

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 22 FEBRUARI 2018

DOC/C2018/2

ADVIES

over ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, § 3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

1. INLEIDING

De Vice-Eerste Minister en Minister van werk, economie en consumenten belast met buitenlandse handel heeft op 18 december 2017 de Commissie voor Verzekeringen gevraagd advies te verlenen over het Ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de wet van 4 april 2014

betreffende de verzekeringen (hierna 'WVLA').

Het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (hierna 'KB van 1 februari 2010') voorzag in de berekening van de zogenaamde 'medische index'. Op grond van deze index kan een verzekeringsonderneming onder meer de premies van de andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten jaarlijks aanpassen.

De Raad van State heeft, bij arrest van 29 december 2011, dit KB gedeeltelijk vernietigd. Door deze gedeeltelijke vernietiging kon er tot 2016 geen medische index meer worden vastgesteld en bekendgemaakt. Het KB van 1 februari 2010 werd gewijzigd bij KB van 18 maart 2016 om tegemoet te komen aan de problematiek van de herwaardering van de vergrijzingsvoorzieningen. Vanaf 1 juli 2016 werd de medische index opnieuw gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Het thans door de Minister voorgelegd ontwerpKB heft het huidige KB van 1 februari 2010 op. Inhoudelijk neemt dit ontwerpKB de bestaande regeling over, met enkele verduidelijkingen.

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, LE 22 FÉVRIER 2018

DOC/C2018/2

AVIS

sur le projet d'arrêté royal déterminant les indices médicaux visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

1. INTRODUCTION

Le 18 décembre 2017, le vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Économie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur a demandé à la Commission des Assurances de remettre un avis sur le projet d'arrêté royal déterminant les indices médicaux visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

L'arrêté royal du 1er février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après l'« AR du 1er février 2010 ») prévoyait le calcul de l'« indice médical ». Une entreprise d'assurance, entre autres, peut se baser sur cet indice pour adapter annuellement les primes des contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle.

Dans son arrêt du 29 décembre 2011, le Conseil d'État a partiellement annulé cet AR. Vu cette annulation partielle, aucun indice médical n'a plus pu être fixé ni publié jusqu'à 2016. L'AR du 1er février 2010 a été modifié par l'AR du 18 mars 2016 pour répondre à la problématique de la revalorisation des provisions de vieillissement. Depuis le 1er juillet 2016, l'indice médical est à nouveau publié au Moniteur belge.

Le projet d'AR présentement soumis par le Ministre abroge l'actuel AR du 1er février 2010. Sur le fond, ce projet d'AR reprend la réglementation existante, en apportant quelques éclaircissements. Il ajoute en outre

Daarenboven voegt het bijkomend een regeling toe die het de verzekeraar mogelijk maakt om de toewijzing van een verzekeringsproduct aan een bepaald waarborgtype te wijzigen wanneer tijdens de looptijd van het verzekeringsproduct zou blijken dat de schadelast van een ander waarborgtype manifest en op duurzame wijze zwaarder doorweegt in de bepaling van de jaarpremie dan de schadelast van het waarborgtype waaraan het verzekeringsproduct werd aangehecht. De doelstelling van deze aanpassing is om nog beter te kunnen garanderen dat de medische index zorgt voor een graduele stijging van de premie, waarmee moet worden vermeden dat verzekerden zouden worden geconfronteerd met een plotse en belangrijke aanpassing van de premie wanneer verzekeringsondernemingen hersteldossiers moeten indienen bij de Nationale Bank of de CDZ voor de verzekeringsmob's.

De Commissie heeft tevens kennis kunnen nemen van de wijziging van artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen via het ontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake de economie, dat reeds voorligt bij de Ministerraad.

De Commissie heeft dit ontwerp van koninklijk besluit besproken tijdens haar vergadering van 25 januari 2018 en verleent hierbij volgend advies.

II. BESPREKING VAN HET ONTWERP VAN KONINKLIJK BESLUIT

A. Algemene bemerkingen

1. De Commissie betreurt dat zij niet werd gevraagd advies te verlenen over de wijzigingen van artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en dat zij thans gezien het reeds aan de ministerraad voorgelegd wetsontwerp niet meer in de mogelijkheid is hierbij bemerkingen te maken.

De Commissie vraagt dat nader zou worden onderzocht of de Koning, op basis van (het gewijzigd) artikel 204 van de wet van 4 april 2014, voldoende bevoegdheid heeft om een regeling te voorzien waarbij het waarborgtype van de medische index kan worden gewijzigd.

Meerdere leden stellen dat wanneer de aanpassingen in het wetsontwerp de juridische grondslag vormen voor de wijzigingen in het voorgelegd ontwerpKB, deze wetswijziging eerst in werking moet zijn getreden

une réglementation qui permet à l'assureur de modifier le rattachement d'un produit d'assurance à un certain type de garantie s'il s'avère, pendant la durée du produit d'assurance, que la charge des sinistres d'un autre type de garantie pèse manifestement et durablement plus lourd dans la fixation de la prime annuelle que la charge des sinistres du type de garantie auquel le produit d'assurance a été rattaché. Cette adaptation vise à mieux garantir l'utilisation de l'indice médical comme garantie d'une hausse graduelle de la prime et à éviter ainsi que les assurés soient confrontés à une adaptation soudaine et considérable de la prime lorsque des entreprises d'assurances sont amenées à introduire des dossiers de redressement auprès de la Banque nationale ou auprès de l'OCM pour les sociétés mutualistes.

La Commission a également pu prendre connaissance de la modification de l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances en consultant le projet de loi portant dispositions diverses en matière d'économie, déjà soumis au Conseil des ministres.

Ayant examiné ce projet d'arrêté royal lors de sa réunion du 25 janvier 2018, la Commission des Assurances remet l'avis suivant.

II. EXAMEN DU PROJET D'ARRÊTÉ ROYAL

A. Remarques générales

1. La Commission des Assurances déplore que son avis n'ait pas été sollicité sur les modifications de l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et qu'attendu que le projet de loi a déjà été soumis au Conseil des ministres, elle n'ait plus la possibilité de formuler des remarques.

La Commission demande de vérifier de manière plus approfondie si le Roi dispose, en vertu de l'article 204 (modifié) de la loi du 4 avril 2014, d'une compétence suffisante pour prévoir des dispositions permettant de modifier le type de garantie de l'indice médical.

Plusieurs membres indiquent que, dès lors que les adaptations apportées au projet de loi constituent le fondement juridique des modifications contenues dans le projet d'AR soumis, cette modification de loi doit entrer en vigueur

vooraleer het nieuwe KB kan gepubliceerd worden.

2. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat de invoering in het KB van de procedure om een verzekeringsproduct op een bepaald moment toe te kennen aan een ander waarborgtype, zoals voorzien in het voorgestelde artikel 3, §§2 tot en met 6, essentieel is.

Het huidige KB bepaalt reeds dat de waarborg die het zwaarst doorweegt in de bepaling van de jaarpremie, de waarborg bepaalt waaraan het verzekeringsproduct wordt toegewezen voor de toepassing van de specifieke indexcijfers. De meeste verzekeringsproducten bevatten verschillende waarborgen. Doordat de ziektekostenverzekeringen langlopende verzekeringen zijn (levenslang in hoofde van de verzekeringsonderneming) kan het voorkomen dat het zwaartepunt in de bepaling van de jaarpremie tijdens de looptijd verandert. Een verzekeringsonderneming zal immers bij de start van een product (of, voor lopende producten, bij de invoering van het KB medische index in 2010) bepalen welke waarborg het zwaarst doorweegt in de jaarpremie. Latere aanpassingen in de sociale zekerheid kunnen een invloed hebben op de terugbetalingen door de verzekeringsondernemingen en ook de voorkeuren van de verzekerden kunnen veranderen, waardoor de waarborg die het zwaarst doorweegt in de jaarpremie kan wijzigen.

Wanneer een verzekeringsproduct van waarborgtype wijzigt, zal dit een impact hebben op de indexcijfers die berekend worden voor zowel het oude als het nieuwe waarborgtype. Deze vertegenwoordigers zijn van mening dat de voorgestelde procedure een goed evenwicht bewaart tussen de belangen van de verzekeringsonderneming die vaststelt dat haar product niet meer aan het juiste waarborgtype is toegewezen, de belangen van de andere verzekeringsondernemingen die potentieel de impact zullen ondervinden van deze wijziging alsook de belangen van de verzekeringnemers waarborgt daar de verzekeringsonderneming slechts onder bepaalde voorwaarden haar product aan een ander waarborgtype kan toewijzen waardoor dit niet lichtzinnig kan gebeuren.

