er een volwaardige rubriek over de kosten opgenomen (artikel 8, 3, f).

Artikel IV.21, §6, eerste lid neemt de inhoud van de artikelen 43, §1 en 77 KB leven over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om niet alleen groeps- en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen maar ook alle andere individuele aanvullende pensioenverzekeringen (WAPZ, POZ, VAPW) uit te sluiten van de toepassing van de paragrafen 3 tot 5 van artikel IV.21. Volgens hen maken de bestaande informatieplichten in de diverse wetgevingen inzake aanvullende pensioenen (pensioenfiche) en de beperkte afkoopmogelijkheden in de tweede pijler, de informatieplichten uit de verzekeringswetgeving weinig relevant voor deze types verzekeringsproducten. Zij verwijzen tevens naar de toekomstige omzetting van de Europese richtlijn instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen 2 (IORP2).

De vertegenwoordigers van de verbruikers daarentegen vragen dat deze regeling wel van toepassing is op de groeps - en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen, VAPZ en VAPW. Zij verwijzen naar een studie van de FSMA over "Onderzoek naar transparantie over kosten en rendementen bij pensioenplannen". Hieruit blijkt volgens hen dat verzekeraars en pensioenfondsen transparanter moeten communiceren over de kosten en rendementen van pensioenplannen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat de informatieverplichtingen in het kader van tweede pijlerpensioenproducten in een specifieke

wetgeving moeten opgenomen worden die van toepassing is op zowel verzekeringsondernemingen als pensioenfondsen. Op deze manier krijgen de betrokkenen steeds dezelfde informatie, ongeacht de aanbieder van het product.

Artikel IV.22

Dit artikel IV.22 neemt de bepalingen van artikel 36 W.Verz. over, aangevuld met de elementen van artikel 19 en artikel 8, §1, 8° KB Leven. Tevens wordt verduidelijkt welke informatie niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen (artikel 43, §1 en 77 KB Leven) en op verzekeringsverrichtingen verbonden met een beleggingsfonds (artikel 62 KB Leven).

§1, 1° neemt artikel 36, a W.Verz. over en bepaalt: *“Bij de verzekeringen leven licht de verzekeraar de verzekeringnemer gedurende de gehele looptijd van de overeenkomst in over elke wijzigingen van de volgende gegevens: 1° de algemene, speciale en bijzondere voorwaarden (...)”*.

De vertegenwoordigers van de verbruikers maken bezwaar tegen de formulering van dit artikel IV.22, §1, 1°. Naar hun mening houdt deze bepaling in dat de verzekeraar deze algemene, speciale en bijzondere voorwaarden eenzijdig kan wijzigen en de verzekeringnemer slechts hoeft in te lichten van de wijzigingen die de verzekeraar daaraan doorvoert. Zij vragen te bepalen dat de verzekeraar niet eenzijdig mag beslissen om de dekking te wijzigen doch dit enkel kan voorstellen aan de verzekeringnemer die er al dan niet zal mee instemmen.

De andere delegaties wijzen er op dat artikel IV.22 een omzetting is van artikel 185, 5 van de EU Richtlijn 2009/138 Solvency II (cfr. artikel 36, a) W.Verz. en het nog steeds bestaande artikel 15, §2, b) KB 22 februari 1991 houdende algemeen controlereglement). Deze bepaling houdt enkel een informatieverplichting in en doet geenszins afbreuk aan de wettelijke regel uit het verzekeringsovereenkomstenrecht inzake de voorwaarden van wijziging van verzekeringsovereenkomsten en de vereiste van wederzijdse toestemming.

§2, 4°:

De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen voor om in artikel IV.22, §2, 4° de woorden “op aanvraag van de verzekeringnemer” te schrappen zodat de verzekeringnemer steeds weet met hoeveel de waarde van de levensverzekeringsovereenkomst veranderd is door het betalen van een premie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met dit voorstel. De verzekeringnemer beschikt reeds over deze informatie omdat hij ze jaarlijks ontvangt.

§5, eerste lid:

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om, overeenkomstig het huidige artikel 43 KB Leven, in in artikel IV.22, §5, eerste lid toe te voegen dat artikel IV.22, §4 niet van toepassing is op groeps - en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen. Bovendien zou artikel IV.22, §1, 3° niet van toepassing moeten zijn op deze groeps - en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen, omwille van de coherentie met artikel IV.21, §6, eerste lid.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan hiermee niet akkoord en verwijzen naar hun opmerking bij artikel IV.21, §6, eerste lid (zie *supra*).

Artikel IV.23 – Informatieverstrekking activiteiten leven

Dit artikel IV.23 neemt de bepalingen van artikel 20 KB Leven over. Tevens wordt verduidelijkt welke informatie niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen (artikel 43, §1 en 77 KB Leven) en op verzekeringsverrichtingen verbonden met een beleggingsfonds (artikel 62 KB Leven).

Dit artikel bepaalt welke informatie jaarlijks moet worden meegedeeld voor producten waarbij de hoogte van de verzekerde prestaties bij leven op de eindvervaldag van de overeenkomst niet gewaarborgd wordt. Onder meer moet de verzekeraar op zijn minst jaarlijks de gewaarborgde intrestvoet geven die in het loop van het jaar gewaarborgd was, alsook het percentage van de winstdeling ten opzichte van de gemiddelde theoretische afkoopwaarde.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om in artikel IV.23 duidelijk te bepalen dat er één globaal netto-rendementscijfer wordt medegedeeld op actuariële basis. Volgens hen denken vele consumenten dat de optelsom van de gewaarborgde intrestvoet en het winstdeelnemingspercentage overeenkomt met het werkelijk rendement, doch vaak is dat niet het geval (bv. omdat er geen rekening wordt gehouden met de beheerkost). Het begrip “netto” houdt volgens hen minstens in “na aftrek van de jaarlijkse beheerkost” en liefst “na aftrek van alle kosten”. Zij vragen overleg met de FSMA om een methode voor te stellen om het actuariële rendement (liefst netto rendement) te berekenen dat door alle verzekeraars gebruikt moet worden. De KID moet niet voor alle levensverzekeringen worden gegeven worden (bv. niet derde pijler) en is een precontractueel informatiedocument waarin een fictief rendement wordt vermeld op basis van bepaalde hypothesen. Naar huidig recht moet niet voor alle levensverzekeringen het werkelijk verkregen actuariële rendement worden gegeven. Zij vragen bijgevolg dat na het sluiten van de overeenkomst jaarlijks het werkelijk gekregen rendement, in ieder geval van het spaargedeelte, aan de consument wordt meegedeeld. Zij verwijzen tevens naar hun bemerking bij artikel IV.21, §6, eerste lid (zie *supra*).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat deze bepaling reeds geldend recht is en dat er in de KID vijf scenario's gegeven worden omdat het niet vooraf kan geweten zijn welk scenario geldt.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen tevens om in artikel IV.23 een bijkomende informatieplicht toe te voegen en de verzekeraar te verplichten om het werkelijk (voor de verzekeraar) geboekte rendement van ieder levensverzekeringsproduct bekend te maken, alsook de gemiddelde rentevoet die ze waarborgen, berekend volgens een methode die goedgekeurd is door de FSMA. Volgens hen kan de spaarder die een lagere gewaarborgde rentevoet geniet, zo ten minste weten of hij een al dan niet mooie winstdeelname mag verwachten.

Le représentant de la BNB remarque qu'on n'a pas un paquet d'actifs bien déterminés qui donneront un rendement défini correspondant à un type de produit. Il n'est donc pas possible

d'indiquer le rendement global des actifs dans lesquels l'entreprise d'assurance a investi la prime d'un contrat déterminé. Cela n'est valable que pour les assurances qui sont liées à des fonds d'investissement ou à des fonds à actifs dédiés. Par ailleurs, l'entreprise d'assurance doit déjà donner une série d'informations sur sa situation financière en vertu de la directive Solvency II. Il y a aussi les comptes annuels où on voit les résultats. Mais il est trop difficile de donner un rendement précis d'un produit défini.

De vertegenwoordiger van de NBB en de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen vragen bij de wettelijkheid en praktische haalbaarheid van dergelijke informatieplicht, onder meer wat wordt precies bedoeld met “rendement”, welke informatie is relevant voor de verzekerde, op welke wijze is dit verenigbaar met de reglementering solvency II en afdwingbaar ten aanzien van buitenlandse EU verzekeraars?

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen tevens om in artikel IV.23 een bepaling toe te voegen die stelt dat de verzekeraar informatie moet geven over het totaal rendement voor de consument van de verrichtingen die een prestatie omvatten bij leven rekening houdend met de inventaristoelag, het gewaarborgd rendement en de winstdeling maar niet met de fiscale voordelen, berekend volgens een methode die goedgekeurd is door de FSMA. Volgens hen is dergelijke verplichting gelijkaardig aan deze bepaald in artikel IV.21, §3, 10°.

Andere leden merken op dat artikel IV.21, §3, 10° de bepalingen van artikel 8, §1, 4° overneemt en betrekking heeft op de informatieplicht voor het sluiten van de overeenkomst.

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek IV/Boek I

Artikel IV.2

Dit artikel IV.2 neemt de bepalingen van artikel 10 W.Verz. ongewijzigd over.

Een gelijkaardige bepaling is opgenomen in artikel VI.279, dat artikel 247 van de wet van 13 maart 2016 overneemt.

