

## COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 14 juli 2009

DOC C/2009/3

### ADVIES

**over het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft (DOC 52K 1977)**

#### 1. INLEIDING

De Kamercommissie voor het Bedrijfsleven, het Wetenschapsbeleid, het Onderwijs, de nationale wetenschappelijke en culturele Instellingen, de Middenstand en de Landbouw heeft, bij hoogdringendheid, aan de Commissie gevraagd een advies te verlenen omtrent het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft (DOC 52K1997).

Deze vraag kadert in de besprekingen die de Commissie reeds geruime tijd voert over de verzekerbareheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Op 22 januari 2009 heeft de Commissie omtrent deze problematiek een eerste advies verstrekt. In dit advies DOC-C-2008-5 werd een algemeen overzicht gegeven van de problematiek van verzekerbareheid van personen met een verhoogd risico omwille van hun gezondheidstoestand en werden (juridisch) technische opmerkingen gemaakt bij enerzijds het wetsvoorstel strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en ten einde de verzekerbareheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand en anderzijds het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen betreft.

Na dit advies heeft de Commissie haar besprekingen verder gezet. Dit resulteerde in een volgende fase in advies DOC-C-2009-1 over de problematiek van de verzekerbareheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

## COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 14 juillet 2009

DOC C/2009/3

### AVIS

**sur la proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû pour les personnes présentant un risque sanitaire accru (DOC 52 1977)**

#### 1. INTRODUCTION

La Commission de l'Économie, de la Politique scientifique, de l'Éducation, des Institutions scientifiques et culturelles nationales, des Classes moyennes et de l'Agriculture a demandé à la Commission des Assurances de rendre, en urgence, un avis sur la proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû pour les personnes présentant un risque sanitaire accru (DOC 52 1977).

Cette demande s'inscrit dans le cadre des discussions que la Commission des Assurances mène depuis un certain temps sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Le 22 janvier 2009, la Commission a rendu un premier avis à ce sujet (DOC-C-2008-5). Celui-ci donnait un aperçu général du problème de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé et formulait des remarques (juridico-)techniques sur, d'une part, la proposition de loi visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurances personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé et, d'autre part, sur la proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû.

La Commission a ensuite poursuivi ses travaux et rendu un deuxième avis (DOC-C-2009-1), sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé et la création d'un bureau de tarification pour les

co : voorstel voor een tarifieringsbureau schuldsaldoverzekering. Dit advies beschrijft het voorstel van Assuralia, zoals verder uitgewerkt in gevolge de besprekingen in de Commissie, inzake de behandeling van de verzekeringsaanvraag en de oprichting van een tarifieringsbureau voor de schuldsaldoverzekering, licht de algemene beoordeling van dit voorstel toe en bespreekt de concrete opmerkingen met betrekking tot de diverse aspecten van dit voorstel.

Ondertussen heeft de Commissie de besprekingen over deze problematiek verder gezet en toegespitst op de vragen om meer transparantie bij de behandeling van verzekeringsaanvragen, in concreto de medische vragenlijsten en de medische keuring, en dit in alle verzekeringen en dus niet alleen in de schuldsaldoverzekering.

In de loop van de besprekingen is dan de vraag gekomen van de Kamercommissie Bedrijfsleven om een advies te verlenen over wetsvoorstel DOC 52K1977.

Het voorliggende wetsvoorstel DOC 52K1977 is in principe beperkt tot de toegang voor de schuldsaldoverzekering. Het beoogt een regeling, door middel van een gedragscode, inzake de medische vragenlijsten en medische keuring, de termijn tot behandeling van de verzekeringsaanvraag en de voorwaarden van toegang tot een tarifieringsbureau. Deze gedragscode zou uitgewerkt worden door een Sectie (partiair samengesteld uit vertegenwoordigers van verzekeringssector, kredietsector, consumenten en patiëntenorganisaties) op te richten in de schoot van de Commissie voor Verzekeringen. Het wetsvoorstel regelt ook de werking van het tarifieringsbureau en van een compensatiekas tot verdeling van de schadelast tussen de verzekeraars en de kredietinstellingen. Tenslotte is de oprichting voorzien van een bemiddelingsorgaan tot behandeling van geschillen over de gedragscode.



## 2. BESPREKING VAN HET WETSVORSTEL

De Commissie benadrukt vooreerst dat diverse aspecten van de regeling voorgesteld in dit wetsvoorstel reeds aan bod zijn gekomen in de eerdere besprekingen in de Commissie en in de twee voornoemde adviezen DOC-C-2008-5 en DOC-C-2009-1 die het standpunt van de Commissie, alsook de standpunten van de verschillende delegaties ter zake toelichten.

Dit advies verwijst dan ook uitdrukkelijk naar de voorgaande adviezen. Betreffende de aspecten van de medische keuring en de vragenlijsten zal de Commissie later nog een advies geven, na verdere bespreking met het

assurances solde restant dû. Cet avis présente la proposition d'Assuralia, telle qu'affinée suite aux discussions en Commission, relative au traitement des demandes d'assurance et à la création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû. L'avis donne une évaluation générale de cette proposition et discute les remarques émises sur ses différents aspects.

Depuis lors, la Commission a poursuivi l'examen de la problématique en se concentrant sur la demande de transparence accrue du traitement des demandes d'assurance et en particulier sur les questionnaires médicaux et l'examen médical, dans toutes les assurances et non pas seulement en assurance solde restant dû.

C'est au cours de ces dernières discussions qu'est arrivée la demande de la Commission de l'Économie de la Chambre de rendre un avis sur la proposition de loi DOC 521977.

En principe, cette proposition de loi ne concerne que l'accès à l'assurance solde restant dû. D'abord, elle vise à définir des règles en matière de questionnaires et d'exams médicaux, de délais de traitement des demandes d'assurance et de conditions d'accès à un bureau de tarification. Ces règles seraient promulguées par un code de conduite, qui serait élaboré par une section (composée paritairement de représentants du secteur de l'assurance, du secteur du crédit, des consommateurs et des organisations de patients) à constituer au sein de la Commission des Assurances. Ensuite, la proposition de loi organise le fonctionnement du bureau de tarification et d'une caisse de compensation qui serait créée pour la répartition de la charge des sinistres entre assureurs et établissements de crédit. Enfin, la proposition de loi prévoit la création d'un organe de conciliation pour le traitement des litiges relatifs à l'application du code de conduite.



## 2. DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE LOI

La Commission souligne tout d'abord que divers aspects du régime décrit dans la proposition de loi ont déjà été traités dans les deux avis DOC-C-2008-5 et DOC-C-2009-1 précités, qui exposent la position de la Commission et des différentes délégations sur ces questions.

Le présent avis renvoie donc explicitement aux avis précédents. S'agissant des questionnaires et exams médicaux, la Commission rendra un avis ultérieurement, au terme de ses discussions avec la Vlaams Patiëntenplat-

Vlaams Patiëntenplatform, de Vlaamse Liga tegen Kanker, de Ligue des Usagers des Services de Santé, de Association Belge du Diabète en het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, en de Ombudsdienst Verzekeringen.

Daarnaast worden bij het voorliggend wetsvoorstel volgende algemene bemerkingen gegeven (A), gevolgd door een artikelsgewijze bespreking (B).

#### *A. Algemene bemerkingen*

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen hebben fundamentele bedenkingen bij de financiering van de voorgestelde oplossing. Voor hen is het primordiaal dat de overheid haar maatschappelijke rol opneemt en dat de verliezen die het tarifieringsbureau lijdt, gezamenlijk worden gedragen door de overheid, de kredietsector en de verzekeringssector. Alleen zo kan de leefbaarheid van het systeem verzekerd worden en kan het tarifieringsbureau in staat gesteld worden om verzekeringsoplossingen aan te bieden aan personen met gezondheidsproblemen.

Deze vertegenwoordigers benadrukken ook dat het de maatschappelijke rol van de overheid is om de schuldsaldoverzekering voor de verzekeringnemer betaalbaar te houden. Dit kan niet door de verzekeringssector zelf ten laste genomen worden (tariefvrijheid, prudentiële regels, ...) en ook niet worden omgeslagen over de bestaande portefeuille van schuldsaldoverzekeringen, die immers een vaste premie voorzien over de hele duur van het lopende contract.

Zij stellen ook dat dit wetsvoorstel op verschillende vlakken ingaat tegen het vrij verkeer van diensten en tegen de vrijheid van contracteren. Ook buitenlandse verzekeringsondernemingen en kredietinstellingen die op de Belgische markt actief zijn, zijn betrokken partij. De vraag stelt zich of de vooropgestelde bepalingen rond acceptatie, tarifiering, medefinanciering en beheer geen belemmering vormen voor het vrij verkeer van diensten en geen inkrimping van de Belgische levensverzekeringsmarkt tot gevolg zal hebben.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen hebben twijfels bij deze strikte interpretatie van het Europees recht inzake vrij verkeer van diensten en vrijheid van contracteren, die het wetsvoorstel zou belemmeren. Zij vragen nadere onderzoeken en meer gefundeerde argumentatie. Zij verwijzen hierbij naar de regeling die in Frankrijk via de Aeras-conventie een wettelijk

form, la Vlaamse Liga tegen Kanker, la Ligue des usagers des services de santé et l'Association belge du diabète, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et le Service Ombudsman des Assurances.