De Controledienst voor de Ziekenfondsen merkt op dat bij de wijziging van waarborgtype bij gemengde verzekeringscontracten, bv. indien de verzekerde de vrije keuze heeft tussen een éénpersoonkamer of een tweepersoonkamer bij hospitalisatie, doordat een ander waarborgtype zwaarder doorweegt in de kosten, dit tot

avant que le nouvel AR puisse être publié.

2. Les représentants des entreprises d'assurance soulignent que l'introduction, dans l'AR, de la procédure permettant de rattacher, à un moment donné, le produit d'assurance à un autre type de garantie, comme prévu dans la proposition d'article 3, §§ 2 à 6 inclus, est essentielle.

L'AR actuel dispose déjà que la garantie qui pèse le plus dans la fixation de la prime annuelle détermine la garantie à laquelle le produit d'assurance est rattaché pour l'application des indices médicaux. La plupart des produits d'assurance contiennent différentes garanties. Étant donné que les assurances soins de santé sont des assurances de longue durée (à vie dans le chef de l'entreprise d'assurances), il peut arriver que le point de gravité servant à fixer la prime annuelle change en cours de contrat. Lors du lancement d'un produit (ou, pour des produits en cours, lors de l'introduction de l'AR indice médical en 2010), une entreprise d'assurance détermine en effet la garantie qui pèse le plus dans la prime annuelle. Des adaptations ultérieures du système de sécurité sociale sont susceptibles d'influencer les remboursements effectués par les entreprises d'assurances. De même, les préférences des assurés peuvent changer, ce qui entraîne une modification de la garantie qui pèse le plus dans la prime annuelle.

Le changement de type de garantie rattaché à un produit d'assurance a un impact sur les indices calculés tant pour l'ancien que pour le nouveau type de garantie. Ces représentants estiment que la procédure proposée permet de conserver un bon équilibre entre les intérêts de l'entreprise d'assurance qui constate que son produit n'est plus rattaché au bon type de garantie, de même qu'elle garantit les intérêts des autres entreprises d'assurance susceptibles de ressentir l'effet de cette modification, ainsi que les intérêts des preneurs d'assurance, puisque l'entreprise d'assurance ne peut rattacher son produit à un autre type de garantie qu'à certaines conditions, ce qui empêche ainsi toute décision à la légère.

L'Office de contrôle des mutualités fait remarquer que, lorsque le type de garantie est modifié dans les contrats d'assurance mixtes, par exemple, lorsque l'assuré a la liberté de choix entre une chambre individuelle ou une chambre à deux lits dans le cadre d'une hospitalisation, certains assurés subissent un préjudice financier du

gevolg heeft dat bepaalde verzekerden een financieel gevolg ondervinden door de keuze van andere verzekerden. In voornoemd voorbeeld zal de premie voor de verzekerden immers mogelijks sneller stijgen door toepassing van de medische index indien men van het waarborgtype 'twee- en meerpersoonskamer' naar het waarborgtype 'éénpersoonskamer' overschakelt, wat tot gevolg heeft dat ook de premie van personen die voor een tweepersoonskamer kiezen mogelijks sneller zal stijgen door de keuze van andere verzekerden.

De Controledienst voor de Ziekenfondsen vraagt dat zou worden opgelegd dat het verzekeringsproduct aan een ander waarborgtype wordt gehecht. Zij vraagt om in het Verslag aan de Koning te verduidelijken dat dit een verplichting betreft om het product te hechten aan een ander waarborgtype.

3. Vertegenwoordigers van de verbruikers wijzen er algemeen op dat de regeling van de medische index geenszins verhindert dat de verzekeringsonderneming een verzoek indient bij de Nationale Bank/CDZ tot verhoging van het tarief, waardoor de verzekerde alsnog wordt geconfronteerd met bruuske premieverhogingen. Zij menen dat onvoldoende aandacht wordt besteed aan de prijszetting van de initiële basispremie.

Zij menen bovendien dat de medische index onvoldoende representatief is, terwijl de index der consumptieprijzen meer representatief is wat betreft de werkelijke kosten en de evolutie ervan. De index moet kunnen bepaald worden op basis van parameters die de werkelijke kosten vertegenwoordigen en anderzijds in een objectieve en representatieve parameter die niet door de partijen kunnen worden beïnvloed. Zij verwijzen naar artikel 57 van de Wet van 30 maart 1976 betreffende de economische herstelmaatregelen dat indexatie toelaat op basis van de reële kosten: "ieder parameter is alleen toepasselijk op dat gedeelte van de prijs dat beantwoordt aan de kosten die het vertegenwoordigt".

Inzake de indexering van ziekteverzekeringsovereenkomsten is het voor deze vertegenwoordigers niet duidelijk waarom de vergrijzingsvoorzieningen aangelegd door de verzekeraar een reële kost zijn die een forfaitaire verhoging rechtvaardigen (ongeacht de leeftijd van de verzekerde en de initiële duurtijd van het contract op het moment van de indexering) van 50 % van de bepaalde medische index.

fait qu'un autre type de garantie pèse plus lourdement dans les coûts en fonction du choix effectué par d'autres assurés. Dans l'exemple précité, la prime à charge des assurés augmentera en effet peut-être plus rapidement du fait de l'application de l'indice médical « chambre individuelle », car la prime à charge des personnes optant pour une chambre à deux lits augmentera peut-être aussi plus rapidement en raison du choix opéré par d'autres assurés.

L'Office de contrôle des mutualités demande qu'on impose que le rattachement d'un produit d'assurance à un autre type de garantie. Il demande de préciser dans le rapport au Roi que ce rattachement est obligatoire.

3. Les représentants des consommateurs observent de manière générale que la réglementation de l'indice médical n'empêche nullement l'entreprise d'assurance d'introduire une demande auprès de la Banque nationale/de l'OCM en vue d'augmenter le tarif, confrontant ainsi l'assuré à de brusques hausses de primes. Ils estiment que la fixation des prix de la prime de base initiale bénéficie d'une attention insuffisante.

Ils pensent en outre que l'indice médical n'est pas suffisamment représentatif, alors que l'indice des prix à la consommation est plus représentatif des coûts réels et de leur évolution. Cet indice doit pouvoir être déterminé sur la base, d'une part, de paramètres reflétant les coûts réels et, d'autre part, d'un paramètre objectif et représentatif qui ne saurait être influencé par les parties. Ils renvoient à l'article 57 de la loi du 30 mars 1976 relative aux mesures de redressement économique qui autorise une indexation sur la base des coûts réels : « chaque paramètre étant uniquement applicable à la partie du prix correspondant au coût qu'il représente ».

S'agissant de l'indexation des contrats d'assurance maladie, ces représentants ne comprennent pas pourquoi les provisions de vieillissement constituées par l'assureur représentent un coût réel justifiant une augmentation forfaitaire (quels que soient l'âge de l'assuré et la durée initiale du contrat au moment de l'indexation) de 50 % de l'indice médical fixé.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen daarentegen zijn van mening dat de medische index veel beter dan de consumentenindex de schadelast, de gemiddelde kost en frequentie, van de ziekteverzekeringen weergeeft. Zij verwijzen naar het arrest van de Raad van State (in de procedure betreffende het KB van 1 februari 2010 ingesteld door test-aankoop (arresten nr. 221.285 van 7 november 2012 en nr. 222.601 van 22 februari 2013) waarin werd geoordeeld dat de brutoschadelast een objectief criterium is dat niet kan beïnvloed worden door de verzekeringsonderneming en onder het toezicht van de controleautoriteit valt.

Deze vertegenwoordigers wijzen erop dat verzekeringsondernemingen geen invloed hebben op de stijgende schadelast, daar deze het gevolg is van de stijgende gezondheidskosten, waaronder de gevraagde supplementen voor eenpersoonsskamers.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn evenwel van mening dat, zelfs in het geval de verzekeraars geen invloed heeft op de brutoschadelast, enkel onvoorziene stijgingen van kosten een verhoging van de premie kan rechtvaardigen. Bij de berekening van de initiële premie dient de verzekeraar naar hun mening rekening te houden met de voorziene verhogingen. Zij menen dat de verhoging van de medische kosten zelden onvoorzienbaar is voor verzekeringsondernemingen gespecialiseerd in hospitalisatierisico's die gedurende verschillende jaren actief zijn op de Belgische markt. Zij wijzen op studies van een ziekenfonds waaruit volgens hen blijkt dat in 2016 en 2015 de verhogingen van de ereloonsupplementen verminderde en de totale kost stagneerde in 2016 (0 %) en daalde met 1 % in 2015.

4. De Commissie vraagt dat nader wordt onderzocht of en op welke wijze de regeling van de aanpassing van het waarborgtype kan worden toegepast op verzekeringsondernemingen uit de Europese Unie.