Een deskundige stelt de vraag waarom deze bepaling enkel toepasselijk is op de Belgische onderlinge verzekeringsverenigingen, alsook of hieronder ook de Belgische coöperatieve vennootschappen vallen. Le représentant de la BNB fait observer que, pour les sociétés coopératives, il est possible de faire référence au Code des Sociétés, ce qui n'est pas le cas des associations d'assurance mutuelle.

Artikelen IV.3 - IV.5

De artikelen IV.3-IV.5 betreffen de statuten van verzekeringsondernemingen.

Gelijkaardige verplichtingen zijn opgenomen in de artikelen VI.279 (artikel 247 wet 13 maart 2016) en VI.349 (artikel 317 wet 13 maart 2016). De vertegenwoordiger van de NBB meldt dat artikel 317 van de wet van 13 maart 2016 thans het voorwerp is van een voorstel tot wetswijziging dat overgemaakt is aan het Kabinet van de Minister van economische zaken.

Artikel IV.4

Dit artikel IV.4 neemt de bepalingen van artikel 12 W.Verz. ongewijzigd over. Het bepaalt dat de verzekeringsondernemingen voor elke algemene vergadering de FSMA moeten informeren

over de ontwerpen van wijzigingen aan de statuten en de ontwerpen van de beslissingen die zij van plan zijn tijdens de vergadering te nemen en die een weerslag zouden kunnen hebben op de rechten en de verplichtingen van de verzekeringnemers, verzekerden, de begunstigten en derden die belang hebben bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat bij een strikte interpretatie van deze bepaling bijna elke beslissing die aan de algemene vergadering wordt gevraagd, op voorhand aan de FSMA zou moeten meegedeeld worden. Volgens hen kan dat niet de bedoeling zijn. Zij vragen om in de memorie van toelichting te preciseren dat enkel ontwerpen van beslissingen die een reële impact kunnen hebben, aan de FSMA moeten meegedeeld worden.

Artikel IV.6

Dit artikel IV.6 neemt de bepalingen van artikel 14 W.Verz. ongewijzigd over.

2^{de} lid bepaalt dat de verzekeraars bepaalde documenten moeten bewaren in hun hoofdkantoor. Deze bepaling mag evenwel geen afbreuk doen aan artikel II.13, dat stelt dat de verzekeraars hun documenten moeten archiveren. Deze archivering moet krachtens artikel II.13 gebeuren door een verlener van een gekwalificeerde vertrouwensdienst waardoor de archivering niet noodzakelijk op het hoofdkantoor van de verzekeraar gebeurt. Het kan evenwel niet de bedoeling zijn dat de verzekeraar dezelfde documenten twee keer dient te bewaren (zie advies Commissie voor Verzekeringen C/2018/10, III.A, artikel II.13). Bovendien garandeert artikel IV.10 dat deze archivering door een derde, die een uitbesteding is, geen afbreuk mag doen aan het vermogen van de FSMA om haar controles uit te voeren.

Zie tevens artikel VI.76.

De Commissie vraagt bijgevolg om de tekst van artikel IV.6 als volgt aan te passen:

“Onverminderd artikel II.13, houden de Belgische verzekeraars deze documenten ter beschikking in hun hoofdkantoor, ...”.

Artikel IV.7

Dit artikel IV.7 neemt de bepalingen van artikel 15 W.Verz. ongewijzigd over.

Dit artikel vereist dat de verzekeraars die in België verzekeringsactiviteiten uitoefenen, de in België op de verzekeraars en hun verrichtingen van toepassing zijnde wettelijke en reglementaire bepalingen van algemeen belang naleven.

De vertegenwoordiger van de NBB licht toe dat de NBB de lijst met bepalingen van algemeen belang publiceert op haar website en deze actualiseert. De NBB is gehouden deze lijst over te maken aan de EU verzekeringsondernemingen die in België verzekeringsactiviteiten verrichten (artikel 146, §3 Richtlijn Solvency II zoals omgezet in artikel 551 wet van 13 maart 2016). Voornoemde bepalingen geven niet aan wie de lijst moet opstellen.

Een deskundige stelt voor om in artikel IV.7 een bepaling toe te voegen die deze bevoegdheid tot aanpassing aan de FSMA toewijst en haar tevens verplicht deze lijst meer gedetailleerd op te stellen, met het oog op een grotere transparantie en rechtszekerheid op de Belgische markt. De huidige lijst schept rechtsonzekerheid door de toevoeging in de titel van het woord “mogelijkerwijs”. Bovendien zijn volledige wetten of KB's, of hoofdstukken van wetteksten,

opgenomen in de lijst, hoewel niet al deze bepalingen aan de voorwaarden van dit begrip algemeen belang voldoen (bv. wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen en haar uitvoeringsbesluiten). Volgens deze deskundige zou in deze lijst bv. ook kunnen opgenomen worden dat gezondheidsgegevens gegevens van algemeen belang zijn, zoals in sommige Lidstaten het geval is.

Artikel IV.10

Dit artikel IV.10 neemt de bepalingen van 16/2 W.Verz. ongewijzigd over.

§1, eerste lid:

De Commissie vraagt de woorden “deze wet” te vervangen door “dit Wetboek, met uitzondering van de Boek VI”.

Een deskundige heeft volgende opmerkingen en vraagt verduidelijking van artikel IV.10:

- gaat de opgelegde verplichting met betrekking tot de uitbesteding niet verder dan deze opgelegd in artikel 49 EU richtlijn Solvency II 2009/138 dat enkel de verplichting oplegt aan de verzekeringsonderneming dat uitbesteding van *kritieke en belangrijke* operationele taken of activiteiten er niet toe mag leiden dat de continuïteit en het toereikend karakter van de dienstverlening naar verzekeringnemers aantast. Dit zou ook in lijn zijn met de wens van de Europese wetgever om proportioneel te ageren.

De vertegenwoordiger van de NBB stelt dat artikel IV.10 geen omzetting is van artikel 49 EU richtlijn Solvency II 2009/138, doch dat deze richtlijn niet belet dat de uitbesteding niet-prudentieel wordt geregeld.

- in welke mate is de FSMA de bevoegde autoriteit? Indien artikel IV.10 de uitbesteding van de conduct compliance betreft waarvoor de FSMA bevoegd is, en niet de compliance in het kader van de uitbesteding van kritieke en belangrijke operationele taken in het kader van de prudentiële controle, is het aangewezen dit te verduidelijken. Tevens wordt opgemerkt dat bij prudentiële controle op de uitbesteding het gaat over de uitbesteding van taken, functies en activiteiten en dat de compliance officer erkend door de FSMA een officer is, en dus geen taak, activiteit of functie. Desgevallend is in het kader van conduct compliance controle het proportionaliteitsprincipe niet geëerbiedigd; het proportionaliteitsprincipe is een algemeen principe van Europees recht, ongeacht of artikel IV.10 een omzetting is van artikel 49 EU richtlijn Solvency II 2009/138.

- het is verwarrend dat bv. artikel IV.10 §2 2° toepassing maakt van de solvency II filosofie, bv. waar dit artikel vereist dat personen belast met de controle van de rekeningen (de door EU richtlijn Solvency II ingevoerde interne controle functie) toegang moeten hebben tot de gegevens.

- het is aangewezen in §2, 1° de termen “functie, taak of operationele activiteit” consequenter te gebruiken.

- indien artikel IV.10, §2, 2° gaat over de uitbesteding van de door de Belgische wetgever ingevoerde compliance officer, hebben de personen belast met de controle van de rekeningen (auditors, erkende commissarissen, bedrijfsrevisoren of een geregistreerd auditkantoor) geen bevoegdheid met betrekking tot de aan de FSMA-gerelateerde compliance. Daarenboven heeft naar de interpretatie van de deskundige de persoon die de interne controle functie

uitoefent geen bevoegdheid om gedragsregels te controleren. Het feit dat dit artikel vereist dat personen belast met de controle van de rekeningen toegang moeten hebben tot de gegevens strookt niet met de ratio legis dat dit artikel geen omzetting is van artikel 49 EU richtlijn Solvency II 2009/138.

- doelt de in §2, 3° bepaalde toegang tot de bedrijfsruimten ook op een virtuele toegang?
- zou in §3, 2° en 3° betreffende de delegatie aan een onderneming uit een derde land een verwijzing naar de Europese equivalentiebeslissingen niet aangewezen zijn?

Artikel IV.12

Dit artikel IV.12 neemt de bepalingen van artikel 21 W.Verz. ongewijzigd over en dit artikel 21W.Verz. had reeds de bepalingen van artikel 19, §1 controlewet van 9 juli 1975 overgenomen.

Sommige deskundigen verwijzen naar de rechtspraak van de Raad van State die, met betrekking tot ontwerpen van koninklijke besluiten die contractvoorwaarden bepaalden, oordeelde dat deze niet op grond van artikel 19, §1 Controlewet konden worden genomen. In vergelijking met artikel 19, §1 Controlewet, breidt artikel 21 W.Verz. de bevoegdheid van de Koning uit tot het geheel van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Deskundigen stellen de vraag of deze ruime bevoegdheid aan de Koning kan worden behouden, mede gelet op de rechtspraak van de Raad van State.

Indien deze bevoegdheid aan de Koning zou worden weerhouden, dient het woord “deze wet” te worden vervangen: door “dit Boek IV”? of door “dit Boek IV en de Boeken II en III”?