Le présent avis présente d'abord les remarques générales (A) de la Commission sur la proposition de loi soumise à ses délibérations puis en donne une discussion article par article (B).

#### *A. Remarques générales*

Les représentants des entreprises d'assurances soulèvent des objections fondamentales concernant le financement de la solution proposée. Pour eux, il est primordial que les pouvoirs publics assument leur rôle social et que les pertes qui seraient subies par le bureau de tarification soient prises en charge conjointement par les pouvoirs publics, le secteur du crédit et le secteur de l'assurance. Ce n'est qu'à ces conditions que la viabilité du système sera garantie et que le bureau de tarification sera en mesure de proposer des solutions d'assurance aux personnes dont la santé est chancelante.

Ces représentants insistent également sur le fait qu'il relève du rôle social des pouvoirs publics de maintenir le prix de l'assurance solde restant dû à un niveau abordable pour le preneur d'assurance. Pour plusieurs raisons (liberté tarifaire, règles prudentielles), le secteur de l'assurance ne peut s'engager sur ce point et ne peut pas non plus répartir sur l'ensemble des contrats d'assurances solde restant dû en cours les coûts qui résulteraient du fait de maintenir, dans tous les cas, l'assurance solde restant dû à un prix abordable. En effet, ce type de contrat prévoit des primes fixes.

Ces représentants soutiennent en outre que, sur plusieurs plans, la proposition de loi va à l'encontre de la libre circulation des services et de la liberté contractuelle. En effet, le régime adopté s'appliquerait également aux entreprises d'assurances et établissements de crédit étrangers qui exercent des activités en Belgique. Il y a lieu de se demander si les dispositions proposées en matière d'acceptation, de tarification, de cofinancement et de gestion ne feront pas obstacle à la libre circulation des services et n'entraîneront pas de contraction du marché belge de l'assurance vie.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients doutent de la pertinence de cette interprétation stricte du droit européen en matière de libre circulation des services et de liberté contractuelle, auxquelles la proposition de loi ferait obstacle. Ils demandent aux représentants des entreprises d'assurances de fournir des analyses précises et d'étayer leur argumentation. Ils renvoient au

kader kreeg. Voorts benadrukken zij dat de vrijheden van het Europees recht niet absoluut zijn en er uitzonderingen kunnen toegestaan worden met het oog op de bescherming van het algemeen belang. De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen zijn er van overtuigd dat de bescherming van personen met een reëel of vermeend verhoogd gezondheidsrisico als een regel van algemeen belang beschouwd zal worden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat aan verschillende voorwaarden moet voldaan zijn opdat een beperking van het vrij verkeer van diensten verantwoord wordt door het algemeen belang. Het evenredigheidsbeginsel houdt in dat de bescherming van het “algemeen belang” niet met minder beperkende middelen voor het vrij verkeer kan worden bereikt. Daar waar het wetgevend kader in Frankrijk vrij algemeen en beperkt blijft en een maximum laat regelen via conventie, is volgens hen het voorliggend wetsvoorstel te beperkend, onder meer op het vlak van acceptatie, tarifiering, beheer, medefinanciering.

Zij zijn ook van oordeel dat het toepassingsgebied van het wetsvoorstel te ruim is. Zij kunnen beamen dat, vanuit het principe van “recht op wonen”, een maatschappelijke oplossing moet gevonden worden voor de schuldsaldoverzekering, maar zullen alleen participeren in een oplossing die het hypothecair krediet ondersteunt en enkel voor het verwerven of verbouwen van een enige eigen woning. Voor het hypothecair krediet voor een 2de en volgende woning en voor de schuldsaldoverzekeringen gekoppeld aan een consumentenkrediet of een professioneel krediet geldt het maatschappelijk oogmerk niet meer, en neemt ook het risico op verzekeringsfraude toe. Zij benadrukken dat het bestaan van een “risico”, een “onzekere gebeurtenis”, een wezenlijk element van een verzekering is. Mogelijke misbruiken, waarbij personen zich verzekeren omdat ze weten dat het risico onafwendbaar is, moeten vermeden worden.

Bovendien zouden de maatregelen van het wetsvoorstel voor de schuldsaldoverzekeringen gekoppeld aan een consumentenkrediet of een professioneel krediet niet proportioneel zijn met de omvang van de markt van de schuldsaldoverzekeringen gekoppeld aan deze kredieten.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen geven aan dat zij blijven streven naar oplossingen die zo min mogelijk discriminaties toelaten omwille van iemand zijn gezondheidstoestand. Zij stellen zich de vraag in hoeverre het argument van de verzekeringsondernemingen omtrent de mogelijke toename van

système français, qui a reçu un cadre légal par la convention Aeras. Ils rappellent de plus que les libertés garanties par le droit européen ne sont pas absolues et que des exceptions peuvent être autorisées lorsqu'il s'agit de protéger l'intérêt général. Les représentants des consommateurs et des associations de patients sont convaincus que la protection des personnes exposées à un risque aggravé réel ou supposé du fait de leur état de santé sera considérée comme un enjeu d'intérêt général.

Les représentants des entreprises d'assurances rappellent qu'il faut respecter plusieurs conditions pour pouvoir justifier une limitation de la libre circulation des services par l'intérêt général. Ainsi, en vertu du principe de proportionnalité, il faut que la protection de l'« intérêt général » ne puisse pas être obtenue par des mesures moins restrictives pour la libre circulation. Alors que le cadre légal français reste relativement général et limité et permet de régler un maximum d'éléments par convention, la proposition de loi DOC 52 1977 est, selon eux, trop contraignante, notamment sur le plan de l'acceptation, de la tarification, de la gestion et du cofinancement.

Ces représentants estiment de plus que le champ d'application de la proposition de loi est trop large. Ils reconnaissent, sur le principe du « droit à l'habitat », qu'il est nécessaire de trouver une solution sociale au problème de l'accès à l'assurance solde restant dû. Cependant, ils ne participeront qu'à une solution destinée à soutenir le crédit hypothécaire, et uniquement s'il est souscrit en vue de l'acquisition ou de la transformation d'une habitation propre et unique. En ce qui concerne les crédits hypothécaires liés à l'acquisition d'une seconde résidence (ou de résidences suivantes) et les assurances solde restant dû se rapportant à des crédits à la consommation ou à des crédits professionnels, l'objectif social n'est plus pertinent et le risque de fraude à l'assurance augmente. Ces représentants soulignent que l'existence d'un « risque », soit d'une incertitude quant à la survenance d'un événement, constitue un élément essentiel de l'assurance. Il y a lieu d'éviter la possibilité d'abus, c'est-à-dire la possibilité, pour des individus, de s'assurer parce qu'ils savent que le risque se produira immanquablement.

En outre, les mesures prévues par la proposition de loi en ce qui concerne les assurances solde restant dû liées à des crédits à la consommation ou à des crédits professionnels ne sont pas proportionnelles à la taille du marché de l'assurance solde restant dû dans ces domaines.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients indiquent qu'ils cherchent à élaborer des solutions qui permettent le moins de discriminations possible qui soient fondées sur l'état de santé de l'assuré. Ils se demandent dans quelle mesure l'argument des entreprises d'assurances selon lequel les cas de fraude à l'assurance

verzekeringsfraude gefundeerd is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen naar de antidiscriminatiewet van 10 mei 2007 die bepaalt wanneer een onderscheid op grond van gezondheidstoestand gerechtvaardigd is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de verzekeringstussenpersonen geven de voorkeur aan de oplossing die in advies DOC-C-2009-1 is besproken. Dit is een verzekeringstechnische oplossing, voor een duidelijk omschreven toepassingsgebied binnen hetwelk problemen zijn vastgesteld, en die ruimte laat voor de onderhandelingspositie van de tussenpersonen. Zij vragen dat de verzekeringsmarkt via de oplossing voorgesteld in advies DOC-C-2009-1 de kans zou krijgen haar werk te doen en dat na een zekere termijn het resultaat zou geëvalueerd worden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen verwijzen evenwel naar hun bezwaren tegen dit voorstel zoals weergegeven in advies DOC-C-2009-1.

## **B. Artikelsgewijze bespreking**

### *1. Artikel 2 :*

#### **De Sectie - De gedragscode :**

##### *Voorgestelde artikel 95/1, §1, eerste lid : de Sectie*

Aan de Commissie voor Verzekeringen wordt de opdracht gegeven om in haar schoot een sectie op te richten die paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector en de kredietsector enerzijds en vertegenwoordigers van de consumenten- en patiëntenorganisaties anderzijds. Deze sectie heeft dan als opdracht een gedragscode uit te werken die van toepassing zou zijn bij de aanvragen van een levensverzekering die een hypotheek, professioneel of consumentkrediet waarborgt.