De regeling van artikel 204 van de wet van 4 april 2014 en de toepassing van de medische index maakt onderdeel uit van het verzekeringscontractenrecht en is van toepassing wanneer het Belgisch recht de ziekteverzekeringsovereenkomst beheerst. Het Hof van Justitie oordeelde dat deze beperking van de tariefvrijheid verenigbaar is met de Europese verzekeringsrichtlijnen en beantwoordt aan de test van wettelijke bepaling van algemeen belang (HvJ

En revanche, les représentants des entreprises d'assurance sont d'avis que l'indice médical reflète bien mieux la charge des sinistres, le coût moyen et la fréquence des assurances maladie que l'indice des prix à la consommation. Ils renvoient à l'arrêt du Conseil d'État (dans la procédure relative à l'AR du 1er février 2010 engagée par Test-Achats (arrêts n° 221.285 du 7 novembre 2012 et 222.601 du 22 février 2013) qui estime que la charge brute des sinistres est un critère objectif qui ne peut être influencé par l'entreprise d'assurance et relève de l'autorité de contrôle.

Selon ces représentants, les entreprises d'assurance n'exercent aucune influence sur la croissance de la charge des sinistres, puisque cette dernière découle de l'augmentation croissante des frais de santé, parmi lesquels figurent les suppléments demandés pour les chambres individuelles.

Les représentants des consommateurs estiment toutefois que, même dans le cas où l'assureur n'exerce aucune influence sur la charge brute des sinistres, seules des augmentations imprévues de frais peuvent justifier une hausse de la prime. Selon eux, l'assureur doit tenir compte des augmentations prévues, au moment de calculer la prime initiale. Ils sont d'avis que l'augmentation des frais médicaux est rarement imprévisible pour les entreprises d'assurance spécialisées dans les risques d'hospitalisation et actives sur le marché belge depuis plusieurs années. Ils renvoient aux études réalisées par une mutualité dont il ressort, selon eux, que les hausses des suppléments d'honoraires ont diminué en 2016 et en 2015 et que le coût total a stagné en 2016 (0 %) et a baissé de 1 % en 2015.

4. La Commission demande d'examiner plus avant s'il est possible d'appliquer la réglementation prévoyant l'adaptation du type de garantie aux entreprises d'assurance établies en dehors de l'Union européenne et selon quelles modalités.

Les dispositions de l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 et l'application de l'indice médical font partie du droit des contrats d'assurance et s'appliquent lorsque le contrat d'assurance est régi par le droit belge. La Cour de justice a estimé que cette restriction de la liberté tarifaire est compatible avec les directives européennes en matière d'assurance et répond au test de la disposition légale d'intérêt général (CJUE 7 mars 2013, DKV/Test-Achats).

7 maart 2013 DKV/Test-aankoop).

Echter, in de voorgestelde regeling tot aanpassing van het waarborgtype dient de verzekeraar het effect aan te tonen op de schadelast, van het gekozen waarborgtype en van een ander waarborgtype. De vraag rijst of en in hoeverre dit aspect geen verband houdt met het prudentieel toezicht, waarvoor in het geval van verzekeringsondernemingen uit de Europese Unie enkel de toezichthouder van de lidstaat van herkomst bevoegd is in het kader van het principe van 'home country control'.

5. Vertegenwoordigers van de verbruikers stellen de vraag of de voorgestelde procedure die de verzekeraar moet volgen wanneer hij van waarborgtype wil veranderen voor een verzekeringsproduct (art. 3, § 2 tot §6) wel verenigbaar is met het gelijkheidsbeginsel. Deze procedure en de daarin voorziene termijnen en controles hebben volgens het verslag aan de Koning tot doel de andere verzekeraars (en hun verzekeringnemers) te beschermen tegen de gevolgen, via de medische indexcijfers, van de wijziging door één verzekeraar. Er wordt een overgangperiode van 6 jaar voorzien om enerzijds na te gaan of de schadelast van de betrokken contracten daadwerkelijk en duurzaam het gewijzigde waarborgtype bevestigt en, anderzijds, om de impact te beperken die de andere verzekeraars kunnen ondervinden. Tijdens deze overgangperiode heeft de wijziging geen gevolgen voor de andere verzekeraars (en hun verzekeringnemers). Daarentegen kan deze verzekeraar al wel onmiddellijk de wijziging toepassen ten aanzien van zijn eigen verzekeringnemers en de premies aanpassen volgens het indexcijfer van het nieuwe type. Als na 5 jaar blijkt dat geen manifeste en duurzame rechtvaardiging bestaat voor de wijziging, moet de verzekeraar opnieuw het indexcijfer verbonden aan het oorspronkelijke waarborgtype toepassen.

Deze vertegenwoordigers wijzen erop dat het ontwerp niet bepaalt hoe de verzekeringnemers en de ex verzekeringsnemers van de betrokken verzekeraar vergoed worden voor het financiële nadeel dat zij hebben geleden in geval van de onterechte wijziging. In de wet betreffende de verzekeringen zou bovendien worden bepaald dat de contracten automatisch worden aangepast, zonder uitdrukkelijke instemming van de verzekeringnemers, en dat deze verzekeringnemers hun opzegrecht niet kunnen uitoefenen op het ogenblik van de wijziging (los van de premievervaldag).

Deze vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat er

Toutefois, dans la proposition de réglementation visant à adapter le type de garantie, l'assureur doit démontrer l'impact, sur la charge des sinistres, du type de garantie retenu et d'un autre type de garantie. La question se pose de savoir dans quelle mesure cet aspect n'est pas en lien avec le contrôle prudentiel qui, dans le cas de contrats d'assurance conclus en dehors de l'Union européenne, relève exclusivement de l'autorité de contrôle de l'État membre d'origine, dans le cadre du principe « home country control ».

5. Les représentants des consommateurs demandent si la procédure proposée, que l'assureur doit suivre lorsqu'il veut changer de type de garantie pour un produit d'assurance (art 3, § 2 à § 6), est compatible avec le principe d'égalité. Selon le rapport au Roi, cette procédure et les délais et contrôles qui y sont prévus visent à protéger les autres assureurs (et leurs preneurs d'assurance) des conséquences, induites par les indices médicaux, de la modification apportée par un seul assureur. Une période transitoire de 6 ans est prévue, d'une part, pour vérifier si la charge des sinistres des contrats concernés confirme manifestement et durablement le type de garantie modifié et, d'autre part, pour limiter l'impact qui pourrait en résulter pour les autres assureurs. Durant cette période transitoire, la modification reste sans effet pour les autres assureurs (et leurs preneurs d'assurance). Par contre, l'assureur peut appliquer immédiatement la modification à l'égard de ses propres preneurs d'assurance et adapter les primes selon l'indice du nouveau type. S'il s'avère, après cinq ans, que la modification ne se justifie pas de manière durable et manifeste, l'assureur doit à nouveau appliquer l'indice lié au type de garantie initial.

Ces représentants soulignent que le projet ne détermine pas la manière dont les preneurs d'assurance et les anciens preneurs d'assurance de l'assureur en question sont indemnisés pour le préjudice financier subi en raison de cette modification effectuée à tort. En outre, il devrait être prévu dans la loi relative aux assurances que les contrats sont automatiquement adaptés, sans consentement exprès des preneurs d'assurance et que ces preneurs d'assurance ne peuvent pas exercer leur droit de résiliation au moment de la modification (indépendamment de l'échéance de la prime).

Ces représentants des consommateurs estiment qu'il en

hierdoor een ongelijke behandeling bestaat van de eigen verzekeringnemers van de betrokken verzekeraar en hun belangen duidelijk veel minder worden beschermd dan de belangen van verzekeringnemers van de andere verzekeraars.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat dit probleem zich in de praktijk niet zal stellen. De betrokken verzekeringsonderneming moet, voordat ze van waarborgtype kan wijzigen, de tendens in de uitgaven van de verschillende waarborgen voor de drie voorgaande kalenderjaren aantonen. Opdat die verzekeraar niet zou eindigen in een herstelprocedure kan niet nog eens vijf jaar worden gewacht op een aanpassing van het tarief. De doorgevoerde wijziging valt onder de controle van de toezichthouder, die maatregelen moet nemen tegen een verzekeraar die bewust ongegrond een aanpassing zou doorvoeren.

B. Tekstuele opmerkingen

1. Opmerkingen op beide documenten

Zowel het verslag aan de Koning als het ontwerp KB vermelden op verschillende plaatsen: 'waarborg zwaarder doorweegt in de bepaling van de jaarpremie', de onderliggende termen zouden moeten worden vervangen door: in de uitgaven.

Tevens wordt in beide documenten regelmatig verwezen naar 'zowel het oude als het nieuwe waarborgtype van het betrokken product'. Deze formulering lijkt niet correct in de mate dat een product niet wijzigt van waarborgtype. Een duidelijker formulering zou zijn: 'zowel het oude als het nieuwe waarborgtype waaraan het product was/is verbonden'.