Artikel IV.21 en IV.23 – Informatieverstrekking activiteiten leven

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om de zgn. “tijdelijke koopjes” te regelen. Volgens hen bestaat er bij sommige verzekeraars een praktijk waarbij ze om de x jaar nieuwe producten op de markt brengen om klanten te lokken en die enkel in de beginjaren een aantrekkelijk rendement bieden. Wanneer de klantenportefeuille groter is, neemt de vergoeding echter snel af. De verzekeraar lanceert volgens hen op dat moment een zelfde product onder een andere naam waarmee veel publiciteit wordt gevoerd omdat de eerste jaren een mooi rendementscijfer kan worden gegeven aangezien het klantenbestand voor dat nieuwe product klein is. Vele consumenten hebben evenwel nog een oud product dat veel minder rendement opbrengt. Deze vertegenwoordigers vragen wettelijk te bepalen dat verzekeraars slechts een beperkt aantal spaarverzekeringen mogen commercialiseren, zoals dit voor de banken voor spaarrekeningen het geval is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat de huidige reglementering, waaronder het KB van 25 april 2014 betreffende bepaalde informatieverplichtingen bij de commercialisering van financiële producten bij niet-professionele cliënten (KB reclame), duidelijke voorwaarden bepaalt waaraan de publiciteit en informatie over rendementen moet voldoen. Verzekeringsondernemingen moeten bovendien voor de lancering van een nieuw product ook een kosten – baten analyse ten aanzien van de consument maken en moeten daarnaast de beoogde doelgroep afbakenen. Zij verwijzen hiervoor naar de nieuwe regeling inzake producttoezicht - en governance, tot

omzetting van de EU Richtlijn verzekeringsdistributie – IDD en Gedelegeerde Verordening (EU) 2017/2358. Bovendien stellen zij de vraag of een dergelijke ingreep verenigbaar is met de Europese reglementering van de vrije markt. Voorts zullen de producten die na 5 à 10 jaar worden aangeboden, onder meer wegens nieuwe wetgeving en andere marktomstandigheden, verschillen van de eerder op de markt gebrachte producten.

Artikelen IV.35 en IV.38 - Winstdeling

- De Commissie wijst erop dat:

- artikel IV.35 de bepalingen van artikel 48 W.Verz. overneemt en dit artikel ondertussen gewijzigd is bij artikel 71 van de wet van 30 juli 2018 houdende diverse bepalingen inzake de economie (BS 5 september 2018);
- artikel IV.38 de bepalingen van artikel 51 W.Verz. overneemt en dit artikel ondertussen gewijzigd is bij artikel 72 van de wet van 30 juli 2018 houdende diverse bepalingen inzake de economie (BS 5 september 2018).

- Volgens de vertegenwoordigers van de verbruikers wordt de winstdeelname steeds belangrijker nu de verzekeraars hun gewaarborgde rentevoeten hebben beperkt en veel spaarverzekeringen een gewaarborgde rente 0% hebben. Zij vinden dat iedereen recht heeft op een winstdeelname. Bovendien vinden zij het onaanvaardbaar dat verzekeraars vaak de winstdeelneming ontzeggen voor het jaar waarin een consument geld opvraagt (of ook voor het jaar voordien). Voor hen mag er geen verschil zijn met de lopende contracten en zou de verzekeraar die winstdeelneming uitkeert na een opvraging verplicht een pro rata bedrag moeten toekennen, volgens het aantal maanden dat de opgevraagde som dat jaar onaangeroerd is gebleven. Volgens hen kan dit pro rata bedrag toegekend worden nadat de algemene vergadering de rekeningen heeft goedgekeurd.

De vertegenwoordiger van de NBB en de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat op grond van de prudentiële reglementering geen winstdeelname kan toegekend worden in een overeenkomst die een einde neemt voor de algemene vergadering van de betrokken verzekeringsonderneming goedkeuring van de rekeningen heeft gegeven. De beslissing over de winstdeling kan slechts worden genomen nadat de financiële resultaten bekend zijn en in bepaalde gevallen zal de NBB zich zelfs verzetten tegen een winstdeling.

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek IV/Boek I

De hierna gemaakte taalkundige bemerkingen en wijziging worden voorgesteld door de Commissie voor verzekeringen, tenzij anders vermeld:

Artikel IV.7 en artikel IV.8: met het oog op eenduidigheid in de terminologie is het aangewezen in de Nederlandse versie het woord “verzekeringsactiviteiten uitoefenen” te gebruiken ter vertaling van “exercercent des activités d’assurance”.

Artikel IV.10 §2, 3°: Er wordt verwezen naar “artikel V.7, §2bis” ipv “artikel V.7, §2”.

Artikel IV.12: de Nederlandse memorie van toelichting dient te worden vervangen door: "Artikel IV.12 neemt de inhoud van artikel 21 W.Verz. ongewijzigd over". De Franse tekst verwijst correct naar artikel 21 W.Verz.

Artikel IV.14 §5: verzekeringstussenpersonen i.p.v. tussenpersonen.

Artikel IV.21 §5, eerste lid: de term "bekomt" doet ietwat archaisch aan en dient vervangen te worden door "ontvangt". Het woord "echter" in de Nederlandse versie moet worden geschrapt.

Artikel IV.21 §5, 7° en IV.21, §3, 14° vermeldt "vervroegde" afkoop. Dient dit begrip "vervroegde", dat verwijst naar de fiscale wetgeving, behouden te blijven daar een afkoop altijd "vervroegd" is?

Artikel IV.22 §5: de tekst "De paragraaf 2, ... tot..., en de paragraaf 3 van dit artikel" dient als volgt te worden aangepast: "De paragrafen 2 en 3 van dit artikel".

Artikel IV.23 §3: de tekst "De paragraaf 1, ... tot ... en paragraaf 2 van dit artikel" dient als volgt te worden aangepast: "De paragrafen 1 en 2 van dit artikel...".

Artikel IV.30 §3: er wordt verwezen naar "deel 4". Dit dient vervangen te worden door "Boek II".

In de Franse versie van de **memorie** bij het opgeheven artikel 23 W.Verz. wordt verwezen naar "Boek III", doch moet "Boek II" zijn.

IV. BEMERKINGEN OP BOEK V EN GERELATEERDE BEPALINGEN IN BOEK I

Ontwerpboek V neemt de bepalingen over van Deel 8 W.Verz. en regelt de materies die onder de bevoegdheid van de FSMA vallen (en de CDZ voor wat betreft de maatschappijen van onderlinge bijstand die de takken 2 en 18 mogen beoefenen).

De Commissie wijst erop dat dit ontwerpboek V nog zal moeten aangepast worden in gevolge de omzetting van de EU Richtlijn verzekeringsdistributie-IDD.

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek V/Boek I

Artikel V.32 – Commissie voor Verzekeringen

Dit artikel V.32 regelt de bevoegdheid en de samenstelling van de Commissie voor Verzekeringen en wijzigd artikel 301 W.Verz.

§2 regelt de samenstelling van de Commissie.

Ondertussen heeft het Kabinet van Minister van economische zaken het initiatief genomen om deze regeling aan te passen.

De Commissie gaat akkoord om de samenstelling van de Commissie aan te passen zodat er een gelijk aantal vertegenwoordigers zijn van de verzekeringsondernemingen en van de verbruikers, en een verhoging van de vertegenwoordigers van de verzekerings-tussenpersonen.

De Commissie vraagt uitdrukkelijk om de aanstelling van plaatsvervangende leden te behouden, om problemen met het quorum van de vergadering te vermijden en om praktische

afspraken tussen de vertegenwoordigers van eenzelfde delegatie niet in het gedrang te brengen. Les représentants des entreprises d'assurance estiment qu'il est important de pouvoir compter dans la délégation suffisamment de permanents de l'association professionnelle et de représentants directs des entreprises.

De Commissie wenst tevens de huidige regeling in het huishoudelijk reglement te behouden waarbij een lid voor welbepaalde agendapunten een expert kan meebrengen of zich kan laten vertegenwoordigen door een expert.

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek V/Boek I

Artikel V.1 en artikel V.3

De artikelen V.1 en V.3 nemen de bepalingen van de artikelen 280 en 282 W.Verz. ongewijzigd over en betreffen de protocollen te sluiten door de FSMA met de Controledienst voor de ziekenfondsen en de NBB.

Deskundigen verwijzen naar de recente beslissing van EIOPA: EIOPA-BoS/18-340 van 28 September 2018 betreffende Cooperation of the competent authorities of the Member States of the European Economic Area with regard to the application of Directive (EU) 2016/97 of the European Parliament and of the Council of 20 January 2016 on insurance distribution. Deze beslissing heft vanaf 1 oktober 2018 het Protocol van Luxemburg op.

Artikelen V.33 en V.34 – Buitengerechtelijke klachtenregeling

Deze artikelen V.33 en V.34 nemen de bepalingen van de artikelen 302 en 303 W.Verz. ongewijzigd over.