De Commissie voor Verzekeringen heeft op dit ogenblik een niet-bindende adviesbevoegdheid, zoals bepaald in artikel 41 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. De opdracht tot het uitwerken van de voorgestelde gedragscode, met inbegrip van de voorwaarden tot toegang voor een tariefbureau, betekent dat aan de Commissie een regelgevende rol wordt toegekend. De Commissie is van oordeel dat zij niet over de mogelijkheden beschikt om een dergelijk engagement met de vereiste kans op slagen binnen een redelijke termijn, op zich te nemen.

Indien toch zou beslist worden dat de Commissie een Sectie dient op te richten die een gedragscode zal opstellen,

pourraient se multiplier est fondé.

Les représentants des entreprises d'assurances renvoient à la loi anti-discrimination du 10 mai 2007, qui précise dans quelles circonstances une distinction fondée sur l'état de santé est justifiée.

Les représentants des entreprises d'assurances et des intermédiaires privilégient donc la solution présentée dans l'avis DOC-C-2009-1. Cette solution relève de la technique de l'assurance; son champ d'application est clairement limité au domaine dans lequel l'on constate des problèmes et elle préserve la position de négociation des intermédiaires. Ces représentants demandent que l'on donne au marché de l'assurance — en mettant en œuvre la solution proposée dans l'avis DOC-C-2009-1 — la possibilité de faire son travail et que le résultat de son action soit évalué au terme d'un délai déterminé.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients renvoient toutefois aux objections qu'ils ont formulées dans l'avis DOC-C-2009-1 à l'encontre de cette proposition.

## **B. Discussion article par article**

### *1. Article 2 :*

#### **La Section – Code de conduite :**

##### *Proposition d'article 95/1, § 1er, alinéa 1er : la Section*

Il est donné mission à la Commission des Assurances de constituer en son sein une section composée paritairement de représentants du secteur des assurances et du secteur du crédit, d'une part, et de représentants des organisations de consommateurs et des organisations de patients, d'autre part. Cette section serait chargée d'élaborer un code de conduite qui s'appliquerait en cas de demande d'assurance sur la vie garantissant un crédit hypothécaire, un crédit professionnel ou un crédit à la consommation.

Actuellement, en vertu de l'article 41 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, la Commission des Assurances dispose d'une compétence consultative et ses avis sont non contraignants. Charger la Commission d'élaborer un code de conduite — qui fixerait notamment les conditions d'accès au bureau de tarification — reviendrait à lui confier un rôle réglementaire. La Commission juge ne pas avoir la possibilité de prendre un tel engagement et de l'honorer dans le délai requis.

S'il était néanmoins décidé d'imposer à la Commission de constituer en son sein une section chargée de rédiger un

vragen de vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen dat deze sectie totaal autonoom zou werken, ongebonden aan vroegere besprekingen en voorstellen, alsook aan het optreden van de Commissie zelf. Zulke sectie zou alleszins moeten geleid worden door een onafhankelijke voorzitter.

Deze vertegenwoordigers verwijzen ook naar de termijn van één jaar die aan de Commissie wordt gegeven om een gedragscode uit te werken. Indien dit niet lukt, dient de Koning een code uit te werken, maar hiervoor is geen termijn vastgesteld. Aangezien de problematiek van de schuldsaldoverzekerings voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico reeds lang aansleept, vragen deze vertegenwoordigers dat ook aan de Koning een redelijke termijn zou opgelegd worden. Zij menen ook dat niet alleen de Minister van Financiën maar ook de Minister van Consumentenzaken dient betrokken te worden bij het opstellen van de gedragscode.

De vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersonen merken op dat zij niet vermeld worden in de samenstelling van de Sectie van de Commissie voor verzekeringen, noch in de samenstelling van het tarifieringsbureau, terwijl zij wel vertegenwoordigd worden in de Commissie en zij van oordeel zijn dat ze een belangrijke taak hebben om de consument/patiënt bij te staan in de onderhandelingen over een verzekeringsovereenkomst.

Deskundigen herhalen dat ook zij niet zijn vermeld in de samenstelling van de Sectie, niettegenstaande zij wettelijk deel uitmaken van de Commissie voor Verzekeringen.

Zij stellen zich meer algemeen de vraag of het juridisch mogelijk is in de schoot van de Commissie voor Verzekeringen een Sectie op te richten waarvan de samenstelling in het geheel niet overeenstemt met de samenstelling van de Commissie. Thans is dit eveneens geregeld in de Controlewet.

Een deskundige merkt op dat gezien de gedragscode ook van toepassing is op levensverzekeringen tot waarborg van het professioneel krediet, de vraag rijst of in de Sectie ook geen professionele verbruikers dienen vertegenwoordigd te worden.

*Voorgestelde artikel 95/1, §1, tweede lid : toepassingsgebied gedragscode :*

Het toepassingsgebied van de voorgestelde gedragscode betreft de aanvragen van een levensverzekering die een hypothecair, professioneel of consumentkrediet waarborgen.

Zoals supra reeds vermeld (II, A), zijn de vertegenwoor-

code de conduite, les représentants des consommateurs et des patients demandent que celle-ci travaille en totale autonomie, qu'elle ne soit liée ni par les discussions et propositions antérieures, ni par l'action de la Commission proprement dite. En tout état de cause, cette section devrait être présidée par une personnalité indépendante.

La proposition de loi prévoit également de donner un an à la Commission pour élaborer le code de conduite. Si elle ne parvenait pas à le faire dans ce délai, il reviendrait au Roi de rédiger le code. Le délai que devrait respecter le Roi n'est toutefois pas précisé. Or, la question de l'accès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé à l'assurance solde restant dû est posée depuis longtemps. Ces représentants demandent donc que le Roi se voie également imposer un délai raisonnable. En outre, ils estiment que, le cas échéant, la rédaction du code de conduite ne doit pas être confiée au seul ministre des Finances mais que le ministre de la Protection de la consommation doit également y être associé.

Les représentants des intermédiaires d'assurances font remarquer qu'ils ne sont cités ni dans la composition de la section de la Commission des Assurances, ni dans celle du bureau de tarification, alors qu'ils sont représentés à la Commission et qu'ils estiment assumer une tâche importante d'assistance du consommateur/patient dans ses négociations en vue de conclure un contrat d'assurance.

Des experts ajoutent qu'ils ne sont pas non plus cités dans la composition de la section, bien qu'en vertu de la loi, ils fassent partie de la Commission des Assurances.

Plus généralement, ils se demandent s'il est juridiquement possible de constituer, au sein de la Commission des Assurances, une section dont la composition ne correspondrait pas à celle de la Commission. Actuellement, la constitution des sections est elle aussi régie par la loi de contrôle.

Un expert demande si, dès lors que le code de conduite s'appliquera aussi aux assurances vie destinées à garantir des crédits professionnels, la section ne devrait pas également compter des représentants des consommateurs professionnels.

*Proposition d'article 95/1, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 : champ d'application du code de conduite :*

Le code de conduite s'appliquerait aux demandes d'assurance vie qui garantissent un crédit hypothécaire, un crédit professionnel ou un crédit à la consommation.

Comme mentionné supra (II, A), les représentants des en-

digers van de verzekeringsondernemingen van oordeel dat het toepassingsgebied van het wetsvoorstel te ruim is.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen herhalen dat zij streven naar oplossingen die zo weinig mogelijk discriminaties toelaten voor personen met een verhoogd risico omwille van hun gezondheidstoestand. Zij vinden het toepassingsgebied van het wetsvoorstel dan ook niet te ruim.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen ook hier naar de toepassing van de antidiscriminatiwet van 10 mei 2007.

*Voorgestelde artikel 95/1, §1, derde lid, inhoud gedragscode*

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen steunen volledig de wens van de indieners van het wetsvoorstel om de problematiek van de medische vragenlijsten en medische onderzoeken in het kader van verzekeringen aan te pakken. Ook in het advies DOC-C-2008-5 is deze problematiek aangekaart. Tijdens de besprekingen hebben de verbruikers en de patiëntenverenigingen gemeld dat er nog steeds medische vragenlijsten zijn die niet conform zijn met de bestaande wetgeving, met name het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, de Wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Deze vertegenwoordigers verkiezen een wet inzake ethische richtlijnen ter bescherming van de consument/patiënt als oplossing voor deze problematiek boven een gedragscode. Indien toch gekozen wordt voor een gedragscode in plaats van een wet pleiten zij er voor dat in de wet, die opdracht geeft om een code op te stellen, zou bepaald worden dat de gedragscode afdwingbaar zal zijn overeenkomstig de Wet op de Handelspraktijken. Indien na de voorziene evaluatie van twee jaar, zou blijken dat de gedragscode ernstige mankementen vertoont, dan vragen zij dat de wetgever de taak opneemt om zelf een degelijke regeling uit te werken.

**Gedragscode, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup>**

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat de invoering van een standaard medische vragenlijst, waarbij zowel de inhoud als de gevolgen op de tarifiering worden vastgelegd, de acceptatie- en tarifieringsvrijheid van de verzekeraars beknot. Hierdoor zal de marktwerking verstoord worden, zal de con-

treprises d'assurances sont d'avis que le champ d'application de la proposition de loi est trop large.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients répètent qu'ils demandent que les solutions qui seront retenues permettent le moins de discriminations possible à l'égard des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé. Ils estiment donc que le champ d'application de la proposition de loi n'est pas trop large.