2. Opmerkingen op het ontwerp KB

2.1 Titel van het KB

In de Franse tekst wordt gesproken over 'les indices médicaux' terwijl in de Nederlandse tekst wordt gesproken over 'de specifieke indexcijfers'. Gelet op de bewoording van artikel 204, §3 WVLA is de Nederlandse tekst correct en zou de Franse tekst aangepast moeten worden.

résulte une inégalité de traitement pour les preneurs d'assurance de l'assureur concerné et que leurs intérêts sont visiblement bien moins protégés que les intérêts des preneurs d'assurance des autres assureurs.

Les représentants des entreprises d'assurance pensent que ce problème ne se posera pas en pratique. Avant de pouvoir modifier le type de garantie, l'entreprise d'assurance concernée doit apporter la preuve de la tendance des dépenses des différentes garanties pour les trois années calendaires précédentes. Afin que cet assureur ne soit pas finalement confronté à une procédure de redressement, il ne peut attendre cinq ans de plus pour procéder à une adaptation du tarif. La modification apportée relève de l'autorité de contrôle compétente qui doit prendre des sanctions envers un assureur qui adapterait un tarif, alors qu'il sait que cette adaptation ne se justifie pas.

B. Remarques textuelles

1. Remarques concernant les deux documents

Tant le rapport au Roi que le projet d'AR mentionnent à différents endroits : « garantie pèse plus lourd dans la fixation de la prime annuelle » : les mots soulignés devraient être remplacés par : « dans les dépenses ».

De même, les deux documents mentionnent régulièrement: « l'ancien et le nouveau type de garantie du produit concerné ». Cette formulation ne semble pas correcte, dans la mesure où un produit ne change pas de type de garantie. La formulation suivante serait plus claire : « l'ancien et le nouveau type de garantie auquel le produit était/est rattaché. »

2. Remarques relatives au projet d'AR

2.1 Intitulé de l'AR

Dans la version française, il est question des « indices médicaux », alors que la version néerlandaise mentionne « de specifieke indexcijfers. » Vu la formulation de l'article 204, § 3, de la loi relative aux assurances, le texte néerlandais est correct et la version française devrait donc être adaptée en conséquence.

2.2 Artikel 1

1°: De correcte vertaling van een 'verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand' is 'une société mutualiste d'assurance'.

Indien deze term officieel wordt gebruikt in plaats van "société mutualiste" en "maatschappij van onderlinge bijstand", lijkt het aangewezen deze terminologie ook te laten opnemen in Bijlage III van de Richtlijn Solvency II.

2°: de term 'de controledienst voor ziekenfondsen' moet worden vervangen door de term 'de controledienst voor de ziekenfondsen'.

5°: De verwijzing naar artikel 3, §3 is niet correct. Het betreft artikel 3, §8.

6°: De verwijzing naar artikel 3, §3 is niet correct. Het betreft artikel 3, §8. Daarnaast dient zowel in de Nederlandse als in de Franse tekst, het woord 'leeftijdsklasse' in het meervoud gebruikt te worden ('los van de leeftijdsklassen'; 'indépendamment des classes d'âge'). De term 'visés' moet vervangen worden door de term 'visée'.

2.3 Artikel 2

- Laatste lid: De verwijzing naar artikel 3, §§ 2 en 3 is niet correct. Het betreft artikel 3, §§ 7 en 8.

- In het verslag aan de Koning wordt verduidelijkt dat de verzekeringsonderneming de leeftijdsgebonden specifieke indexcijfers kan toepassen op de premie en de leeftijdsonafhankelijke specifieke indexcijfers op de prestaties en/of de vrijstelling.

Dit blijkt echter niet duidelijk uit de tekst van artikel 2.

De CDZ wijst erop dat deze verduidelijk niettemin belangrijk is. Wanneer de vrijstelling en de prestaties zouden moeten evolueren in functie van de leeftijdsgebonden indexcijfers, zou de situatie niet beheersbaar worden in hoofde van maatschappijen van onderlinge bijstand zowel wat betreft de terugbetalingen als de aanpassing van de statuten.

2.4 Artikel 3

- Artikel 3, §2, eerste lid vermeldt dat 'indien tijdens de looptijd van het verzekeringsproduct blijkt dat de... kan het verzekeringsproduct aan dit ander waarborgtype

2.2 Article 1

1°: La traduction correcte d'« een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand » est « une société mutualiste d'assurance ».

Si ce terme est utilisé officiellement à la place de « société mutualiste » et de « maatschappij van onderlinge bijstand », il semble indiqué d'appliquer la même terminologie dans l'Annexe III de la directive Solvency II.

2°: le terme « de controledienst voor ziekenfondsen » doit être remplacé par le terme « de controledienst voor de ziekenfondsen ».

5°: La référence à l'article 3, § 3, est incorrecte. Il s'agit de l'article 3, § 8.

6°: La référence à l'article 3, § 3, est incorrecte. Il s'agit de l'article 3, § 8. Par ailleurs, tant dans la version française que dans la version néerlandaise, le terme « classe d'âge (« leeftijdsklasse ») » doit être utilisé au pluriel : « indépendamment des classes d'âge » (« los van de leeftijdsklassen »). Dans la version française, le mot « visés » doit être remplacé par le mot « visée ».

2.3 Article 2

- Dernier alinéa : La référence à l'article 3, §§ 2 et 3, est incorrecte. Il s'agit de l'article 3, §§ 7 et 8.

- Il est précisé dans le rapport au Roi que l'entreprise d'assurance peut appliquer les indices spécifiques liés à l'âge à la prime et les indices spécifiques non liés à l'âge aux prestations et/ou à la franchise.

Cette disposition ne ressort cependant pas clairement du texte de l'article 2.

L'OCM souligne que cette clarification est néanmoins importante. Si la franchise et les prestations devaient évoluer en fonction des indices liés à l'âge, la situation deviendrait ingérable pour les sociétés mutualistes tant pour les remboursements que pour l'adaptation des statuts.

2.4 Article 3

- L'article 3, § 2, premier alinéa, mentionne que : «S'il s'avère, au cours de la durée du produit d'assurance que [...], le produit d'assurance peut être rattaché à cet autre type

worden gehecht’.

- Volgens de procedure is de FOD economie de enige instelling die een advies geeft. Is het wettelijk, zoals voorzien in §2, dat enkel de betrokken verzekeringsonderneming beslist over een wijziging van waarborgtype, zonder advies of voorafgaande evaluatie?

- Artikel 3, § 2, eerste lid, 1°, in het Frans tekst aanpassen: ‘... durant les trois années calendaires précédentes’.

- Artikel 3, § 2, tweede lid vermeldt in de Franstalige versie dat ‘Les autorités de contrôles compétentes compétents informent les autres entreprises d'assurance soins de santé sur :’. Buiten het feit dat de doorstreepte term overbodig is, vergt deze bepaling ook een voorafgaande informatie uitwisseling tussen beide bevoegde autoriteiten. Het lijkt opportuun om deze bepaling als volgt aan te passen: ‘Les autorités de contrôle compétentes s'informent mutuellement et informent les autres entreprises dont ils assurent la supervision sur :’.

- Artikel 3, § 2, 2e alinea viseert ‘het aantal verzekerden per leeftijdsklasse voor wie het waarborgtype wijzigt’. Daar ‘het waarborgtype’ wijzigt voor alle verzekerden van een bepaald product, lijkt het duidelijker om te vermelden: ‘het aantal verzekerden per leeftijdsklasse van het betrokken verzekeringsproduct’. Hierdoor wordt de tekst ook coherenter met de informatie die wordt gevraagd onder artikel 3, § 2, tweede lid, 3e.

- In artikel 3, § 4 lijkt het duidelijker om 1° en 2° om te draaien teneinde een coherenter geheel te vormen met artikel 3, §3.

- Artikel 3, § 4, 3° in de Nederlandse versie hoort een spatie tussen de ‘in’ en ‘de’ “de certificatie van de informatie bedoeld in de bepalingen”.

- De Franse zin in artikel 3, §5, eerste lid die vermeldt: ‘Le SPF informe les autorités de contrôle compétente de son avis.’ bevat een spellingsfout (compétentes) en is niet in overeenstemming met de Nederlandse versie die

de garantie. »

- Selon la procédure, le SPF Économie est la seule institution à remettre un avis. Est-il légal, comme prévu au § 2, que seule l’entreprise d’assurance concernée décide d’une modification du type de garantie, sans que cette décision soit soumise à un avis ou à une étude préalable ?