- De vertegenwoordigers van de verzekeraars vragen dat de sectorale Ombudsman een “beroepsinstantie” wordt zodat een betrokkene verplicht eerst zijn klacht moet indienen bij de klachtendienst van de betrokken verzekeringsonderneming. Ce principe dit de la “première ligne obligatoire » existe déjà dans de nombreux secteurs tels que les secteurs bancaire, des télécommunications et de l’énergie. Le Livre XVI du Code de droit économique impose aux entreprises de mettre tout en œuvre pour trouver une solution satisfaisante aux plaintes introduites par les consommateurs. Cette règle est complétée pour ce qui concerne le secteur de l’assurance par les orientations sur le traitement des plaintes émises par EIOPA. Ces orientations seront très prochainement adoptées en droit belge par un arrêté royal pris sur la base de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers (article. 45 § 2). Selon ces représentants, cet arsenal législatif et réglementaire aura pour effet de garantir le professionnalisme des services des plaintes des entreprises d’assurances et d’assurer la protection des consommateurs dans le traitement de leurs plaintes (p.ex. sur le plan de l’indépendance). Selon eux, il est donc logique d’imposer aux consommateurs mécontents de s’adresser en première instance au service compétent de l’entreprise concernée. Cette dernière aura ainsi l’occasion de dissiper un malentendu ou de rectifier une erreur éventuelle. Elle pourra donner elle-même satisfaction à ses clients, ce qui est important pour son image et celle du secteur en général. Ce n’est que dans l’hypothèse où la réponse proposée par l’entreprise ne donnerait pas satisfaction au plaignant que ce dernier pourrait s’adresser à l’Ombudsman sectoriel. Enfin, l’instauration de la première ligne obligatoire permettra d’éviter un engorgement éventuel de l’Ombudsman sectoriel.

Ces représentants des entreprises d’assurances soulignent que leur proposition d’instaurer un traitement obligatoire des plaintes « en première ligne » aura pour effet de renforcer la protection des consommateurs puisque ceux-ci bénéficieront dans tous les cas d’un double degré de juridiction pour le traitement de leurs réclamations : (i) un premier degré au niveau du service des plaintes de l’entreprise d’assurances, indépendant du gestionnaire du dossier et (ii) un second degré auprès de l’ombudsman sectoriel, dans l’hypothèse où le consommateur ne serait pas satisfait de la réponse du service des plaintes de l’entreprise d’assurances. La loi actuelle prévoit déjà la possibilité pour un ombudsman sectoriel de refuser d’examiner des plaintes qui n’auraient pas été préalablement introduites auprès de l’entreprise concernée (art. XVI.16, § 3, 1° du Code de Droit économique-CDE). Un tel système existe d’ailleurs de longue date notamment dans les secteurs des banques, des télécommunications et de l’énergie. Selon eux, il n’y a pas de raisons qu’il ne puisse pas fonctionner au sein du secteur de l’assurance.

Ils font observer que le traitement des plaintes par les entreprises est encadré par plusieurs dispositions légales qui prévoient, par exemple, l’obligation pour l’entreprise de répondre aux plaintes dans les plus brefs délais et de faire preuve de diligence pour trouver une solution satisfaisante (art. XVI. 2 à XVI.4 CDE). La bonne application de ces dispositions est contrôlée par les services du SPF Economie (Direction Contrôle et Médiation). Des sanctions peuvent

être ordonnées en cas de dysfonctionnements éventuels. Il faut en outre tenir compte des Orientations d'EIOPA sur le traitement des réclamations par les entreprises d'assurances. Ces orientations se caractérisent par l'exigence d'un degré élevé de professionnalisme, d'indépendance et de neutralité dans la gestion des plaintes. Elles prévoient notamment l'obligation dans le chef des entreprises d'assurances d'élaborer et de mettre en place une politique de gestion des réclamations, et d'instituer une fonction de gestion des réclamations (visant par exemple à identifier et éliminer les éventuels conflits d'intérêts) indépendante du gestionnaire de dossier. L'obligation ne consiste donc pas nécessairement à mettre en place un Service spécifique au sein de l'entreprise, qui ne s'occuperait que des plaintes, ce qu'une petite structure ne pourrait pas faire. Elle peut être transposée de manière appropriée en fonction de la taille de l'entreprise, conformément au principe de proportionnalité. Il n'est donc pas exact d'insinuer que le principe de la première ligne obligatoire ne conviendrait qu'aux grandes entreprises. A noter que, à l'instar de ce qui prévaut pour l'ombudsman sectoriel, toute personne concernée peut adresser une plainte auprès de l'entreprise d'assurances, non seulement le client (preneur d'assurance), mais également l'assuré autre que le client, le bénéficiaire et la personne lésée. Il n'est pas exact de laisser entendre que l'accès à ce type de service serait réservé aux clients.

Les représentants des entreprises d'assurances tiennent encore à rappeler que plusieurs dispositions légales et réglementaires obligent les assureurs à mentionner dans leurs documents (pré)contractuels les informations relatives au traitement des plaintes et, en particulier, la possibilité pour le consommateur de s'adresser à l'ombudsman sectoriel (art. 32, b, et 35, § 2, l de la loi relative aux assurances; art. 15 § 1^{er}, a), 3^e et b), 11^e de AR du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances). La FSMA est bien entendu compétente pour contrôler la bonne application de ces dispositions. Enfin, en ce qui concerne les aspects financiers, les représentants des entreprises concernées ne sont pas du tout convaincus que leur demande aurait un impact négatif sur les coûts. Et quand bien même les coûts augmenteraient, les assureurs assumeraient leurs responsabilités, dans l'intérêt des consommateurs.

- De Ombudsman, de vertegenwoordigers van de verbruikers en deskundigen gaan niet akkoord met dit voorstel van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen. Zij zijn van mening dat de Ombudsdienst van de Verzekeringen als onafhankelijke instantie een brug vormt tussen de consument en de verzekeringswereld en op deze wijze bijdraagt tot een positief imago van de sector. Zij werd hiervoor ook erkend als gekwalificeerde entiteit voor buitengerechtelijke geschillenafhandeling door de FOD Economie. Een voorafgaande behandeling door de interne klachtendienst van de verzekeraar kan hierbij een toegevoegde waarde bieden, maar het mag geen verplichting zijn. Dit zou de rol van de Ombudsdienst uithollen.

Zij wijzen erop dat de klachtenbehandeling in de verzekeringssector wettelijk is vastgelegd. Waar de consument tot 2006 voor een klacht zowel terecht kon bij de FOD Economie, de toenmalige Controledienst voor de verzekeringen en korte tijd de toenmalige CBFA en de Ombudsdienst van de Verzekeringen, werd vanaf toen de Ombudsdienst aangesteld als centraal aanspreekpunt. Om de FSMA en de FOD Economie voeling te laten houden met de knelpunten van de verzekeringsmarkt, is een doorstroming van informatie van de

Ombudsdienst naar deze instanties voorzien. De Ombudsman van de Verzekeringen heeft steeds haar steun verleend aan de uitbouw van een goed werkende klachtendienst binnen de verzekeringsondernemingen. De cijfers van de jaarverslagen tonen aan dat meer dan 20% van de aanvragen terug worden doorverwezen naar de interne klachtendiensten. Dit gebeurt wanneer gemakkelijk een oplossing kan worden gevonden en de klantenrelatie snel kan worden hersteld. Zij kunnen niet akkoord gaan met het voorstel van een verplichte eerstelijnsbehandeling bij de interne klachtendienst en aan de Ombudsdienst een louter beroepsfunctie toekennen, om de volgende redenen:

- De verjaringstermijn en de invorderingsprocedure, zoals voorzien in artikel XVI.27 Wetboek economisch recht, worden niet geschorst. De wetgeving op buitengerechtelijke geschillenregeling van consumentengeschillen voorziet enkel een schorsing van de verjaringstermijn en van de invorderingsprocedure bij een behandeling van een klacht door een gekwalificeerde entiteit. Tijdens een verplichte eerstelijnsbehandeling is er geen schorsing en verliest de consument dus deze bescherming.

- De consument kan zich niet altijd richten tot een eigen interne klachtendienst. Hoewel de meeste grote verzekeringsondernemingen, die lid zijn van Assuralia, een eigen interne klachtendienst hebben, is dit nog niet het geval bij alle actoren op de verzekeringsmarkt. Er zijn nog verzekeringsondernemingen (waaronder kleinere verzekeringsondernemingen of buitenlandse ondernemingen) die geen eigen interne klachtendienst hebben. Deze zijn vooral actief voor reisverzekeringen en GSM-verzekeringen. Dit geldt ook voor het merendeel van de verzekeringstussenpersonen, waarvoor de Ombudsdienst ook bevoegd is.

Sommige ondernemingen besteden het beheer van polissen en/of schade uit aan schaderegelingsbureaus, aan tussenpersonen, ... waardoor het voor de consument niet duidelijk is welke onderneming hij moet contacteren. In tegenstelling tot andere economische sectoren, is de consument niet altijd een klant van de onderneming. Het kan ook een tegenpartij of een aangeduide begunstigde in een levensverzekering zijn.

- Niet elke interne klachtendienst van een verzekeringsonderneming is even goed uitgebouwd.

Er zijn geen wettelijke regels waaraan de klachtenbehandeling bij een verzekeringsonderneming moet voldoen. Op basis van ervaring en de ontvangen klachten stelt de Ombudsdienst vast dat het landschap zeer divers is. In sommige gevallen handelt de interne klachtendienst enkel als een doorgeefluik of beantwoorden ze niet aan de EIOPA-richtsnoeren. Minder goed uitgebouwde klachtendiensten beantwoorden niet steeds aan onder meer de vereisten van strikte afhandelingstermijnen, het vier-ogenprincipe (klacht wordt terug behandeld door dezelfde dienst in plaats van een onafhankelijke interne klachtenafhandelaar), en bij een blijvend geschil wordt er niet altijd doorverwezen naar de Ombudsdienst.

- De consument wenst zich niet meer te richten tot de eigen interne klachtendienst. In sommige situaties is de zaak dringend en lukt praten met de eigen verzekeraar niet meer. Soms zijn de eigen diensten vrij moeilijk te bereiken (onder meer via telefoon). In andere gevallen wenst de consument het advies van een onafhankelijke derde partij.