Les représentants des entreprises d'assurances renvoient ici encore à la loi anti-discrimination du 10 mai 2007.

*Proposition d'article 95/1, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3 : contenu du code de conduite*

Les représentants des consommateurs et des associations de patients saluent sans réserve la volonté des auteurs de la proposition de loi de s'attaquer au problème des questionnaires et examens médicaux utilisés et imposés dans le cadre du traitement des demandes d'assurance. Ce problème est également abordé dans l'avis DOC-C-2008-5. Lors des discussions en Commission, ils ont soutenu que certaines entreprises d'assurances utilisaient encore des questionnaires non conformes à la législation en vigueur, à savoir la Convention européenne des droits de l'homme, la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Pour résoudre le problème, ces représentants privilégient l'adoption d'une loi fixant des lignes de conduite en matière éthique visant à protéger le consommateur/patient plutôt que l'élaboration d'un code de conduite. Si l'on devait néanmoins opter pour un code de conduite, ils demandent que la loi qui donnerait mission de le rédiger stipule que celui-ci serait contraignant, conformément à la loi sur les pratiques du commerce. Ils demandent en outre que si l'évaluation à laquelle il serait procédé après deux ans — comme le prévoit la proposition de loi — devait faire apparaître que le code de conduite présente des lacunes graves, le législateur se charge d'élaborer un régime efficace.

**Code de conduite : 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>**

Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis que l'instauration d'un questionnaire médical standardisé, dont le contenu et l'incidence sur la tarification seraient fixés, restreindrait la liberté d'acceptation et la liberté tarifaire des assureurs. Le fonctionnement du marché en serait perturbé, la concurrence amoindrie et l'innovation

currentie minder kunnen spelen en zal een rem gezet worden op productinnovatie.

In het wetsvoorstel wordt ook bepaald dat in de gedragscode wordt vastgelegd op welke manier er bij de tarifiering rekening wordt gehouden met de standaard medische vragenlijst. Voor deze vertegenwoordigers kan deze bepaling beschouwd worden als een inbreuk op het beginsel van tariefvrijheid en op het vrij verkeer van diensten, wanneer buitenlandse ondernemingen, actief op de Belgische markt, gedwongen worden om hun acceptatie- en tarifieringsbeleid aan te passen aan de gedragscode.

Deze vertegenwoordigers verwijzen naar het alternatief dat door Assuralia is uitgewerkt, namelijk een niet-limitatieve lijst van medische standaardvragen die duidelijk en niet voor interpretatie vatbaar zijn, en conform aan de van toepassing zijnde wetgeving en die als model kunnen dienen voor de verzekeringsondernemingen bij de opmaak van hun medische vragenlijsten.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen menen daarentegen dat een wettelijke regeling hieromtrent onontbeerlijk en dringend is.

Zoals in de inleiding vermeld, zal de problematiek van de medische vragenlijsten in een volgend advies uitvoerig besproken worden.

#### **Gedragscode, 4°**

Omtrent het medisch onderzoek stipuleert het wetsvoorstel dat in de gedragscode moet bepaald worden in welke gevallen een medisch onderzoek kan gevraagd worden en wat het onderzoek precies mag omvatten. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat zij op die manier verhinderd worden om op een correcte manier een verzekeringsaanvraag te beoordelen en met volledige kennis van zaken een contract aan te bieden. Wat wel en niet kan op het vlak van medische onderzoeken, is al geregeld in verschillende wetten die onverkort dienen nageleefd te worden.

Ook deze problematiek zal in een volgend advies verder behandeld worden.

#### **Gedragscode, 5°**

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn bereid om zich te engageren voor een bepaalde termijn in de mate dat het gaat om een termijn die zij zelf in de hand hebben.

#### **Gedragscode, 7°**

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiën-

freinée.

La proposition de loi prévoit que le code de conduite détermine de quelle manière la tarification tiendra compte du questionnaire médical standardisé. Selon ces représentants, si les entreprises étrangères actives sur le marché belge se voient contraintes d'adapter leur politique d'acceptation et de tarification au code de conduite, cette disposition pourra être considérée comme une violation du principe de liberté tarifaire et comme une atteinte à la libre circulation des services.

Ces représentants renvoient donc à la solution alternative, élaborée par Assuralia, à savoir l'établissement d'une liste non limitative de questions médicales standardisées qui soient claires, non susceptibles d'interprétation, conformes à la législation en vigueur et qui puissent servir de modèle aux entreprises d'assurances pour la rédaction de leurs propres questionnaires médicaux.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients estiment au contraire qu'il est indispensable et urgent de légiférer à ce sujet.

Comme mentionné dans l'introduction, la question des questionnaires médicaux sera traitée en détail dans un prochain avis.

#### **Code de conduite : 4°**

La proposition de loi prévoit que le code de conduite précise les cas où les assureurs pourraient demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance et fixe le contenu de cet examen. Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis que cette disposition les empêcherait d'évaluer correctement la demande d'assurance et de proposer un contrat en toute connaissance de cause. Plusieurs lois, qui restent applicables sans restriction, définissent déjà ce qui est permis ou non en matière d'examens médicaux.

La question sera également traitée dans un prochain avis.

#### **Code de conduite : 5°**

Les représentants des entreprises d'assurances sont disposés à s'engager sur un certain délai, pour autant qu'il s'agisse d'un délai dont le respect dépend d'eux.

#### **Code de conduite : 7°**

Les représentants des consommateurs et des associations



tenverenigingen zijn van mening dat één gemotiveerde weigering moet volstaan om doorverwezen te worden naar het tarifieringsbureau. Vanuit ethisch opzicht lijkt het hen onwenselijk dat iemand zich meerdere keren zou moeten laten weigeren omwille van zijn gezondheidstoestand voordat hij of zij terecht kan bij het tarifieringsbureau.

Wat de hoogte van de bij premie betreft, menen zij dat situaties waarbij de verzekeraarbaarheid van kandidaat-verzekerden moeilijk ligt of waarin de premies te sterk verschillen, slechts uitzonderlijk mogen voorkomen. De bij premie zou bijvoorbeeld niet meer dan een beperkt percentage van de globale effectieve lasten voet van de betrokken hypotheekaire of andere lening mogen bedragen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde de bepalende factor zou moeten zijn om uit te maken of iemand zich tot het tarifieringsbureau kan wenden, en niet het niveau van de bij premie an sich. De meer kans die een persoon heeft om te overlijden is een objectievelaar gegeven en zou als "trigger" kunnen dienen. Elke verzekeringsonderneming zou op eenzelfde manier beoordelen of een persoon de mogelijkheid heeft om zich tot het tarifieringsbureau te wenden. Op die manier worden onterechte verwijzingen vermeden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen wijzen erop dat de huidige praktijken voor talrijke kandidaat-verzekerden problemen meebrengen over dergelijke zogenaamd objectievelbare gegevens betreffende de gezondheidstoestand. Geregeld ontstaan er betwistingen bij het beoordelen van de gezondheidstoestand van een kandidaat-verzekerde tussen de adviseerende arts van de verzekeraar en de behandelende arts/specialisten van de kandidaat-verzekerde.

Deze vertegenwoordigers vragen dat in de gedragscode ook het recht op premievermindering bij vermindering van het gezondheidsrisico zou opgenomen worden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het niet eens met het argument dat er talrijke problemen zouden zijn en steunen zich op het jaarverslag van de Ombudsman 2007 dat een 27-tal klachten vermeldt met betrekking tot een mogelijke discriminatie op basis van de gezondheidstoestand (voor alle verzekeringen). Zij hebben begrepen dat ook het aantal gegronde klachten voor schuldalldoverzekeringen bij het Centrum beperkt is.

Wat betreft de vraag van de vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen om een recht op premievermindering in te voeren bij verbetering van de

de patiënten sont d'avis que le preneur d'assurance doit pouvoir accéder au bureau de tarification après s'être vu opposer un seul refus d'assurance motivé. D'un point de vue éthique, il ne leur semble pas souhaitable qu'un candidat à l'assurance doive essayer plusieurs refus du fait de son état de santé avant de pouvoir s'adresser au bureau de tarification.

S'agissant du niveau de la surprime, ils estiment que les situations où les candidats sont jugés inassurables ou où les primes s'écartent trop de la norme doivent être exceptionnelles. Par exemple, la surprime ne devrait pas pouvoir excéder un pourcentage limité du taux effectif global du crédit hypothécaire ou autre.

Les représentants des entreprises d'assurances font valoir que le facteur déterminant l'accès au bureau de tarification devrait être l'état de santé du candidat à l'assurance et non le niveau de la surprime en soi. La probabilité de décès d'une personne par rapport à une autre est une donnée objectivable et pourrait faire office d'élément déclencheur. Ainsi, chaque entreprise d'assurances évaluerait de la même manière si un candidat peut s'adresser au bureau de tarification et l'on éviterait les renvois inappropriés.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients attirent l'attention sur le fait que, pour de nombreux candidats à l'assurance, les pratiques actuelles en matière de données dites objectivables sur l'état de santé sont précisément sources de problèmes. L'évaluation de l'état de santé d'un candidat à l'assurance donne régulièrement lieu à des différends entre le médecin-conseil de l'assureur et le médecin traitant/spécialiste du candidat à l'assurance.