- À l’article 3, § 2, premier alinéa, 1°, il convient d’apporter la modification suivante dans la version française : «... durant les trois années calendaires précédentes. »

- L’article 3, § 2, deuxième alinéa, de la version française indique que : « Les autorités de contrôle compétentes compétents informent les autres entreprises d'assurance soins de santé sur : » Hormis le fait que le mot barré est superflu, cette disposition exige un échange préalable d’informations entre les deux autorités compétentes. Il semble opportun d’adapter cette disposition comme suit : « Les autorités de contrôle compétentes s’informent mutuellement et informent les autres entreprises dont elles assurent la supervision de : »

- L’article 3, § 2, deuxième alinéa, vise « le nombre d’assurés par classe d’âge pour lesquels le type de garantie change » (« het aantal verzekerden per leeftijdsklasse voor wie het waarborgtype wijzigt »). Étant donné que « le type de garantie » change pour tous les assurés d’un certain produit, il semble plus clair de mentionner : « le nombre d’assurés par classe d’âge du produit d’assurance concerné » (« het aantal verzekerden per leeftijdsklasse van het betrokken verzekeringsproduct »). De cette manière, le texte présente aussi une plus grande cohérence avec les informations demandées à l’article 3, § 2, deuxième alinéa, 3e.

- À l’article 3, § 4, il semble plus clair d’inverser les points 1° et 2° afin d’obtenir un tout plus cohérent avec l’article 3, § 3.

- Dans la version néerlandaise, à l’article 3, § 4, 3°, il convient d’insérer une espace entre « in » et « de » dans la partie de phrase «in de bepalingen »

- Dans la version française, l’article 3, § 5, premier alinéa, mentionne que : « Le SPF informe les autorités de contrôle compétente de son avis. » Cette phrase contient une faute de frappe (compétentes) et ne correspond pas à la version

niet de term 'bevoegde' gebruikt voor toezichthouders.

- In artikel 3, §5, eerste lid wordt bepaald: 'de bevoegde toezichthouder brengt de betrokken verzekeringsondernemingen ten laatste eind juni op de hoogte van het advies van de FOD economie'. De tekst vermeldt echter niet wanneer de FOD economie de toezichthouders moet informeren.

- Artikel 3, §5, derde lid vermeldt: 'les données sur la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés en rapport avec le produit d'assurance concerné resteront, conformément à l'article 6, à être rapportées...'. Voor de leesbaarheid is het aangewezen om het werkwoord 'resteront' te vervangen door 'continueront'.

- Er bestaat geen definitie, noch een aantal elementen die toelaten om te definiëren wat 'op manifest en op duurzame wijze' betekent waarover de FOD economie een advies moet verlenen.

- Artikel 3, § 6, eerste lid, op het einde in de Franse versie vermeldt: '... le SPF rédige une analyse d'impact qu'il fournit aux autorités de contrôle compétentes.'. In de Nederlandse versie ontbreekt de vertaling van "compétentes". - Artikel 3, §6 bepaalt het opstellen van een impactanalyse door de FOD Economie. Het verslag aan de Koning vermeldt dat een onderneming de mogelijkheid moet krijgen om de materiele impact te compenseren die ze ondervindt op haar verzekeringsproducten omwille van de wijziging van waarborgtype door een andere verzekeringsonderneming. Dit principe werd niet hernomen in de wet.

- Artikel 3, §7 vermeldt de keuze voor iedere onderneming voor ieder verzekeringsproduct of ze de leeftijdsgebonden specifieke index toepast dan wel de leeftijdsonafhankelijke specifieke indexcijfers. Dit artikel bepaalt niet in welke mate deze keuze, eens ze is gemaakt, definitief is.

- Artikel 3, §8 bepaalt de in aanmerking te nemen leeftijdsklassen. Het ontwerpKB houdt geen rekening met de praktijk waarbij een verzekeringsonderneming toepassing maakt van het systeem van de getrapte premie waarvan het bedrag kan variëren naar gelang de leeftijd

néerlandaise qui n'utilise pas le mot « bevoegde » pour qualifier les autorités de contrôle.

- L'article 3, § 5, premier alinéa, dispose que : « L'autorité de contrôle compétente informe l'entreprise d'assurances concernée au plus tard fin juin de l'avis du SPF Économie. » Cependant, ce texte ne mentionne pas quand le SPF Économie doit informer les autorités de contrôle.

- L'article 3, § 5, troisième alinéa, mentionne que : « les données sur la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés en rapport avec le produit d'assurance concerné resteront, conformément à l'article 6 à être rapportées... » Pour la lisibilité, il est indiqué de remplacer le verbe « resteront » par le verbe « continueront ».

- Il n'existe pas de définition des adverbes « manifestement et durablement » ni d'éléments permettant de déterminer que, dans ces conditions, le SPF Économie doit remettre un avis.

- Dans la version française, l'article 3, § 6, premier alinéa, mentionne in fine : « ... le SPF rédige une analyse d'impact qu'il fournit aux autorités de contrôle compétentes. » La traduction de « compétentes » est manquante dans la version néerlandaise. - L'article 3, § 6, prévoit la rédaction d'une analyse d'impact par le SPF Économie. Le rapport au Roi mentionne qu'une entreprise doit avoir la possibilité de compenser l'impact matériel qu'elle subit sur ses produits d'assurance en raison de la modification du type de garantie par une autre entreprise d'assurances. Ce principe n'a pas été repris dans la loi.

- L'article 3, § 7, mentionne le choix laissé à chaque entreprise d'appliquer, pour chaque produit d'assurance, soit l'indice spécifique lié à l'âge, soit les indices spécifiques non liés à l'âge. Cet article ne détermine pas la mesure dans laquelle ce choix, une fois effectué, revêt un caractère définitif.

- L'article 3, § 8, fixe les classes d'âge à prendre en considération. Le projet d'AR ne tient pas compte de la pratique selon laquelle une entreprise d'assurance applique le système de la prime échelonnée dont le montant peut varier selon l'âge de l'assuré. Toutefois, ces classes d'âge ne

van de verzekerde. Deze leeftijdscategorieën stemmen echter niet noodzakelijk overeen met de leeftijdsklassen van de specifieke indexen. Dit zou worden geregeld in het ontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake de economie tot wijziging van artikel 204 W.Verz.

- de term “assurance soins de santé” komt niet voor in de Richtlijn Solvency II, waar de term “assurance maladie” wordt gebruikt.

2.5 Artikel 4

- Artikel 4, § 1er, tweede lid, 1°, ontbreekt een komma tussen ‘éléments’ en ‘à savoir’.

- Artikel 4, § 1er, tweede lid, 2° in de Franse tekst zou ‘le type garantie’ vervangen moeten worden door ‘le type de garantie’.

Artikel 4, § 1er, alinea 2, 3° betreft ‘le choix d'appliquer soit les indices spécifiques liés à l'âge, soit les indices spécifiques indépendants de l'âge, conformément à l'article 3, §2’. Om redenen van coherentie zou de term ‘indépendants de l'âge’ moeten vervangen worden door de term ‘non liés à l'âge’. De verwijzing naar artikel 3, §2 is fout en dient in de beide talenversies vervangen door een verwijzing naar artikel 3, §7.

- Artikel 4, § 1er, tweede lid 2, 4°, zowel in de Nederlandse als in de Franstalige versie is de verwijzing naar artikel 3, § 3 foutief, dit moet vervangen worden door een verwijzing naar artikel 3, § 8.

- Artikel 4, § 1er, derde lid bepaalt: ‘L'entreprise d'assurances est tenue de préciser la méthode d'indexation appliquée sur la quittance annuelle.’ Om de Franstalige tekst beter af te stemmen op de Nederlandse tekst (vervaldagbericht) en het verslag aan de Koning, moeten de termen ‘la quittance annuelle’ vervangen worden door ‘l'avis d'échéance annuelle’.

- Artikel 4 voorziet dat het vervaldagbericht de toegepaste indexatiemethode verduidelijkt. Er wordt ondermeer gepreciseerd dat de verzekeringsnemer het recht heeft om aan zijn verzekeringsonderneming of verzekeringstussenpersoon informatie te vragen over de

correspondent pas nécessairement aux classes d'âge des indices spécifiques. Cet aspect serait réglé dans le projet de loi portant dispositions en matière d'économie et modifiant l'article 204 de la loi relative aux assurances.

- Le terme « assurance soins de santé » n'apparaît pas dans la directive Solvency II, dans laquelle le terme « assurance maladie » est utilisé.

2.5 Article 4

- Dans la version française, à l'article 4, § 1er, deuxième alinéa, 1°, il manque une virgule entre « éléments » et « à savoir ».

- Dans la version française, à l'article 4, § 1er, deuxième alinéa, 2°, les mots « le type garantie » devraient être remplacés par les mots « le type de garantie ».

L'article 4, § 1er, deuxième alinéa, 3° concerne « le choix d'appliquer soit les indices spécifiques liés à l'âge, soit les indices spécifiques indépendants de l'âge, conformément à l'article 3, § 2. » Pour des raisons de cohérence, le terme « indépendants de l'âge » devrait être remplacé par le terme « non liés à l'âge. » La référence à l'article 3, § 2, est erronée et doit être remplacée dans les deux versions linguistiques par une référence à l'article 3, § 7.