- De consument wordt klachtenmoe gemaakt.

Wanneer het bestaan van de Ombudsdienst wordt vermeld op de website van de verzekeringsonderneming, wordt soms een complexe procedure voorgesteld vooraleer de consument de Ombudsdienst kan aanspreken. Eerst moet hij zijn tussenpersoon om tussenkomst verzoeken, bij gebrek aan een oplossing kan de consument zich richten tot de beheerder van het dossier, vervolgens tot een klachtenbeheerder, dan tot een negotiator binnen de interne organisatie van de onderneming. Pas wanneer deze procedure volledig is doorlopen, wordt de consument geadviseerd om de Ombudsdienst aan te spreken. Er zijn dus soms vier tussenstappen vooraleer de consument de tussenkomst kan vragen van een neutrale externe organisatie. Een goede klachtenherkenning en -behandeling moet vertrekken vanuit het principe van een 'one shot'-tussenkomst waarna het dossier opnieuw een normaal beheer moet kennen. Overigens wordt er niet altijd melding gemaakt van de Ombudsdienst van de Verzekeringen op de website van de verzekeringsondernemingen.

- Geen kostenbesparing over de sector heen.

Het werkingsbudget van de Ombudsman is al jaren stabiel. Een omvorming tot een beroepsdienst zou op het eerste zicht een daling van de personeelskost met zich meebrengen door een daling van het aantal onderzochte klachten. De verzekeringsondernemingen zullen daarentegen een toevloed aan klachten ondergaan wat zal leiden tot een stijging van de kosten van onder meer het personeel. Bovendien zullen de dossiers die uiteindelijk toch worden doorverwezen naar de Ombudsdienst een intensiever onderzoek vragen, met soms hardere discussies om een eerdere visie te herzien als gevolg. Aangenomen wordt dat op sectorniveau de kosten bijgevolg eerder zullen stijgen en dit ook geen positieve impact zal hebben op het imago. Ter informatie wordt opgemerkt dat het laatste gepubliceerd budget voor de personeelskost van de Ombudsdienst (2017) 1.410.000 euro bedroeg waarvan ongeveer 90% wordt verdeeld onder een 100-tal verzekeringsondernemingen.

- De Ombudsdienst heeft een preventieve rol.

Meer dan 10 % van de voorgelegde dossiers werd afgesloten als een vraag tot informatie. De consument was op zoek naar een bevestiging van een standpunt vanuit een neutrale en onafhankelijke instantie. Hierdoor werd een escalatie tot geschil voorkomen. Daarnaast formuleert de Ombudsdienst, op basis van de ontvangen dossiers, jaarlijks aanbevelingen omtrent terugkerende problemen in de sector.

- Sommige vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersonen zijn van mening dat de Ombudsdienst tussenkomt in een geschil met de verzekeringsonderneming of de verzekeringstussenpersoon, waarbij het aangewezen is dat het geschil in eerste instantie wordt voorgelegd aan de klachtendienst van de betrokken onderneming of tussenpersoon. Echter, wanneer de indiener geen voldoening bekommt of onmiddellijk de tussenkomst wenst van de Ombudsdienst, moet hij zich kunnen richten tot de Ombudsman. Zij wijzen erop dat de omschrijving van de klachtenbehandeling werd opgenomen in het procedure reglement van de Ombudsdienst, bij consensus in de Raad van Toezicht, na diverse vergaderingen. Volgens deze vertegenwoordigers moet er duidelijkheid zijn voor de consument en zijn vrije keuze dient ten allen tijde te worden gerespecteerd. Volgens cijfers van de Ombudsdienst willen +/- 10% van de klagers geen eerste lijn bij de verzekeringsonderneming en worden +/- 25% van de vragen om tussenkomst in het kader van de soft approach benadering nu al doorverwezen naar de eerste lijn bij de verzekeraars. Zij wijzen er bovendien op dat rekening dient gehouden

te worden met de diverse distributiekkanalen en hun specificiteit. Er moet tegemoet gekomen worden aan de verwachtingen van de consument, die niet altijd een klant is van verzekeringsonderneming of tussenpersoon.

Deze vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersoon vinden het eerder aangewezen dat verzekeringsondernemingen in eerste instantie er maximaal worden toe aangezet om inspanningen te leveren op het vlak van klachtenbehandeling. Het is niet altijd duidelijk welke interne dienst de klachten behandelt, evenzeer is niet iedere klachtendienst goed uitgebouwd en zijn er geen regels die gelden voor alle verzekeringsondernemingen. In die context, en in ondergeschikte orde, zou bij verplichte eerstelijnsklachtenbehandeling voorzien moeten worden in SLA's zodat de consument steeds op gelijke wijze wordt behandeld ongeacht de verzekeringsonderneming. Zij stellen bovendien dat het centraliseren van de klachten bij de Ombudsman met jaarlijkse rapportering een bron van informatie is voor de hele sector en dit bij eerste lijn klachtenbehandeling dit zicht op de markt verdwijnt, tenzij verzekeringsondernemingen verplicht worden te rapporteren.

- D'autres représentants des intermédiaires d'assurance sont, d'une manière générale, favorable à ce que, tant du côté des intermédiaires que du côté des compagnies d'assurance, leurs services respectifs des plaintes soient saisis des réclamations des consommateurs préalablement à un recours éventuel aux services de l'Ombudsman. L'Ombudsman lui-même vérifie toujours aussi si l'assuré a bien réagit auprès de son assureur avant de d'ouvrir un dossier, voire renvoi l'assuré auprès du service des plaintes de son assureur.

Mais ces représentants des intermédiaires d'assurance souhaitent attirer l'attention sur les faits suivants:

- Les assureurs font la distinction entre leur service de « gestion de sinistre » et leur service « gestion des plaintes » qui fait que même si l'assuré a reçu un refus circonstancié écrit lors d'un sinistre (ou d'une indemnisation partielle contestée) après discussion avec son assureur, sous prétexte que le refus provient de l'organisation « gestion des sinistres » et pas de du département « gestion des réclamations », il ne peut pas (encore) introduire de plaintes à l'Ombudsman. Selon ces représentants, cela semble très difficile à comprendre pour un assuré particulier. Si son assureur refuse, le cas échéant après discussions, le lui confirme par écrit, les portes de l'Ombudsman lui sont ouvertes.

- Dans ces conditions et pour trouver une solution constructive et efficace, ils proposent que dans tous les « derniers » courriers du département « gestion des sinistres » (refus ou indemnisation partielle) il soit mentionné automatiquement, en bas de page, qu'en cas de contestation, l'assuré peut toujours soit s'adresser au département « gestion des réclamations », soit qu'à défaut de réaction, voire de réponse insatisfaisante, il peut toujours intervenir auprès de l'Ombudsman (d'autres vous diraient que tous dossiers clôturés sur un refus ou refus partiel, devraient, d'initiative et systématique, être adressé au département « réclamations »). Ils ne sont pas du tout d'accord avec la remarque que c'est inutile parce que cette « mention additionnelle » se trouve déjà dans les informations précontractuelles du contrat et dans les conditions générales du contrat. Un assuré n'ayant pas de sinistre tous les 3 mois voire bien des années après la souscription de son contrat d'assurance, refuser de faire apparaître la « mention additionnelle » pourrait être dissuasive à réclamer, voire faire craindre

de recevoir trop de réclamations auprès de leur services gestion des plaintes ou auprès de l'ombudsman.

Par conséquent, à défaut de la « mention additionnelle » reprises sur les courriers des départements « gestion sinistres » des assureurs, ces représentants des intermédiaires d'assurance soutiennent les points de vue du service de l'ombudsman, des représentants des consommateurs et d'autres représentants des intermédiaires, et refusons donc de rendre « obligatoire » légalement l'épuisement du service des plaintes.

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek V/Boek I

De hierna gemaakte taalkundige bemerkingen en wijziging worden voorgesteld door de Commissie voor verzekeringen, tenzij anders vermeld:

Artikel V.5 §2

Dit artikel V.5 neemt de bepalingen van artikel 284 W.Verz. ongewijzigd over.

§2: aanpassing van de terminologie in de beide taalversies. In de Franse versie moet 1 x het woord "transactions" worden vervangen door "opérations"; in de Nederlandse versie moet 2 x het woord "transacties" vervangen worden door "verrichtingen".

In boek VI wordt verwezen naar "EIOPA", in boek V naar "de EIOPA".

Artikel V.9, eerste lid: in de Nederlandse versie verwijderen van komma na "wet".

Artikel V.13 §3, eerste lid: "De EER verzekeringsonderneming....meedelen aan alle personen op wie hij-zij een beroep doet".

Artikel V.32, §1, derde lid: verwijzing naar artikel II.1 ipv artikel I.1 .

Artikel V.32 §1, vijfde lid: adviezen over ipv adviezen aan.

Artikel V.32 §2, vierde lid: in de Nederlandse versie het begrip "verzekeringsbemiddelaars" vervangen door "verzekeringstussenpersonen" conform de definitie in Boek I.

V. BEMERKINGEN OP BOEK VI EN GERELATEERDE BEPALINGEN IN BOEK I

Ontwerpboek VI regelt het statuut van en het toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen en betreft bijgevolg de prudentiële materies die tot de bevoegdheid van de NBB behoren (en de CDZ voor wat betreft de maatschappijen van onderlinge bijstand die de takken 2 en 18 mogen beoefenen).