Par ailleurs, ces représentants demandent que le code de conduite prévoit également le droit à une diminution de la prime en cas de diminution du risque lié à l'état de santé.

Les représentants des entreprises d'assurances réfutent l'argument selon lequel l'évaluation de l'état de santé susciterait de nombreux problèmes. En effet, le rapport annuel 2007 de l'Ombudsman des assurances fait état de 27 plaintes concernant de possibles discriminations fondées sur l'état de santé (pour tous les types d'assurance). Selon leurs informations, le nombre de plaintes fondées concernant des assurances solde restant dû adressées au Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme est également limité.

Les représentants des entreprises d'assurances opposent en outre un certain nombre d'objections fondamentales à la demande des représentants des consommateurs et des as-

gezondheidstoestand, hebben de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen een aantal fundamentele bezwaren. Zij zijn van oordeel dat op die manier de solidariteit en dus het verzekeringsevenwicht doorbroken worden, en dat op basis van het gelijkheidsbeginsel de premie dan ook zou herzien moeten worden bij een verslechtering van de gezondheidstoestand. Zij verwijzen ook naar artikel 25 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst dat bepaalt dat de regels betreffende de risicovermindering niet van toepassing zijn op levensverzekeringen. Zij wijzen er ook op dat bij het sluiten van het contract de verzekeringsonderneming in zijn tarifiering reeds rekening houdt met een mogelijke wijziging, verbetering of verslechtering van de gezondheidstoestand. Tenslotte vragen zij zich af of het opleggen van een premievermindering geen inbreuk vormt op het beginsel van tariefvrijheid.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen zijn geenszins overtuigd door deze argumentatie van de verzekeraars. Zij steunen volmondig het standpunt van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding zoals omschreven in het advies DOC-C-2009-1. Bovendien staat het de wetgever vrij om het bedoelde artikel 25 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst aan te passen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat een aanpassing van artikel 25 Wet op de landverzekeringsovereenkomst ook een aanpassing vereist van artikel 26 inzake verzwaring van het risico, teneinde het verzekeringsevenwicht te herstellen. Dit zou evenwel leiden tot tariefonzekerheid en het doel van verzekeren, zorgen voor een zekere dekking van toekomstige risico's, uithollen.

## 2. Artikel 3: Het tarifieringsbureau

### *Voorgestelde artikel 95/2, § 2*

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat bij voorrang een oplossing moet gevonden worden voor de schuldsaldoverzekering voor een enige eigen woning. Een mogelijke uitbreiding naar invaliditeitsverzekeringen voor het waarborgen van een hypotheek krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet is niet aangewezen omdat er voor deze verzekeringen geen maatschappelijke behoefte is en de maatregel niet proportioneel is aangezien invaliditeitsverzekeringen gekoppeld aan deze kredieten zelden voorkomen. Bovendien is in het wetsvoorstel niet duidelijk bepaald over welk type invaliditeitsverzekeringen het precies gaat en op welke manier geverifieerd kan worden of de verzekering wel degelijk gekoppeld is aan een krediet.

sociations de patients d'octroyer au preneur d'assurance le droit à une diminution de prime en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré. D'une part, ils sont d'avis, qu'accorder un tel droit aux seuls assurés dont l'état de santé s'améliorerait enfreindrait le principe de solidarité et, par tant, romprait l'équilibre de l'assurance. D'autre part, ils considèrent qu'en vertu du principe d'égalité, la prime devrait alors aussi être revue en cas de détérioration de l'état de santé. Ils renvoient à l'article 25 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui dispose que les règles en matière de diminution du risque ne s'appliquent pas aux assurances sur la vie. De plus, ils rappellent que lors de la conclusion du contrat et de la tarification, l'entreprise d'assurances tient déjà compte de la possibilité que l'état de santé de l'assuré évolue, s'améliore ou se détériore. Enfin, ils se demandent si le fait d'imposer une diminution de la prime ne porterait pas atteinte au principe de liberté tarifaire.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients ne sont aucunement convaincus par cette argumentation des assureurs. Ils soutiennent sans réserve la position du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, telle qu'exposée dans l'avis DOC-C-2009-1. Ils notent en outre qu'adapter l'article 25, susmentionné, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre relève de la liberté du législateur.

Les représentants des entreprises d'assurances soutiennent qu'adapter cet article rendrait nécessaire d'adapter également l'article 26, qui porte sur l'aggravation du risque, afin de rétablir l'équilibre de l'assurance. Ces modifications de la loi résulteraient cependant en une incertitude tarifaire et videraient de sa substance l'objectif de l'assurance, qui est de se prémunir contre des risques futurs.

## 2. Article 3 : Le bureau de tarification

### *Proposition d'article 95/2, § 2*

Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis qu'il faut en priorité rechercher une solution en ce qui concerne l'assurance solde restant dû liée à l'acquisition ou la transformation d'une habitation propre et unique. Il serait inadéquat d'étendre le régime proposé aux assurances invalidité souscrites en garantie de crédits hypothécaires, professionnels ou à la consommation. En effet, une telle extension ne répondrait pas à un besoin social et serait disproportionnée par rapport au nombre d'assurances invalidité liées à ces types de crédit. En outre, la proposition de loi n'établit pas clairement quels types d'assurance invalidité elle vise et comment l'on vérifierait que l'assurance est bien liée à un crédit.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen zijn van mening dat een wet gerust mag vooruitdenken en rekening houden met mogelijke toekomstige evoluties, zoals een grotere vraag naar invaliditeitsverzekeringen gekoppeld aan een hypothecair krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet.

#### *Voorgestelde artikel 95/2 § 3*

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen vragen dat zij beroep zouden kunnen doen op medische en/of actuariële deskundigen die vergoed worden voor hun prestatie. De overheid zou voldoende middelen beschikbaar moeten maken om zo een efficiënte en degelijke werking van het tarifieringsbureau te garanderen.

Wat de samenstelling van het tarifieringsbureau betreft, stellen zij voor dat enerzijds 4 leden de verzekeraars en 2 leden de mutualiteiten zouden vertegenwoordigen en anderzijds 3 leden de patiënten en 3 leden de consumenten vertegenwoordigen.

Zij wijzen er op dat ziekenfondsen gespecialiseerd zijn in het beoordelen van gezondheidsrisico's en op die manier een bijdrage kunnen leveren.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zien geen enkele reden waarom de ziekenfondsen zouden moeten vertegenwoordigd zijn in het tarifieringsbureau aangezien zij geen betrokken partij zijn in de markt van de schuldsaldoverzekerings. De vaste leden van het tarifieringsbureau (patiënten- of consumentenvertegenwoordiging) kunnen wel vrij beslissen door wie zij zich laten vertegenwoordigen.

Deze vertegenwoordigers raden aan om de structuur van het tarifieringsbureau zo eenvoudig mogelijk te houden om de doorlooptijd van elk dossier zo kort mogelijk te houden (acceptatie en tarifiering vragen tijd indien de know-how hiervoor ontbreekt) en het tarifieringsbureau zo snel mogelijk te kunnen opstarten.

#### *Voorgestelde artikel 95/2 § 5*

Wat het beheer en de werkingskosten van het tarifieringsbureau betreft zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen van oordeel dat deze kosten mee dienen gedragen te worden door de kredietinstellingen – omdat zij rechtstreeks of onrechtstreeks voordeel halen uit een hogere toegankelijkheid – en de overheid – gezien dit kadert in haar maatschappelijke rol. Voor hen is het ook essentieel dat het beheer van de via het tarifieringsbureau

Les représentants des consommateurs et des associations de patients estiment qu'une loi peut certainement anticiper de possibles évolutions comme, ici, une hausse de la demande d'assurances invalidité liées à des crédits hypothécaires, professionnels ou à la consommation.

#### *Proposition d'article 95/2, § 3*

Les représentants des consommateurs et des associations de patients demandent de pouvoir faire appel à des experts médicaux et/ou à des actuaires dont les prestations seraient rémunérées. Les pouvoirs publics devraient mettre des moyens suffisants à disposition pour garantir l'efficacité du fonctionnement du bureau de tarification.

S'agissant de la composition du bureau de tarification, ces représentants proposent qu'il compte, d'une part, quatre représentants des assureurs et deux représentants des mutualités et, d'autre part, trois représentants des patients et trois représentants des consommateurs.

Ils attirent l'attention sur le fait que les mutualités sont spécialisées dans l'évaluation des risques liés à l'état de santé et pourraient donc contribuer utilement aux travaux du bureau de tarification.

Les représentants des entreprises d'assurances ne voient au contraire aucune raison d'associer les mutualités au bureau de tarification, puisqu'elles ne sont pas parties prenantes au marché de l'assurance solde restant dû. Du reste, les membres fixes du bureau de tarification (représentants des patients ou des consommateurs) pourraient décider librement de leurs représentants.