- À l'article 4, § 1er, deuxième alinéa, 4°, la référence à l'article 3, § 3 est erronée tant dans la version française que dans la version néerlandaise et doit être remplacée par une référence à l'article 3, § 8.

- L'article 4, § 1er, troisième alinéa, dispose que : « L'entreprise d'assurances est tenue de préciser la méthode d'indexation appliquée sur la quittance annuelle. » Afin de mieux faire correspondre la version française au texte néerlandais (« vervaldagbericht ») de l'arrêté et au rapport au Roi, le terme « la quittance annuelle » doit être remplacé par le terme « l'avis d'échéance annuelle ».

- L'article 4 prévoit que l'avis d'échéance clarifie la méthode d'indexation appliquée. Il est notamment précisé que le preneur d'assurance a le droit de demander à son entreprise d'assurance ou à son intermédiaire d'assurance des informations sur l'adaptation de la prime

doorgevoerde premie-aanpassing. Er wordt niet voorzien om de verzekeringnemers in te lichten over het toegepaste indexatie percentage. Volgens de CDZ zou het nuttig zijn om

het indexatiepercentage op te nemen op het vervaldagbericht of toch minstens een vergelijking tussen het bedrag van de oude premie en het bedrag van de nieuwe premie.

De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat de dit onvoldoende is en vragen dat in de plaats daarvan moeten vermeld worden het kosteloze telefoonnummer, het e-mailadres, de plaats en eventueel – bijkomend – een ander communicatiekanaal waar de verzekeringnemer extra informatie kan bekomen over de premie-aanpassing. Aangezien het een verzekeringnemer altijd vrij staat om bijkomende informatie over zijn premie te vragen aan zijn verzekeringsonderneming of zijn tussenpersoon zien de vertegenwoordigers van de verzekeringsonderneming geen toegevoegde waarde in deze door het ontwerpKB opgelegde vermelding.

- De Franse tekst van het ontwerpKB bepaalt dat de toegepaste indexatiemethode op ('sur') het vervaldagbericht moet vermeld worden, terwijl uit de Nederlandse tekst en het Verslag aan de Koning blijkt dat de informatie samen met het vervaldagbericht moet verstrekt worden, maar niet noodzakelijk op het vervaldagbericht. Hieruit volgt dat de informatie ook in een afzonderlijke brief kan worden opgenomen die samen met het vervaldagbericht wordt verstuurd. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen de Franse tekst in overeenstemming te brengen met de Nederlandse tekst.

2.6 Artikel 5

De Franstalige versie vermeldt: 'Les entreprises d'assurances sont tenues de communiquer les données sur la charge brute des sinistres et sur leur encaissement de primes, conformément à l'article 6 ou à l'article 7.' Volgende kleine precisering zou op het einde van de zin moeten worden doorgevoerd: 'conformément respectivement à l'article 6 et à l'article 7'.

2.7 Artikel 6

- Artikel 6, §1, eerste lid vermeldt dat de verzekeringsondernemingen ertoe gehouden zijn rechtstreeks aan hun bevoegde toezichthouder en aan de

effectuée. Il n'est pas prévu d'informer les preneurs d'assurance du pourcentage d'indexation appliqué. Selon l'OCM, il serait utile d'indiquer le pourcentage d'indexation sur l'avis d'échéance ou, à tout le moins, une comparaison entre le montant de l'ancienne prime et le montant de la nouvelle prime.

Les représentants des consommateurs estiment que c'est insuffisant et demandent qu'à la place soient mentionnés le numéro de téléphone gratuit, l'adresse e-mail, le lieu et éventuellement - à titre complémentaire - un autre canal de communication par lequel le preneur d'assurance peut obtenir des informations supplémentaires sur l'adaptation de la prime.

Étant donné que le preneur d'assurance a en tout temps la faculté de demander un complément d'information sur sa prime à son entreprise d'assurance ou à son intermédiaire d'assurance, les représentants des entreprises d'assurance ne voient aucune valeur ajoutée dans cette mention imposée par le projet d'AR.

- Le texte français du projet d'AR dispose que la méthode d'indexation doit être mentionnée « sur » l'avis d'échéance, alors qu'il ressort du texte néerlandais et du rapport au Roi que les informations doivent être fournies avec l'avis d'échéance, mais pas nécessairement sur l'avis d'échéance. Il s'ensuit que ces informations peuvent également figurer dans une lettre distincte envoyée avec l'avis d'échéance. Les représentants des entreprises d'assurance demandent d'harmoniser le texte français avec le texte néerlandais.

2.6 Article 5

La version française mentionne que : « Les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer les données sur la charge brute des sinistres et sur leur encaissement de primes, conformément à l'article 6 ou à l'article 7. » La petite précision suivante devrait être apportée à la fin de la phrase : « conformément respectivement à l'article 6 et à l'article 7. »

2.7 Article 6

- Dans le texte français, l'article 6, § 1er, premier alinéa, mentionne que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer directement à leur autorité de contrôle

FOD Economie de gegevens 'pour les assurances soins de santé visant à indemniser le dommage' te bezorgen. Voor de vertaling van de notie 'ziektelkostenverzekering tot vergoeding van schade', verwijst het verslag aan de Koning naar 'assurances soins de santé à caractère indemnitaire'.

Moeten deze termen dan ook niet worden overgenomen in het KB?

- Artikel 6, § 1er, vierde lid vermeldt: 'L'assureur communique aussi le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge le premier jour et le dernier jour de la période de rapportage.'. Het lidwoord 'le' voor de woorden 'premier' en 'dernier' moet vervangen worden door 'au'.

2.8 Artikel 8

In artikel 8, §4, tweede lid wordt vermeld: 'Ce mode de calcul est utilisé afin de calculer les indices spécifiques indépendants de l'âge par garantie'. Om de Franstalige tekst beter te laten afstemmen op de Nederlandstalige tekst volstaat het om het woord 'même' toe te voegen tussen de woorden 'ce' en 'mode'; de term 'indépendants de l'âge' moet tevens worden vervangen door de term 'non liés à l'âge' zoals reeds vermeld.

2.9 Artikel 10

Vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat de voorgestelde regeling inzake de correctie van de gepubliceerde medische index niet evenwichtig is. Het voorstel is dat de publicatie van onjuiste specifieke indexcijfers wordt gecorrigeerd bij de publicatie van de specifieke indexcijfers van het volgende jaar. De correctie gebeurt zonder terugwerkende kracht. Deze principes gelden volgens het verslag aan de Koning zowel wanneer het foute indexcijfer te hoog als te laag is. Zij menen dat dit onevenwichtig is omdat er enkel sprake is van corrigeren, niet van compenseren zodat hetgeen de consument te veel heeft betaald, verworven blijft door de verzekeraar. Voorts menen zij dat het certificeren en controleren van de gegevens niet garandeert dat de kans op een te hoog cijfer even beperkt is als de kans op een te laag cijfer, nu de verzekeringsondernemingen de gegevens aanleveren op basis waarvan de indexcijfers worden berekend.

compétente et au SPF Économie les données « pour les assurances soins de santé visant à indemniser le dommage ». Pour la traduction de la notion de « ziektekostenverzekering tot vergoeding van schade », le rapport au Roi mentionne des « assurances soins de santé à caractère indemnitaire ». Ce terme ne doit-il pas être également repris dans l'AR ?

- L'article 6, § 1er, quatrième alinéa, dispose que : « L'assureur communique aussi le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge le premier jour et le dernier jour de la période de rapportage. » L'article définit « le » devant les mots « premier » et « dernier » doit être remplacé par « au ».

2.8 Article 8

Dans la version française, l'article 8, § 4, deuxième alinéa, mentionne que : « Ce mode de calcul est utilisé afin de calculer les indices spécifiques indépendants de l'âge par garantie. » Afin de mieux faire correspondre le texte français au texte néerlandais, il suffit d'ajouter le mot « même » entre les mots « ce » et « mode » ; le terme « indépendants de l'âge » doit également être remplacé par le terme « non liés à l'âge » ; comme mentionné précédemment.

2.9 Article 10

Les représentants des consommateurs estiment que la réglementation proposée pour la correction de l'indice médical publié n'est pas équilibrée. La proposition consiste à corriger la publication d'indices spécifiques incorrects lors de la publication des indices spécifiques de l'année suivante. La correction est effectuée sans force rétroactive. Selon le rapport au Roi, ces principes s'appliquent lorsque l'indice incorrect est trop élevé ou lorsqu'il est trop bas. Ils pensent que ce n'est pas équilibré parce qu'il est seulement question d'une correction, pas d'une compensation, de sorte que le montant excédentaire payé par le consommateur reste acquis à l'assureur. Ils jugent en outre que la certification et le contrôle des données ne garantissent pas que la probabilité d'un indice trop élevé soit aussi limitée que celle d'un indice trop bas, puisque les entreprises d'assurance fournissent les données sur la base desquelles les indices sont calculés.