Ontwerpboek VI neemt de bepalingen van de wet van 13 maart 2016 over (met uitzondering van de definities die worden opgenomen in ontwerpboek I), alsook de bepalingen van het KB van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit (KB Leven) die geacht worden van prudentiële aard te zijn.

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek VI/Boek I

Algemene bemerkingen

1. De Commissie wijst erop dat voor de finale tekst van ontwerpboek VI dient rekening te worden gehouden met wetswijzigingen die ondertussen werden doorgevoerd aan sommige bepalingen van voornoemde wet van 13 maart 2016, onder meer bij de wet van 5 december 2017 (o.m. toevoegen van definitie in artikel I.16 van Verordening nr. 648/2012), de wet van 15 april 2018 betreffende het ondernemingsrecht, de wet van 30 juli 2018 houdende diverse financiële bepalingen, de wet van 11 juli 2018 (met ingang van 21 juli 2019) en het KB van 6 september 2018.

Bovendien dient rekening te worden gehouden met de verwachte codificatie van het vennootschapsrecht en de omzetting van de EU richtlijn verzekeringsdistributie voor wat betreft de gedragsregels.

Met betrekking tot levensverzekeringen tweede pijler is het aangewezen de pensioenhervorming en de omzetting van de recente EU richtlijn instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen (IORP2) op te volgen.

2. Dit ontwerpboek VI neemt een groot deel van de bepalingen van het KB Leven over, voor zover ze geacht worden van prudentiële aard te zijn.

- De Commissie verwijst tevens naar haar advies 2018/10, II.A, 4 en III.A, 7 en de bemerkingen betreffende de invoeging van de contractuele – en informatiebepalingen van het KB Leven in Boek II.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat deze verplaatsing van bepalingen uit het KB Leven niet neutraal is aangezien het implicaties heeft wat betreft het toepassingsgebied in de ruimte van deze bepalingen. Daar waar naar hun mening deze bepalingen in het KB Leven oorspronkelijk van toepassing waren op elk risico gelegen in België, ongeacht of dit verzekerd werd door een Belgische dan wel buitenlandse verzekeraar, menen zij dat door hun verplaatsing naar Boek VI deze enkel nog van toepassing zijn op contracten aangeboden door Belgische verzekeraars (ongeacht of deze in België dan wel in het buitenland worden aangeboden). Voor elk van deze bepalingen dient volgens hen grondig te worden nagegaan of de verplaatsing verantwoord is omwille van het prudentieel karakter van de bepaling, dan wel of het een scheef trekking in de consumentenbescherming in België creëert en hiermee samenhangend een concurrentieel onevenwicht tussen Belgische en buitenlandse

verzekeraars op de Belgische markt. Het huidig KB Leven bevat veel technische bepalingen met zowel aspecten die prudentieel van aard zijn als aspecten met betrekking tot consumentenbescherming. Zij vinden het niet opportuun om deze technische bepalingen met betrekking tot de levensverzekering te spreiden over verschillende boeken in de codificatie. Een eventuele oplossing zou er volgens hen in kunnen bestaan om alle technische bepalingen met betrekking tot levensverzekeringen samen in een apart Boek of in een afzonderlijk KB op te nemen en daarin te bepalen welk (deel) van de bepalingen prudentieel van aard zijn dan wel consumentenbescherming betreffen. Echter, ook in deze oplossing erkennen ze dat het probleem blijft bestaan dat niet voor alle bepalingen een eenduidige kwalificatie kan worden gegeven.

Deze vertegenwoordigers wensen de bemerkingen in het advies van de NBB met betrekking tot de kwalificatie van de bepalingen van het KB Leven verder te onderzoeken. Zij zijn van mening dat de voorgestelde regeling voor de eerste en tweede pijler pensioenen uitgewerkt voor Boek II, voornamelijk betrekking heeft op de bepalingen van de huidige Wet Verzekeringen waarvan het tot op heden niet steeds duidelijk is of deze al dan niet van toepassing zijn op deze pensioenen. Het schrappen van de bepalingen uit het KB Leven die in het ontwerp Boek II zijn opgenomen, zal naar hun mening dan ook nauwelijks impact hebben op de voorgestelde regeling voor de eerste en tweede pijler pensioenen. Indien de bepalingen uit het KB Leven toch in de codificatie worden behouden, moet minstens worden verduidelijkt welke van deze bepalingen prudentieel zijn en welke niet-prudentieel van aard zijn, en dus wie de bevoegde toezichthouder is.

- De vertegenwoordiger van de NBB merkt op dat de NBB en de FSMA sinds geruime tijd overleg plegen over de opsplitsing en de kwalificatie van de bepalingen van het KB Leven, als contractueel/gedragsregel of prudentiële regel. Dit is een moeilijke opdracht die stilaan zijn afronding nadert, hoewel niet voor alle bepalingen een eenduidige kwalificatie mogelijk blijkt. Hij wijst opnieuw op de gevolgen van deze kwalificatie voor het toepassingsgebied van de bepaling en de bevoegdheid van hetzij de NBB, hetzij de FSMA, hetzij beiden.

De NBB en de FSMA zijn geen voorstander van een overname van de bepalingen van het KB Leven in het Wetboek Verzekeringen, in het bijzonder voor wat betreft de technische bepalingen.

Ce représentant de la BNB fait observer qu'en principe les dispositions des Livres II et IV sont applicables à toutes les entreprises qui ont une activité en Belgique quel que soit le droit dont relève ces entreprises. Par ailleurs, en principe, les dispositions du Livre VI ne sont applicables qu'aux entreprises de droit belge (et aux succursales d'entreprises de pays tiers) pour l'ensemble de leurs activités, en Belgique comme à l'étranger.

Selon lui, la répartition proposée des dispositions de l'actuel arrêté vie entre les Livres II-IV et VI ne tient pas totalement compte de ce principe. On retrouve dans les Livres II-IV des dispositions qui devraient s'appliquer également aux activités à l'étranger des entreprises de droit belge (mais pas aux activités en Belgique d'entreprises relevant du droit d'autres États membres). Inversement, on retrouve dans le Livre VI des dispositions qui devraient s'appliquer aussi aux activités en Belgique des entreprises relevant du droit d'autres États membres (mais pas nécessairement aux activités à l'étranger des entreprises de droit belge). Il est certes possible de changer cette répartition par défaut mais cela nécessite de déterminer, pour

chaque disposition, quel est son champ d'application, ce que le projet, dans sa forme actuelle, ne fait pas selon lui. En outre, cela nécessiterait un travail important, ne simplifierait pas la compréhension du texte et serait source d'insécurité juridique. Ce représentant estime que le texte proposé est la moins bonne solution et qu'à moins de procéder rapidement à la répartition des dispositions de l'actuel arrêté vie entre les Livres II-IV et VI, il serait préférable de retirer les dispositions reprises de l'actuel arrêté vie du projet de code. Seuls les articles VI.214, VI.237, § 2 et II.151, § 1^{er}, alinéa 3 à 5 devraient être maintenus dans le code afin de conférer à ces dispositions une meilleure base légale.

- De deskundigen erkennen het belang van een correcte kwalificatie en plaats in de onderscheiden boeken. Zij wijzen er echter opnieuw op dat in ieder geval de door de regel nagestreefde doelstelling bepalend is voor de kwalificatie en niet de plaats waar deze in de reglementering is opgenomen. Enkel de bepalingen van algemeen belang kunnen worden opgelegd aan de buitenlandse EU verzekeraar die in België activiteiten verricht en deze kwalificatie is niet afhankelijk van de plaats van de wettekst maar wel van de criteria vastgelegd in de rechtspraak van het Hof van Justitie. Sommige regels kunnen overigens gekwalificeerd worden als “lois de police” in de zin van het internationaal privaatrecht. Bovendien kunnen sommige regels een hybride karakter hebben in de zin dat ze gevolgen hebben voor de contractuele relatie en tegelijkertijd een prudentieel karakter hebben. Dit geldt naar huidig recht ook voor de bepalingen in het KB Leven. Zij gaan bijgevolg niet akkoord met de bemerking van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat alle bepalingen in het KB Leven oorspronkelijk van toepassing waren op elk risico gelegen in België, doch dat zij, door hun verplaatsing naar Boek VI, enkel nog van toepassing zijn op contracten aangeboden door Belgische verzekeraars. De bepalingen in het KB Leven die van prudentiële aard zijn, zijn naar huidig recht van toepassing op Belgische verzekeringsondernemingen. Aangezien de vertegenwoordiger van de NBB opmerkte dat het overleg tussen de NBB en de FSMA bijna is afgerond, komt het hen voor dat het mogelijk zou moeten zijn om op korte termijn na te gaan of de opdeling van de bepalingen van het KB leven in de ontwerpboeken II, IV en VI beantwoordt aan deze afspraken en welke bepalingen moeten worden verplaatst naar respectievelijk de boeken II, IV en VI.

Sommige deskundigen wijzen er tevens op dat het niet eenvoudig zal zijn om de bepalingen van het KB Leven zonder meer uit ontwerpboek II en IV te lichten daar deze bepalingen, minstens in de formulering, werden aangepast met het oog op de coherentie van het geheel van de regeling voor levensverzekeringen. Zij vrezen dat dit werk niet alleen het hele codificatieproject dreigt te vertragen maar ook de algehele consistentie ervan aantast. Overigens zou dit eveneens impliceren dat de voorgestelde, en in het advies 2018/10 uitvoerig besproken, regeling voor de groepsverzekeringen, individuele pensioen-toezeggingsverzekeringen, de tweede pijler voor zelfstandigen en de eerste pijler levensverzekeringen, uit de codificatie moet worden gehaald.