Les représentants des entreprises d'assurances conseillent de veiller à ce que la structure du bureau de tarification reste la plus simple possible, afin de réduire au maximum le délai de traitement des dossiers (l'acceptation et la tarification demanderont du temps si le bureau de tarification ne dispose pas du savoir-faire nécessaire) et de permettre de lancer les activités du bureau de tarification le plus rapidement possible.

#### *Proposition d'article 95/2, § 5*

Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis que les établissements de crédit — qui tirent directement ou indirectement profit d'une plus grande accessibilité de l'assurance solde restant dû — et les pouvoirs publics — parce que cela relève de leur rôle social — doivent contribuer à prendre en charge le résultat de la gestion ainsi que les frais de fonctionnement du bureau de tarification. Pour ces représentants, il est crucial que la gestion des contrats

gesloten contracten wordt gecentraliseerd bij één of meerdere ondernemingen die hiertoe bereid zijn (cfr. het voorbeeld van het tarifieringsbureau auto). Indien slechts een beperkt aantal ondernemingen de nodige structuren en procedures dienen uit te bouwen, zal het opzetten van het systeem goedkoper en vlugger verlopen. Het in het wetsvoorstel voorziene systeem waarbij elke verzekeringsonderneming door een kandidaat-verzekeringnemer verplicht kan worden om zijn contract te beheren staat qua organisatie en kostprijs niet in verhouding met de omvang van de problematiek. De vraag stelt zich bovendien of dit geen inbreuk op het vrije verkeer van diensten is.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen zijn echter van mening dat het in het wetsvoorstel voorgestelde systeem meer conform is aan de marktvrijheid gezien vanuit het standpunt van de consument.

Om de problematiek van de schuldsaldoverzekering globaal aan te pakken, vragen de vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen dat er naast een tarifieringsbureau ook een Commissie voor onderzoeken en studies en een Opvolgingscommissie zou opgericht worden (eventueel één commissie met twee bevoegdheden).

Een Commissie voor onderzoeken en studies zou als opdracht hebben alle nuttige medische gegevens te verzamelen en te bestuderen die als basis voor het al of niet toestaan van verzekeringen inclusief de tarificatie van risico's kunnen dienen, en waarbij rekening wordt gehouden met de vooruitgang van de medische wetenschap, die het risico op overlijden bij bepaalde chronische ziekten aanzienlijk verkleint. Op die manier zou gegarandeerd worden dat verzekeraars zich baseren op de meest recente, algemeen betrouwbare medische gegevens om hun segmentatiepolitiek te verantwoorden. Deze Commissie zou samengesteld zijn uit verschillende actoren die actief zijn op het terrein van de pathologie.

Een Opvolgingscommissie zou belast worden met het bewaken van de toepassing en uitvoering van de overeengekomen maatregelen. De commissie zou samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van verzekeraars, consumenten, mutualiteiten, de overheid en deskundigen. Ze zou aanbevelingen formuleren, statistische gegevens verzamelen over de werking van de maatregelen en een jaarlijks rapport opstellen over haar werking en de werking van de maatregelen ter bevordering van de verzekerbaarheid van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemin-

conclus suite à l'intervention du bureau de tarification soit — comme c'est le cas de la gestion des contrats conclus par l'intermédiaire du bureau de tarification RC auto — centralisée auprès d'une ou plusieurs entreprises qui y est/sont disposée(s). La limitation du nombre d'entreprises devant disposer des structures et élaborer les procédures nécessaires permettra de mettre le système sur pied plus rapidement et à moindre coût. Le système prévu par la proposition de loi, où chaque candidat à l'assurance pourrait désigner l'entreprise d'assurances qui gérerait son contrat serait, au point de vue de l'organisation requise et du coût engendré, sans proportion avec l'ampleur du problème. Se pose également la question de savoir si cette disposition ne ferait pas obstacle à la libre circulation des services.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients sont au contraire d'avis que, du point de vue du consommateur, le système prévu par la proposition de loi est plus conforme au libre marché.

Pour permettre une approche globale de la problématique de l'assurance solde restant dû, les représentants des consommateurs et des associations de patients demandent de constituer, à côté du bureau de tarification, une Commission des études et recherches et une Commission de suivi (ou, éventuellement, une commission qui serait dotée des deux compétences).

La Commission des études et recherches serait chargée de rassembler et d'étudier toutes les données médicales utiles en vue de la décision d'attribuer ou non l'assurance, y compris en vue de la tarification des risques. Ces données tiendraient compte des progrès de la médecine, qui peuvent réduire considérablement le risque de décès de certaines maladies chroniques. L'on garantirait ainsi que les assureurs justifient leur politique de segmentation sur la base des données médicales les plus récentes et les plus fiables. Cette Commission serait composée de différents acteurs de terrain de la pathologie.

La Commission de suivi serait chargée de veiller à l'application et à l'exécution des mesures convenues. Elle serait composée de représentants des assureurs, des consommateurs, des mutualités et des pouvoirs publics ainsi que d'experts. Elle formulerait des recommandations, collecterait des données statistiques sur la mise en œuvre des mesures et publierait un rapport annuel sur son fonctionnement et sur les mesures susceptibles de favoriser l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Les représentants des entreprises d'assurances craignent

gen vrezen dat de oprichting van extra commissies of organen het systeem, qua opstart en dagelijkse werking, erg log en duur zullen maken. Als alternatief verwijzen ze naar het voorstel besproken in DOC-C-2009-1, dat voorziet in een eenvoudige en praktisch werkbare oplossing, die bovendien snel operationeel kan zijn.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen verwijzen echter naar het goed functionerend Aeras-systeem in Frankrijk. Voor hen is dit een betere garantie voor een degelijke werking in de toekomst.

### 3. Artikel 4 :

#### **De voorwaarden van het tarifieringsbureau**

##### *Voorgestelde artikel 95/3 § 1*

Het wetsvoorstel bepaalt dat de acceptatievoorwaarden en het tarief door het tarifieringsbureau zelf worden bepaald.

Voor de acceptatievoorwaarden menen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat het meer aangewezen is deze taak over te laten aan de herverzekeraars die de nodige know-how en expertise hebben. Dossiers zullen sneller behandeld worden en de werking van het tarifieringsbureau zal eenvoudiger en goedkoper zijn en het bureau zal sneller operationeel zijn.

Voor de tarieven stellen deze vertegenwoordigers voor dat in het tarifieringsbureau eenmalig de tarifaire grondslagen zouden vastgelegd worden (de te gebruiken sterftetabellen) en dat de eigenlijke tarifiering - om redenen van efficiëntie - zou worden overgelaten aan de verzekeringsonderneming die de contracten zal beheren. Er dient ook gespecificeerd te worden dat aan de kandidaat-verzekerde een verzekeringstechnisch correcte premie zou gevraagd worden. Zoals reeds vermeld in A. Algemene bemerkingen is het de taak van de overheid om die premie voor de klant betaalbaar te houden. De overheid dient uit te maken voor wie, in hoeverre en op welke manier zij deze financiële tegemoetkoming zal verwezenlijken.

Er kan geen maximumtarief aan de verzekeringsondernemingen opgelegd worden omdat dit ingaat tegen het beginsel van de tariefvrijheid en omdat de prudentiële controlewetgeving aan de verzekeringsondernemingen verbiedt om verlieslatende producten aan te bieden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen hebben twijfels bij deze stellingen. Zij stellen vast dat de verzekeraars zich beroepen op de noodzaak van een verzekeringstechnisch correcte premie. Maar zij verwijzen naar de praktijk waaruit blijkt dat ook nu een

que la création de commissions ou organes supplémentaires rendent le lancement et le fonctionnement du système très lourd et onéreux. Ils renvoient, en lieu et place, à la solution exposée dans l'avis DOC-C-2009-1, qui est simple, fonctionnelle et qui pourrait être rapidement mise en œuvre.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients évoquent une fois encore le système français Aeras, qui fonctionne bien et qui, pour eux, représente une meilleure garantie de bon traitement des demandes à l'avenir.

### 3. Article 4 :

#### **Les conditions des assurances du bureau de tarification**

##### *Proposition d'article 95/3, § 1<sup>er</sup>*

La proposition de loi prévoit que le bureau de tarification fixe lui-même les conditions d'acceptation et les tarifs.

Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis, d'une part, qu'il serait préférable de confier cette tâche aux réassureurs, qui disposent du savoir-faire et de l'expertise nécessaires. Le traitement des dossiers et la mise sur pied du bureau de tarification en seraient accélérés et le fonctionnement du bureau de tarification en serait plus simple et plus économique.

Ces représentants proposent, d'autre part, que le bureau de tarification fixe une fois pour toutes les bases tarifaires (tables de mortalité à utiliser) et que, dans un souci d'efficacité, la tarification proprement dite soit déléguée aux entreprises d'assurances qui gèreront les contrats. La prime facturée au candidat à l'assurance devrait également être calculée dans le respect de la technique de l'assurance. Comme mentionné au point A. Remarques générales, il incombe aux pouvoirs publics de maintenir la prime à un niveau abordable pour le client. Les pouvoirs publics doivent donc déterminer les bénéficiaires, la forme et la proportion de leur intervention financière.