3. Opmerkingen bij het ontwerp Verslag aan de Koning

3.1 Titel van het verslag aan de Koning

In de Franse tekst wordt gesproken over 'les indices médicaux' terwijl in de Nederlandse tekst wordt gesproken over 'de specifieke indexcijfers'. Gelet op de bewoording van artikel 204, §3 WVLA is de Nederlandse tekst correct en zou de Franse tekst aangepast moeten worden.

3.2 Tekst van het ontwerpverslag

- De eerste alinea van de inleiding vermeldt : 'Cette introduction était nécessaire car les assureurs ne peuvent plus modifier le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle, lesquels sont conclus à vie, après la conclusion du contrat et sauf exceptions prévues par la loi, le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus à vie.'

Deze alinea lijkt volgens de CDZ niet volledig in overeenstemming met de Nederlandse tekst. Deze zou moeten worden vervangen door volgende zin : 'Cette introduction était nécessaire car les assureurs ne peuvent plus modifier, après la conclusion du contrat et sauf exceptions prévues par la loi, le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle, lesquels sont conclus à vie.'

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen dat het zinsdeel : « le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus à vie » wordt geschrapt.

- De term ziektekostenverzekering wordt in het Frans vertaald als 'assurance maladie'. Deze term wordt gebruikt in Bijlage I bij de Richtlijn Solvency II. De gebruikelijke term in België is 'assurance soins de santé'.

- In de tweede alinea van de inleiding wordt vermeld: 'Lors de la délivrance des données pour le calcul de l'indice médical,...'. Het woord 'aanlevering' uit de Nederlandstalige tekst moet worden vertaald door 'fourniture'.

- Zie de commentaar bij artikel 1, tweede lid: de termen

3. Remarques concernant le projet de rapport au Roi

3.1 Intitulé du rapport au Roi

Dans la version française, il est question des « indices médicaux », alors que la version néerlandaise mentionne « de specifieke indexcijfers ». Vu la formulation de l'article 204, § 3, de la loi relative aux assurances, le texte néerlandais est correct et la version française devrait donc être adaptée en conséquence.

3.2 Texte du projet de rapport

- Le premier alinéa de l'introduction mentionne ce qui suit : « Cette introduction était nécessaire car les assureurs ne peuvent plus modifier le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle, lesquels sont conclus à vie, après la conclusion du contrat et sauf exceptions prévues par la loi, le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus à vie. »

Selon l'OCM, cet alinéa ne semble pas correspondre parfaitement au texte néerlandais. Il devrait être remplacé par la phrase suivante : « Cette introduction était nécessaire car les assureurs ne peuvent plus modifier, après la conclusion du contrat et sauf exceptions prévues par la loi, le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle, lesquels sont conclus à vie. »

Les représentants des entreprises d'assurance demandent la suppression de la partie de phrase : « le tarif de leurs contrats d'assurance maladie autres que liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus à vie. »

- Le terme « ziektekostenverzekering » est traduit en français par « assurance maladie ». Ce terme est utilisé à l'Annexe I de la directive Solvency II. Le terme usité en Belgique est « assurance soins de santé ».

- Il est mentionné au deuxième alinéa de l'introduction : « Lors de la délivrance des données pour le calcul de l'indice médical... ». Dans la version néerlandaise, le mot « aanlevering » doit être traduit par « fourniture ».

- Voir commentaire de l'article 1er, deuxième alinéa :

entreprises d'assurances d'assistance mutuelle moeten worden vervangen door 'sociétés mutualistes d'assurance'.

- Tevens is de Franstalige tekst bij artikel 1 niet helemaal conform de Nederlandstalige tekst. De volgende zinnen 'Il s'agit de l'indice spécifique lié à l'âge' en 'Il s'agit d'un indice non lié à l'âge.' dienen vervangen te worden door 'Il s'agit des indices spécifiques liés à l'âge' en 'Il s'agit des indices spécifiques non liés à l'âge'.

- De commentaar bij artikel 2 die vermeldt dat 'Les entreprises d'assurances peuvent seulement appliquer les indices médicaux uniquement si et dans la mesure où l'évolution de ce ou ces indices dépasse l'indice des prix à la consommation (art. 204, §3 WvLA)', is onvoldoende leesbaar en duidelijk. Het kan als volgt worden vervangen: 'Les entreprises d'assurances peuvent appliquer les indices spécifiques uniquement si et dans la mesure où l'évolution de ce ou ces indices dépasse l'évolution de l'indice des prix à la consommation (art. 204, §3 WvLA).' Daarnaast moet bij de toelichting van artikel 2 'la catégorie d'âge' vervangen worden door 'la classe d'âge'.

- De commentaar bij artikel 3, vijfde lid verwijst in de Franstalige versie naar de afkorting 'CDZ', terwijl de correcte Franstalige afkorting 'OCM' is.

- De commentaar bij artikel 3, zesde lid, 1° vermeldt in fine 'Pour déterminer le point essentiel de la prime annuelle, la charge effective des sinistres, donc les indemnités réelles, est plus pertinente que la charge brute des sinistres;'. De CDZ wenst de termen 'point essentiel de la prime' te vervangen door 'centre de gravité de la prime'.

- In de toelichting bij artikel 3, lid 7: in het Frans dient het woord 'corrects' te worden toegevoegd: 'de plus, ce règlement permet de veiller à ce que les indices spécifiques corrects soient d'application sur les produits'.

- In de toelichting bij artikel 3, lid 8 in de Franse tekst dient volgende aanpassing te worden doorgevoerd: '...dans la définition des primes annuelles des autres produits qui utilisent les indices spécifiques de la chambre particulière..'

le terme « entreprises d'assurances d'assistance mutuelle » doit être remplacé par le terme « sociétés mutualistes d'assurance ».

- En outre, à l'article 1er, le texte français n'est pas tout à fait conforme au texte néerlandais. Les phrases suivantes « Il s'agit de l'indice spécifique lié à l'âge. » et « Il s'agit d'un indice non lié à l'âge. » doivent être remplacées par « Il s'agit des indices spécifiques liés à l'âge. » et « Il s'agit des indices spécifiques non liés à l'âge. »

- Le commentaire de l'article 2 qui mentionne que « Les entreprises d'assurance peuvent seulement appliquer les indices médicaux uniquement si et dans la mesure où l'évolution de ce ou ces indices dépasse l'indice des prix à la consommation (art. 204, § 3, de la loi relative aux assurances) » n'est pas assez clair ni lisible. Il peut être remplacé comme suit : « Les entreprises d'assurance peuvent appliquer les indices spécifiques uniquement si et dans la mesure où l'évolution de ce ou ces indices dépasse l'évolution de l'indice des prix à la consommation (art. 204, § 3, de la loi relative aux assurances). » Par ailleurs, au commentaire de l'article 2, « la catégorie d'âge » doit être remplacée par « la classe d'âge ».

- Le commentaire de l'article 3, cinquième alinéa, renvoie dans la version française à l'abréviation « CDZ », alors que l'abréviation correcte en français est « OCM ».

- Le commentaire de l'article 3, sixième alinéa, 1°, mentionne in fine que : « Pour déterminer le point essentiel de la prime annuelle, la charge effective des sinistres, donc les indemnités réelles, est plus pertinente que la charge brute des sinistres ; » L'OCM souhaite remplacer les termes « point essentiel de la prime » par « centre de gravité de la prime ».

- Dans la version française du commentaire de l'article 3, septième alinéa, il convient d'ajouter le mot « corrects » dans la phrase suivante : « de plus, ce règlement permet de veiller à ce que les indices spécifiques corrects soient d'application sur les produits. »

- Dans le commentaire de l'article 3, huitième alinéa, le texte français doit subir l'adaptation suivante : « ...dans la définition des primes annuelles des autres produits qui utilisent les indices spécifiques de la chambre particulière... »

- In de commentaar bij artikel 3 bevat de tekst in lid 10 tweemaal de term 'débours' in de volgende zin 'La combinaison de ces constatations peut amener l'entreprise d'assurances à constater, à certain moment, que ses débours pour la garantie chambre particulière pèsent davantage dans la fixation de la prime annuelle que les débours pour la chambre double.' De term 'dépenses' wordt hier beter gebruikt. Daarnaast moet het lidwoord 'un' ingevoegd worden tussen 'à' en 'certain'.