Artikel I. 8 2° - Levensverzekering – Uitsluitingen van Boek VI

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stelen de vraag welke organisaties (fonds voor bestaanszekerheid?), die Boek VI niet moeten toepassen, worden gevisieerd. Zij vragen dit te verduidelijken in de memorie van toelichting.

Artikel VI.201

Dit artikel VI.201 voorziet een algemene bepaling met oplijsting van de artikelen uit Boek VI die niet van toepassing zijn op de groepsverzekeringen en de individuele pensioentoezeggingsverzekeringen.

De Commissie stelt voor om dit artikel VI.201 te schrappen en de toepassing van de bepalingen uit Boek VI op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen artikelsgewijze te bepalen en niet in een algemene bepaling, op dezelfde wijze als in Boek II. Bovendien zijn de definities opgenomen in artikel VI.201 reeds voorzien in artikel I.13.

Artikel VI.206, §4

Dit artikel VI.206, §4 bepaalt dat de regeling in artikel VI.206 (overname van artikel 216 wet van 13 maart 2016) niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat de minimale rendementsgarantie in de sociale wetgeving inzake aanvullende pensioenen (WAP) niet hetzelfde is als de maximale technische intrestvoet uit de prudentiële verzekeringswetgeving. De minimumrendementsgarantie beschermt de aangeslotenen door de werkgever te verplichten om een minimum rendement te garanderen op de aanvullende pensioenbijdragen, ongeacht het type pensioeninstelling (groepsverzekeraar of pensioenfonds). De maximale technische intrestvoet verbiedt levensverzekeraars omwille van solvabiliteitsredenen daarentegen om een te hoge intrestwaarborg op nieuwe premies te garanderen. Zij zien bijgevolg geen enkele reden om de maximale technische intrestvoet niet langer van toepassing te verklaren op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen, zoals wordt voorgesteld in deze §4. Zij vragen de schrapping van §4.

Een vertegenwoordiger van de NBB vindt dat er geen prudentiële reden is om de maximale rentevoet niet op de verzekeringen van de tweede pijler toe te passen (vooral wat de individuele overeenkomsten betreft). Op het prudentiële vlak gaat het over hetzelfde risico. De politieke keuze is dus ofwel het behoud ofwel de schrapping van artikel VI.206. Een uitzondering voor de groepsverzekering heeft tot gevolg dat de individuele verzekeringen de groepsverzekeringen kunnen financieren.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met dit voorstel. Zij vragen het behoud van deze §4 en de uitbreiding ervan tot de andere levensverzekeringen (zie *infra*).

Artikel VI.207, §4

Dit artikel VI.207, §4 bepaalt dat de regeling in artikel VI.207 (overname van artikel 24, §5 KB Leven) niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen.

- Deze paragraaf dient volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen geschrapt te worden omdat dit tot gevolg zou hebben dat de regels rond de wettelijke en ervaringssterftetafels niet langer op groeps- en IPT-verzekeringen van toepassing zijn, wat niet

de bedoeling kan zijn (zoals volgens hen blijkt uit de toelichting bij dit artikel). De §§1 en 2 zijn volgens hen ruim genoeg omschreven om een correcte toepassing van de specifieke regels voor groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen, zoals bepaald in de artikelen 10 en 12 van de genderwet van 10 mei 2007 toe te laten.

- Voor de vertegenwoordigers van de verbruikers is het niet nodig dat er een maximale intrestvoet wordt opgelegd (zie artikel VI.206), noch minima aan de sterftetafels (zie artikel VI.207). Volgens deze vertegenwoordigers moet er ook hier van overheidswege geen inmenging gebeuren. Zij gaan niet akkoord met het argument van de NBB dat moet worden vermeden dat verzekeraars te hoge rentevoeten bieden en daardoor zichzelf in de problemen brengen. Zelfs bij een gewaarborgde rentevoet van 0 % kan een verzekeraar in de problemen komen indien de onderneming slecht beheerd wordt of indien te hoge risico's zouden worden genomen. Zij merken op dat toen de maximaal gewaarborgde rente nog 3,75% bedroeg, alle verzekeraars (wegens de dalende marktrentevoeten) hun gewaarborgde intrestvoet zelf spontaan verminderden, zelfs tot ver onder de toen toegestane maximale intrestvoet (vaak zelfs tot 0% à 0,5%). Dit bewijst volgens hen dat er geen maximale intrestvoet/minima met betrekking tot de sterftafels moet opgelegd worden. Bovendien bestaan er volgens hen betere manieren/methodes die kunnen vermijden dat verzekeraars in de problemen komen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het niet eens met dit standpunt. Ze wijzen erop dat er nog andere middelen zijn, doch dat de regeling inzake de maximale rentevoet helpt, omdat de NBB alleen maar kan ingrijpen en de rentevoet verplicht kan laten zakken wanneer de verzekeraar al in de problemen zit. Bovendien kan nooit worden uitgesloten dat er een nieuwe speler komt die de markt wil verstoren door hoge rentevoeten aan te bieden die op termijn niet houdbaar zijn.

De vertegenwoordiger van de NBB merkt op dat de artikelen VI.206 en VI.207 samen horen, zodat de opheffing van artikel VI.206 ook de opheffing van artikel VI.207 impliceert. Indien de maximale rentevoet zou worden afgeschaft, zal dit voor de meeste verzekeraars geen probleem zijn, doch dan bestaat het risico dat men de individuele levensverzekering gaat gebruiken om de groepsverzekering te financieren (zie tevens *supra* artikel VI.206, §4). Voorts moet in het oog gehouden worden wat er gaat gebeuren wanneer de verzekeraar voor de individuele levensverzekering te hoge rentevoeten gaat voorstellen: nieuwe financiële middelen moeten in de onderneming worden geïnjecteerd, ofwel door de aandeelhouders, ofwel door de nieuwe overeenkomsten. Deze vertegenwoordiger wijst erop dat de huidige wetgeving geen bepaling voorziet om de rentevoet van lopende overeenkomsten te verlagen, zelfs voor een onderneming in moeilijkheden. De enige mogelijkheid is in geval van een onderneming in vereffening waarvan de portefeuille aan een andere verzekeringsonderneming wordt overgedragen (artikel 547 wet van 13 maart 2016).

Artikel VI.238, §2

Dit artikel VI.238, §2 neemt de bepalingen van artikel 48, §4 KB Leven ongewijzigd over. Dit artikel bepaalt dat verzekeraars extra voorzieningen moeten aanleggen indien het pensioenplan gunstige berekeningsregels voorziet voor een vervroegde opname van het aanvullend pensioen in vergelijking met de verwachte uitbetaling op pensioenleeftijd. Sinds

2016 zijn dergelijke gunstige anticipatieregels in pensioentoezeggingen nietig (artikel 18 en 19 wet van 18 december 2015 tot waarborging van de duurzaamheid en het sociale karakter van de aanvullende pensioenen en tot versterking van het aanvullende karakter ten opzichte van de rustpensioenen). Enkel voor de aangeslotenen die 55 jaar of ouder waren in 2016 werd in een overgangsregeling voorzien waardoor dit artikel uit de verzekeringswetgeving binnenkort zonder gevolg zal blijven.

De Commissie acht het nuttig om het uitdovend karakter van deze bepaling in de memorie van toelichting te vermelden.

Artikel VI.238 t.e.m. artikel 241

De vertegenwoordiger van de NBB wijst erop dat deze bepalingen niet van prudentiële aard zijn. Ze regelen de minimumbedragen die een werkgever in een groepsverzekering moet storten en de gevolgen wanneer deze stortingen onvoldoende zijn. De onderfinanciering in dit kader is deze van de groepsverzekeringsovereenkomst en niet van de verzekeringsonderneming. Deze artikelen organiseren een reductie van de groepsverzekeringsovereenkomst.

Artikel VI.240 t.e.m. artikel VI.242

De vertegenwoordigers van de verzekeraars vragen om in elk van deze artikelen te preciseren op welke subdefinitie van tak 27 uit bijlage II bij Boek VI de bepaling van toepassing is (beheer voor eigen rekening dan wel voor rekening van derden). In het KB Leven was dit duidelijk doordat elk van de bepalingen voorafgegaan werd door een ondertitel die de draagwijdte van de bepaling preciseerde.

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek VI/Boek I

Artikel VI.218

Dit artikel VI.218 neemt de bepalingen van artikel 36 KB Leven ongewijzigd over.

tweede lid:

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen om reden van coherentie voor om het tweede lid te formuleren overeenkomstig het eerste lid: *“De verzekeringsonderneming mag past de in het vorige lid vermelde regels toepassen wanneer een verzekeringnemer verscheidene overeenkomsten bij eenzelfde verzekeringsonderneming heeft aangegaan”*.

Artikel VI.213

Dit artikel VI.213 neemt de bepalingen van artikel 30 KB Leven over, mits toevoeging van de regel dat §2, 2° tweede lid niet van toepassing is op groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen. In dit artikel wordt de maximale afkoopvergoeding gedefinieerd. Er wordt onder meer verwezen naar een maximale uitstapkost van 5%.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat het maximum van 5 % niet alleen concurrentiebelemmerend is maar ook niet meer aangepast aan de huidige

economische situatie. Een maximale uitstapkost van 5% was 20 jaar geleden logischer dan nu omdat toen het totaal rendement van een spaarlevensverzekering in veel gevallen 7% à 8% bedroeg, terwijl nu slechts vaak 1,5%. Zij berekenen dat relatief (in verhouding tot het rendement) een uitstapkost van 5% nu zowat 5 keer zwaarder is dan een uitstapkost van 5% toegepast 20 jaar geleden. Zij stellen voor om die uitstapkost te halveren (van maximaal 5% naar een uitstapkost van 2,5%) zowel voor individuele levensverzekeringen als voor groepsverzekeringen zodat de concurrentie meer kan spelen.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars gaan hiermee niet akkoord. Een wetgeving moet “future proof” worden geschreven: binnen 5 jaar kunnen de rentevoeten alweer hoger zijn.