L'on ne peut imposer de limites tarifaires aux entreprises d'assurances, d'abord parce que ces limites contreviendraient au principe de liberté tarifaire, ensuite parce que la législation prudentielle interdit aux entreprises d'assurances de proposer des produits déficitaires.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients doutent de la pertinence de ces arguments. Ils constatent que les assureurs invoquent la nécessité de calculer les primes conformément à la technique de l'assurance. Ils se réfèrent cependant à la pratique, qui montre

onderscheid bestaat tussen de verzekeringstechnische premie en de commerciële premie die de klant aangerekend krijgt. Dit onderscheid komt bijvoorbeeld voort uit marketingoverwegingen. Deze vertegenwoordigers stellen dan ook de vraag of het voor de verzekeraars niet mogelijk zou zijn om zelf een inspanning te doen zodat personen met een verhoogd gezondheidsrisico een betaalbare premie aangerekend krijgen, zonder dat alles op de overheid afgewenteld wordt. Zij menen dat wanneer "de overheid", dus de gemeenschap mee moet optreden en mee verliezen moet dragen, er alleszins in elk concreet geval meer duidelijkheid moet zijn over acceptatievoorwaarden, tarifiering, hoogte en samenstelling van premies, kosten en dergelijke.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen tevens vast dat het wetsvoorstel een tweejaarlijkse aanpassing van de toegangsvoorwaarden en tarieven aan de evolutie van de medische wetenschap voorziet. Zij stellen dat een actualisering van de tarieven pas in overweging kan genomen worden in de mate dat effectief is gebleken dat een nieuwe medische techniek een reële impact heeft op de verzekeraarbaarheid van een aandoening.

#### *Voorgestelde artikel 95/3 § 2*

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen menen dat iedere bijpremie, iedere verhoogde vrijstelling en iedere weigering gemotiveerd moet worden. Voor hen is dat de enige manier om te kunnen controleren of een bijpremie, vrijstelling of weigering al dan niet terecht en proportioneel is. Sommige patiënten/ex-patiënten moeten bijvoorbeeld een bijpremie betalen terwijl hun chronische ziekte in het geheel niet levensbedreigend is en zij zelfs overwegend gezonder leven dan zogenaamde gezonde mensen. De patiënten zouden de gemotiveerde beslissing van de verzekeraar moeten kunnen aftoetsen bij het bemiddelingsorgaan inzake schuld-saldoverzekerings (artikel 6 van het wetsvoorstel).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen staan ook achter de vraag naar motivering, maar menen dat het essentieel is dat aan de motiveringsplicht een beperkte en concreet haalbare draagwijdte wordt gegeven. Naar analogie met het systeem Aeras, menen zij dat de motivering dient te steunen op medische elementen en niet op technische elementen. Technische informatie biedt voor de klant geen meerwaarde omdat ze moeilijk te begrijpen en te beoordelen is.

Er kan ook niet aan de verzekeringsondernemingen gevraagd worden om bedrijfseigen informatie, zoals over de samenstelling van de premie, vrij te geven. Dit kan immers de marktwerking hypothekeren waardoor de concurrentie veel minder zal kunnen spelen. Bovendien is het

qu'il existe aujourd'hui déjà, notamment pour des raisons de marketing, des différences entre les primes calculées selon la technique de l'assurance et les primes commerciales mises à charge des clients. Ils demandent donc si les assureurs ne pourraient pas faire eux-mêmes l'effort nécessaire pour facturer des primes raisonnables aux personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé, sans que ces primes ne doivent être répercutées sur les pouvoirs publics. Ces représentants sont d'avis que si les « pouvoirs publics », c'est-à-dire la communauté, doit intervenir et supporter des pertes, les conditions d'acceptation, la tarification, le niveau et la composition des primes et les coûts liés à chaque cas concret devraient faire l'objet d'une plus grande transparence.

Les représentants des entreprises d'assurances constatent par ailleurs que la proposition de loi prévoit une adaptation bisannuelle des conditions d'accès et des tarifs à l'évolution de la médecine. Ces représentants estiment qu'une actualisation des tarifs ne peut être envisagée que dans la mesure où il est effectivement avéré qu'une nouvelle technique médicale a une incidence réelle sur l'assurabilité d'une affection donnée.

#### *Proposition d'article 95/3, § 2*

Les représentants des consommateurs et des associations de patients sont d'avis que toute surprime, toute hausse de la franchise et tout refus d'assurance doivent être motivés. Pour eux, c'est là la seule manière de pouvoir contrôler si une surprime, une franchise ou un refus sont justes et proportionnels. Ils citent l'exemple de certains patients/ex-patients qui se voient facturer des surprimes alors que les maladies chroniques dont ils souffrent ne sont pas mortelles et que leur état de santé général est meilleur que celui de certaines personnes dites en bonne santé. Les patients devraient pouvoir soumettre la décision motivée de l'assureur à l'organe de conciliation compétent en matière d'assurances solde restant dû (article 6 de la proposition de loi).

Les représentants des entreprises d'assurances soutiennent la demande de motivation mais jugent indispensable de lui donner une portée limitée et réaliste. Comme c'est le cas dans le système Aeras, la motivation devrait, selon eux, s'appuyer sur des éléments médicaux et non sur des éléments techniques. En effet, pour le client, les informations techniques, qui sont difficilement compréhensibles et évaluable, sont peu intéressantes.

En outre, demander aux entreprises d'assurances de dévoiler des informations propres, comme des informations relatives à la composition de la prime, hypothéquerait le fonctionnement du marché, ce qui réduirait considérablement la concurrence. D'un point de vue pratique, il est du

praktisch onhaalbaar om voor ieder dossier een omstandige technische motivering te geven.

Bij de uitwerking van deze motiveringsplicht dienen de herverzekeringsondernemingen betrokken en geconsulteerd te worden omdat de verzekeringsondernemingen sterk afhankelijk zijn van de input van de herverzekeringsondernemingen waarmee ze samenwerken.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen zijn het niet eens met voormelde interpretatie van de Aeras-conventie. Zij menen dat de motivering een geheel van medische, technische en juridische elementen bevat.

#### 4. Artikel 5: Compensatiekas

##### *Voorgestelde artikel 95/4 § 3*

Om een paritaire samenstelling van deze compensatiekas te bekomen stellen de vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen voor aan het wetsvoorstel toe te voegen dat het beheer van de kas en het vaststellen van de verdeelsleutel wordt toevertrouwd aan een comité dat paritair is samengesteld uit enerzijds vertegenwoordigers van de in §3 van artikel 95/4 vermelde ondernemingen en anderzijds vertegenwoordigers van de patiënten- en consumentenorganisaties. Volgens de vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen moet de samenstelling van dit comité beperkt blijven tot partijen die mee instaan voor de financiering van het systeem.

Voor de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen is de tussenkomst van de kredietsector te beperkend en onduidelijk geformuleerd: de kredietinstellingen zouden volgens het wetsvoorstel enkel moeten tussenkomen voor zover zij een schuldsaldoverzekering als waarborg voor het krediet vragen ("exiger" in de Franse tekst). Nochtans is de kredietsector in haar algemeenheid betrokken en belanghebbende partij. De aanwezigheid van een schuldsaldoverzekering laat een kredietinstelling immers toe om gemakkelijker en aan betere voorwaarden een krediet aan te bieden.

De vertegenwoordigers van de kredietsector wijzen er echter op dat, indien de krediet-sector zal moeten bijdragen in de voorgestelde solidariteit, dit zeker een invloed zal hebben op de prijs van het hypothecair krediet.

#### 5. Artikel 6: Bemiddelingsorgaan inzake schuldsaldoverzekeringen

##### *Voorgestelde artikel 95/5*

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat de bemiddeling kan gebeuren

reste impossible de fournir, dans chaque dossier, une motivation technique circonstanciée.

Les entreprises de réassurance doivent être consultées et associées à la mise en œuvre de l'obligation de motivation. En effet, la réponse des entreprises d'assurances dépendra fortement de l'évaluation que font les entreprises de réassurance des risques qui leur sont présentés.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients rejettent cette interprétation de la convention Aeras. Ils souhaitent que la motivation comporte des éléments médicaux, techniques et juridiques.

#### 4. Article 5 : Caisse de compensation

##### *Proposition d'article 95/4, § 3*

Pour que la caisse de compensation soit composée paritairement, les représentants des consommateurs et des associations de patients proposent d'ajouter à la proposition de loi une disposition selon laquelle la gestion de la caisse et la fixation de la clé de répartition seraient confiées à un comité composé paritairement, d'une part, de représentants des entreprises citées à l'article 95/4, § 3, et, d'autre part, de représentants des associations de consommateurs et de patients. Les représentants des entreprises d'assurances estiment au contraire que ce comité, s'il est créé, ne doit être composé que des entités et entreprises qui participent au financement du système.