Een vertegenwoordiger van de NBB wijst er op dat de 5% een deel is van de afkoopwaarde en geen rentevoet en niet de herbelegging van de dekkingswaarden compenseert.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met die zienswijze van de NBB en stellen dat in sommige gevallen de vervroegde afkoop voordelig is voor de verzekeraar (en waarin de verzekeringnemer geen uitstapkost zou moeten betalen maar een vergoeding moet krijgen), bv. wanneer de verzekeringnemer afkoopt op een moment dat de algemene marktintrestvoet lager is dan de gewaarborgde intrestvoet van zijn levensverzekeringscontract.

Le représentant de la NBB fait observer que cela revient à donner un incitant au consommateur pour sortir d'un contrat qui présente un taux plus favorable que les produits similaires sur le marché. La mesure inciterait le consommateur à sortir du contrat alors qu'il a intérêt à y rester.

Artikel VI.227

Dit artikel VI.227 neemt de bepalingen van artikel 64 KB Leven ongewijzigd over.

§4 stelt dat de herbelegging van de meer- en minwaarden gebeurt door de waarde van de eenheid te “verhogen”. Het is correcter om te spreken van “wijzigen” aangezien zowel de min- als de meerwaarde moeten worden verrekend in de waarde van de eenheid.

Artikel VI.236

Dit artikel VI.236 neemt de bepalingen van artikel 73 KB Leven ongewijzigd over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen zich de vraag welke meerwaarde deze zesmaandelijke verslagen nog hebben voor een klant en stelt voor om deze af te schaffen. Een klant beschikt voor een tak 23-verzekering al over een PRIIPs-KID (die bovendien steeds wordt geactualiseerd), algemene voorwaarden, een beheersreglement, jaarlijkse staten en deugdelijke verslagen.

Indien de voorgestelde schrapping van de zesmaandelijke verslagen niet wordt weerhouden, vragen deze vertegenwoordigers om §1 aan te passen waarin wordt gesproken over jaarlijkse en zesmaandelijke verslagen. Dit is dubbelop aangezien het opstellen van een zesmaandelijks verslag eveneens het opstellen van een jaarlijks verslag inhoudt.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met dit voorstel. Er is een *level playing field* vereist met de banken die verplicht zijn om die zesmaandelijke verslagen over

hun fondsen te geven. Zij zien geen reden waarom de tak 23 contracten minder transparant zouden zijn dan de andere fondsen verspreid door de banken. Blijkbaar ziet de banksector wel het nut in van die zesmaandelijke verslagen. Zij verwijzen naar de website van een assetmanager die fondsen beheert die vermeldt dat de periodieke verslagen tot doel hebben een hele waaier aan nuttige informatie ter beschikking te stellen van de belegger ter beoordeling van een investering die hij gedaan heeft of overweegt te doen en deze verslagen verre van irrelevant papierwerk zonder interesse zijn.

Een deskundige merkt op dat niet alle tak 23 producten gekoppeld zijn aan externe fondsen beheerd door een asset manager, zoals de fondsen verspreid door de banken, waarvoor de asset manager de zesmaandelijke verslagen opmaakt.

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek VI/Boek I

De hierna gemaakte taalkundige bemerkingen en wijziging worden voorgesteld door de Commissie voor verzekeringen, tenzij anders vermeld:

Artikel I.16, 11° - "wet van 2 augustus 2002": kan geschrapt worden want artikel I.11, 51° voorziet deze definitie.

Artikel I.16, 12 - "wet 25 april 2014": kan geschrapt worden want artikel I.11, 60° voorziet deze definitie.

Artikel I.16, 29°, a) – "gereguleerde markt": rechtstreeks verwijzen naar artikel 3, 8° of 9° van de wet van 21 november 2017 over de infrastructuur voor de markten voor financiële instrumenten en houdende omzetting van richtlijn 2014/65/EG?

Boek VI vermeldt "VMOB/SMA", terwijl bijlage III bij de EU richtlijn 2009/138 Solvency II onder België vermeldt "maatschappij van onderlinge bijstand (MOB)/société mutualiste (SM)".

Artikel VI.206

§1, vierde en vijfde lid: niet nodig te verduidelijken welke de bevoegde Minister is, gezien de definitie van de Minister in artikel I.11, 42°.

§3, vijfde lid: de Nederlandse tekst aanpassen aan de correcte Franse bepaling: "elk onderdeel van de betrokken overeenkomst" ("chaque partie du contrat concerné") ipv "elke bij deze overeenkomst betrokken partij".

Artikel VI.215, §1: in de Nederlandstalige versie het woord "stand" vervangen door "afstand".

Artikel VI.226 : De term dekkingsvoorwaarden is niet langer gebruikelijk in het kader van de regeling solvency II.

Artikel VI.231, §2, tweede lid: de verwijzing in de laatste zin naar "artikel 178, §2, eerste lid van de wet van 4 april 2014" om te bepalen welke datum moet worden gehanteerd, is niet juist en moet vervangen worden door "artikel II.149, §2". Artikel VI.231, §2 neemt de bepaling

over van artikel 68, §2, tweede lid KB Leven dat verwijst naar artikel 17, §4, eerste lid KB Leven dat is overgenomen in artikel II.149, §2.

Artikel VI.234, §5: Overeenkomstig het voorstel in advies 2018/10 van de Commissie met betrekking tot het gebruik van de pensioenterminologie, met name bij artikel I.13, 11° en artikel I.13, 55°, dient het woord “pensioenovereenkomst” te worden vervangen door “individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst”.

Artikel VI.236, §2: in de Franse versie “fonds” ipv “fond”.

Artikel VI.238

Dit artikel VI.238 neemt de bepalingen van artikel 48 KB Leven ongewijzigd over. Dit artikel 48 KB Leven werd grondig gewijzigd bij artikel 6 van het KB van 25 januari 2007, doch zonder aanpassing van de interne verwijzingen.

Hierdoor dienen de verwijzingen als volgt te worden aangepast:

§4 (neemt de bepalingen van artikel 48, §7 KB Leven ongewijzigd over):

- de verwijzing naar paragraaf 2 in het tweede lid van deze paragraaf vervangen door een verwijzing naar paragraaf 1 (“§1, eerste lid, 1°”).
- in het derde lid: de breuk bedoeld in “§2, eerste lid, 2°, b)” opnemen omdat deze in artikel 48 KB Leven werd geschrapt. Concreet omvat het de breuk met “het aantal gepresteerde jaren” in de teller en “het aantal jaren van de volledige loopbaan van de aangeslotene” in de noemer (oud artikel 48, §2, 2°, b)).
- in het vierde lid: de verwijzing naar paragraaf 2 vervangen door een verwijzing naar paragraaf 1 (“§1, tweede lid”).

§5 (neemt de bepalingen van artikel 48, §8 KB Leven ongewijzigd over):

- de verwijzing onder 1°, b) naar “§§1 en 7 van dit artikel” vervangen door een verwijzing naar “§§1 en 4 van dit artikel”.
- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen ter verduidelijking voor om in de memorie van toelichting te vermelden dat deze paragraaf enkel van toepassing is op 2^e pijlerpensioenen voor werknemers. De minimumrendementsgarantie en de bevrozing van het bedrag van de verworven reserves bij uittreding (0%-garantie) uit de wet aanvullende pensioenen voor werknemers-WAP zijn immers niet van toepassing op groeps- of individuele pensioentoezeggingsverzekeringen voor zelfstandige bedrijfsleiders.

§6 (neemt de bepalingen van artikel 77, lid 2 KB Leven over, mits toevoeging dat dit artikel van toepassing is op individuele pensioentoezeggingsverzekeringen):

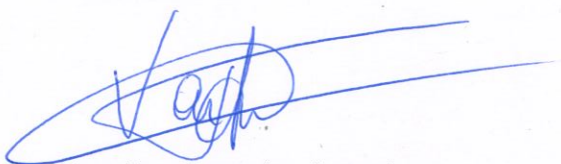
- de verwijzing naar “paragraaf 8” vervangen door een verwijzing naar “paragraaf 5”.
- overeenkomstig het voorstel in advies 2018/10 van de Commissie met betrekking tot het gebruik van de pensioenterminologie, met name bij artikel I.13, 11° en artikel I.13, 55° dient het woord “pensioenovereenkomst” te worden vervangen door “individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst”.

Artikel VI.239

Dit artikel VI.239 neemt de bepalingen van artikel 49 KB Leven over. Door de wijziging van artikel 48 KB Leven bij het KB van 25 januari 2007 dienen de verwijzingen in de §§1 en 2 van dit artikel VI.239 te worden aangepast:

- verwijzing naar "artikel VI.238, §2, eerste lid, 1°" vervangen door een verwijzing naar "artikel VI.238, §1, eerste lid, 1°".
- de verwijzing naar "§5" van artikel VI.238 schrappen omdat de initiële §5 van artikel 48 KB Leven werd opgeheven.

Voorzitster



Caroline Van Schoubroeck