Les représentants des entreprises d'assurances jugent que la proposition de loi définit l'intervention du secteur du crédit de manière peu claire et trop limitative. Selon la proposition, les établissements de crédit ne devraient en effet participer que dans la mesure où ils « exigent » (« vragen » dans le texte néerlandais) une assurance solde restant dû en garantie du crédit. Pourtant, puisque la souscription d'une assurance solde restant dû facilite l'octroi du crédit et permet de le proposer à de meilleures conditions, le secteur du crédit dans son ensemble est concerné et est partie prenante au système.

Les représentants du secteur du crédit avertissent cependant que la contribution du secteur du crédit à la solidarité que prévoit la proposition de loi influencera certainement le prix du crédit hypothécaire.

#### 5. Article 6 : Organe de conciliation en matière d'assurances solde restant dû

##### *Proposition d'article 95/5*

Les représentants des entreprises d'assurances sont d'avis que l'Ombudsman des assurances pourrait se charger de la

door de Ombudsman van de Verzekeringen en dat het dus niet nodig is om een bijkomend bemiddelingsorgaan te creëren, specifiek voor schuldsaldoverzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen wijzen er op dat deze Ombudsdienst geen paritaire samenstelling heeft. Indien de wetgever er voor zou kiezen om de taak van bemiddeling aan de Ombudsdienst voor Verzekeringen toe te vertrouwen zoals voorgesteld wordt door de vertegenwoordigers van de verzekeraars, dan vragen de vertegenwoordigers van patiënten en verbruikers een fundamentele hervorming van dit orgaan. Zij vragen een volledig paritaire samenstelling van de Ombudsdienst met een degelijke consumenten- en patiëntenvertegenwoordiging, eventueel aangevuld met erkende medische en andere deskundigen.

-♦-

### 3. BESLUITEN

Zoals in de vorige adviezen, DOC-C-2008-5 en DOC-C-2009-1 reeds werd gesteld, erkent de Commissie de problematiek van de verzekeraarbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico en is ze er van overtuigd dat een juridische oplossing dient gezocht te worden.

Wat het concrete voorgelegde wetsvoorstel DOC 52K 1997 betreft is de Commissie van oordeel dat zij, noch een Sectie in haar schoot, op dit ogenblik over de mogelijkheden beschikt om de voorgestelde regelgevende rol op te nemen en binnen een redelijke termijn eensgezindheid te bekomen over de uit te werken gedragscode.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen wijzen erop dat de ervaring met moeilijk verzekerbare risico's leert dat de belangen van de verzekeringnemer het best gediend zijn door de flexibiliteit van onderhandelde en dus bemiddelde marktwerking te vrijwaren, niet door maximale institutionalisering. Dit geldt zowel voor de dekkingsvoorwaarden als voor de premie. Zij zijn van oordeel dat de concrete bijstand van elke individuele verzekeringnemer door een makelaar die de verzekeringnemer in onafhankelijkheid en met gespecialiseerde technische kennis bijstaat in de praktijk bijdraagt tot een adequate rechtsbescherming van de verzekerde. De wettelijke rechtsbescherming blijft overigens onverkort van toepassing zonder dat daarvoor een specifieke en wettelijke regeling noodzakelijk is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen hebben verschillende fundamentele bedenkingen bij het wetsvoorstel.

médiation en matière d'assurance solde restant dû et qu'il n'est donc pas nécessaire de créer un organe de conciliation supplémentaire pour ce domaine particulier.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients attirent l'attention sur le fait que le Service Ombudsman des Assurances n'est pas composé paritairement. Selon eux, si le législateur devait choisir de confier à ce Service la conciliation dans le domaine de l'assurance solde restant dû, comme le propose les représentants des assureurs, il devrait être fondamentalement réformé : il devrait être composé en toute parité ; les consommateurs et les patients devraient y être correctement représentés et il devrait pouvoir se faire assister, si nécessaire, par des experts médicaux et par d'autres experts reconnus.

-♦-

### 3. CONCLUSIONS

Comme elle l'a déjà affirmé dans ses avis DOC-C-2008-5 et DOC-C-2009-1, la Commission reconnaît l'importance du problème de l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé et est convaincue de la nécessité d'y rechercher une solution juridique.

Concernant la proposition de loi DOC 52 1997 soumise à ses délibérations, la Commission est d'avis qu'elle — ou la section qui serait constituée en son sein — n'a pas actuellement la possibilité d'assumer le rôle réglementaire que la proposition de loi envisage de lui confier et de parvenir, dans un délai raisonnable, à l'unanimité sur un code de conduite.

Les représentants des intermédiaires soulignent que l'expérience des risques difficilement assurables montre que les intérêts du preneur d'assurance sont le mieux servis non par l'institutionnalisation maximale mais par la préservation de la flexibilité que permet la négociation et donc l'intermédiation. Ceci vaut tant en ce qui concerne les conditions d'assurance qu'en ce qui concerne la prime. Ces représentants sont d'avis que le fait, pour chaque preneur d'assurance, de se faire assister par un courtier, qui l'aide en toute indépendance et sur la base de ses connaissances techniques spécialisées, contribue, en pratique, à une protection juridique adéquate de l'assuré. Du reste, la protection juridique prévue par la législation actuellement en vigueur est maintenue sans restriction, sans qu'il soit nécessaire d'adopter un régime spécifique et légal à cet effet.

Les représentants des entreprises d'assurances font valoir des objections fondamentales à la proposition de loi.



Om de leefbaarheid van het systeem te garanderen is het essentieel dat alle lasten ervan gezamenlijk worden gedragen door de verzekeringssector, de kredietsector en de overheid. Dit slaat onder meer op de verliezen die het tarifieringsbureau lijdt, de werkingskosten van het tarifieringsbureau, e.d. Voor het betaalbaar houden van de premie dient de overheid, buiten het tarifieringsbureau om, een oplossing te bieden.

Het wetsvoorstel gaat op verschillende vlakken in tegen het principe van vrij verkeer van diensten, contractvrijheid en tariefvrijheid. De vooropgestelde bepalingen rond acceptatie, tarifiering, beheer, medefinanciering, ... dreigen bovendien uiteindelijk een inkrumping van de Belgische levensverzekeringsmarkt tot gevolg te hebben.

Het toepassingsgebied van het wetsvoorstel is te ruim. Aan de grondslag van de oprichting van een tarifieringsbureau voor schuldsaldoverzekerings ligt het "recht op wonen". Vandaar dat het toepassingsgebied beperkt dient te blijven tot schuldsaldoverzekerings gekoppeld aan een hypothecair krediet voor het verwerven of verbouwen van de enige eigen woning.

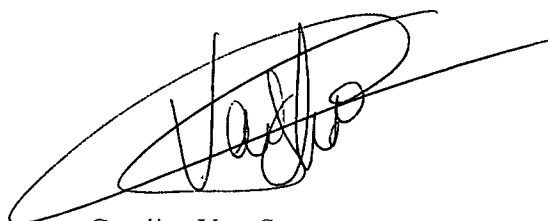
Het is absoluut noodzakelijk dat het tarifieringsbureau bepaalde limieten in aanmerking neemt wanneer zij beslist dat een verzekering kan aangeboden worden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verkiezen de oplossing besproken in het advies DOC-C-2009-1. Het gaat om een gerichte en praktisch werkbare oplossing die, omwille van haar eenvoud, snel in de praktijk gebracht kan worden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen vragen dat de wetgever een wettelijke regeling zou uitwerken waar patiënten- en consumenten-vertegenwoordigers bij betrokken worden.

-♦-

De Voorzitster,



Caroline VAN SCHOUBROECK

Pour garantir la viabilité du système, il est essentiel que tous les coûts qui y seront liés — pertes subies par et frais de fonctionnement du bureau de tarification notamment — soient pris en charge conjointement par le secteur de l'assurance, le secteur du crédit et les pouvoirs publics. Pour maintenir la prime à un niveau abordable, les pouvoirs publics doivent offrir une solution indépendante du bureau de tarification.

À plusieurs égards, la proposition de loi va à l'encontre du principe de libre circulation des services, de la liberté contractuelle et de la liberté tarifaire. De plus, les dispositions proposées en matière, notamment, d'acceptation, de tarification, de gestion et de cofinancement menacent d'entraîner, à terme, à une contraction du marché belge de l'assurance vie.

Le champ d'application de la proposition de loi est trop large. Puisque le principe sous-jacent à la création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû serait le « droit à l'habitat », le champ d'application de la loi devrait être limité aux assurances solde restant dû liées à un crédit hypothécaire souscrit en vue d'acquérir ou de transformer une habitation propre et unique.

Il est indispensable que le bureau de tarification respecte certaines limites lorsqu'il décidera qu'une assurance peut être proposée.

La préférence des représentants des entreprises d'assurances et des intermédiaires va à la solution présentée dans l'avis DOC-C-2009-1. Il s'agit d'une solution ciblée et fonctionnelle qui, du fait de sa simplicité, pourrait être mise en œuvre rapidement.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients demandent quant à eux que le législateur élabore un régime légal où consommateurs et patients seraient représentés.

-♦-

Le Présidente,