- De commentaar bij artikel 3, lid 12 omschrijft 'La reprise des données du produit d'assurance concerné... ne reflètent plus suffisamment l'évolution du type des coûts médicaux qui est constatée dans les autres produits d'assurance rattachés à ce type de garantie'. De term 'du type' voor de termen 'des coûts médicaux' dient te worden verwijderd. Voorlaatste zin, van dezelfde commentaar 'La période transitoire de six ans permet de faire évoluer...'. Om de Franstalige versie beter te laten afstemmen op de Nederlandse dient het werkwoord 'faire' vervangen te worden door 'laisser'.

De commentaar bij artikel 3, lid 13 preciseert 'Durant cette période de six ans, le produit concerné ne peut pas à nouveau modifier le type de garantie...'. De termen 'modifier le' moeten vervangen worden door 'changer de'.

De commentaar bij artikel 3, l'alinéa 15, punt 1 stelt 'Les données sur la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés relatives au produit d'assurance concerné sont reprises dans le calcul des indices spécifiques du nouveau type de garantie à partir de la septième année après le rattachement du produit au nouveau type de garantie.'. Er wordt door de CDZ aanbevolen om de onderlijnde passage te vervangen door volgende passage: 'vanaf het zevende jaar, te rekenen vanaf het jaar waarin de toekenning van het product aan het nieuwe waarborgtype is gebeurd', 'à partir de la septième année, à compter de l'année au cours de laquelle le rattachement du produit au nouveau type de garantie est intervenu'.

- In de commentaar bij artikel 3, lid 15, punt 2, wordt vermeld : 'Les données sur la charge des sinistres et le nombre d'assurés relatives au produit d'assurance concerné continuent d'être reprises...'. Om de tekst beter af te stemmen op de Nederlandse tekst wordt volgende aanpassing aanbevolen 'Les données sur la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés relatives au produit

- Dans le commentaire de l'article 3, dixième alinéa, le texte contient deux fois le terme « débours » dans la phrase suivante : « La combinaison de ces constatations peut amener l'entreprise d'assurances à constater, à certain moment, que ses débours pour la garantie chambre particulière pèsent davantage dans la fixation de la prime annuelle que les débours pour la chambre double. » Il est préférable d'utiliser ici le mot « dépenses ». En outre, l'article indéfini « un » doit être inséré entre « à » et « certain ».

- Le commentaire de l'article 3, douzième alinéa, indique que : « La reprise des données du produit d'assurance concerné... ne reflètent plus suffisamment l'évolution du type des coûts médicaux qui est constatée dans les autres produits d'assurance rattachés à ce type de garantie. » Les mots « du type » figurant avant les mots « des coûts médicaux » doivent être supprimés. L'avant-dernière phrase de ce même commentaire indique que : « la période transitoire de six ans permet de faire évoluer... » Afin de mieux faire correspondre la version française à la version néerlandaise, le verbe « faire » doit être remplacé par le verbe « laisser ».

Le commentaire de l'article 3, treizième alinéa, précise que : « Durant cette période de six ans, le produit concerné ne peut pas à nouveau modifier le type de garantie... » Les mots « modifier le » doivent être remplacés par les mots « changer de ».

Le commentaire de l'article 3, quinzième alinéa, point 1, indique que : « Les données sur la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés relatives au produit d'assurance concerné sont reprises dans le calcul des indices spécifiques du nouveau type de garantie à partir de la septième année après le rattachement du produit au nouveau type de garantie. » L'OCM recommande de remplacer le passage souligné par le passage suivant : « à partir de la septième année, à compter de l'année au cours de laquelle le rattachement du produit au nouveau type de garantie est intervenu » (« vanaf het zevende jaar, te rekenen vanaf het jaar waarin de toekenning van het product aan het nieuwe waarborgtype is gebeurd. »).

- Dans le commentaire de l'article 3, quinzième alinéa, point 2, il est mentionné que : « Les données sur la charge des sinistres et le nombre d'assurés relatives au produit d'assurance concerné continuent d'être reprises... » Afin de mieux faire correspondre le texte français au texte néerlandais, l'adaptation suivante est recommandée : « Les données sur la charge brute des sinistres et

d'assurance concerné continuent à être reprises... ».

- In de commentaar bij artikel 3, lid 16, 1° en 2°, wordt vermeld 'Tant les indices liés à l'âge que les indices non liés à l'âge sont chaque fois calculés'. Om de tekst beter af te stemmen op de Nederlandse tekst wordt volgende aanpassing aanbevolen : 'Tant les indices liés à l'âge que l'indice non lié à l'âge sont chaque fois calculés'.

- De commentaar bij artikel 3, lid 18, vermeldt 'Comme expliqué plus haut, la part du nouveau type de garantie dans le produit concerné ne correspond pas nécessaire à la part...', de term 'nécessaire' moet vervangen worden door 'nécessairement'.

- In de commentaar bij artikel 4, lid 2, 1° moet de laatste zin worden aangepast omdat het werkwoord 'indexer' verkeerd werd vervoegd. Er wordt volgende aanpassing voorgesteld: 'lesquels de ces éléments sont susceptibles d'être indexés'.

- De commentaar bij artikel 4, lid 2, 5° vermeldt, ' Il doit figurer dans le contrat la règle de l'article 204, §3...'. De volgende formulering zou de leesbaarheid van de zin vergemakkelijken: ' Le contrat doit mentionner la règle de l'article 204, §3...'. Daarnaast moet de term ' dans la mesures où..' in het enkelvoud worden vermeld: 'mesure'.

- De commentaar bij artikel 4, lid 3 vermeldt ' En sus des informations fournies dans le contrat, les entreprises d'assurance doivent exposer la méthode d'indexation effectivement appliquée chaque année ou dans l'avis d'échéance principale ou conjointement à celui-ci :'. Om de Franse tekst beter af te stemmen op de Nederlandse tekst wordt voorgesteld: ' En sus des informations fournies dans les contrats, les entreprises d'assurances doivent chaque année expliquer la méthode d'indexation effectivement appliquée dans l'avis d'échéance principale ou conjointement à celui-ci :'.

- De commentaren bij artikel 4, lid 3, 3° vermelden '...le preneur a le droit de demander davantage d'informations'. Om de tekst in overeenstemming te brengen met de Nederlandse tekst dient aan deze tekst te worden toegevoegd 'preneur d'assurance'.

le nombre d'assurés relatives au produit d'assurance concerné continuent à être reprises... »

- Il est mentionné ce qui suit dans le commentaire de l'article 3, seizième alinéa, 1° et 2° : « Tant les indices liés à l'âge que les indices non liés à l'âge sont chaque fois calculés. » Afin de mieux faire correspondre le texte français au texte néerlandais, l'adaptation suivante est recommandée : « Tant les indices liés à l'âge que l'indice non lié à l'âge sont chaque fois calculés. »

- Le commentaire de l'article 3, dix-huitième alinéa, mentionne que : « Comme expliqué plus haut, la part du nouveau type de garantie dans le produit concerné ne correspond pas nécessaire à la part... » Le mot « nécessaire » doit être remplacé par le mot « nécessairement ».

- Dans le commentaire de l'article 4, deuxième alinéa 1°, la dernière phrase doit être adaptée parce que le verbe « indexer » est mal conjugué. L'adaptation suivante est proposée : « Lesquels de ces éléments sont susceptibles d'être indexés. »

- Le commentaire de l'article 4, deuxième alinéa, 5°, mentionne que : « Il doit figurer dans le contrat la règle de l'article 204, § 3... » La formulation suivante faciliterait la lecture de la phrase : « Le contrat doit mentionner la règle de l'article 204, § 3... » En outre, le mot « dans la mesures où... » doit être écrit au singulier : « mesure ».

- Le commentaire de l'article 4, troisième alinéa, mentionne que : « En sus des informations fournies dans le contrat, les entreprises d'assurance doivent exposer la méthode d'indexation effectivement appliquée chaque année ou dans l'avis d'échéance principale ou conjointement à celui-ci : » Afin de mieux faire correspondre le texte français au texte néerlandais, la formulation suivante est proposée : « En sus des informations fournies dans les contrats, les entreprises d'assurances doivent chaque année expliquer la méthode d'indexation effectivement appliquée dans l'avis d'échéance principale ou conjointement à celui-ci : »

- Le commentaire de l'article 4, troisième alinéa, 3°, mentionne que : « ... le preneur a le droit de demander davantage d'informations... » Afin de mieux faire correspondre le texte français au texte néerlandais, il convient d'ajouter à ce texte le terme « preneur d'assurance ».

- In de commentaar bij artikel 6, lid 3 in de Franse tekst zou een correctie moeten worden doorgevoerd: 'c'est par exemple le cas pour une assurance hospitalisation qui rembourse les frais d'un séjour à hôpital mais qui pour les frais ambulatoires verse un montant forfaitaire pour les frais ambulatoires de pré hospitalisation et post hospitalisation.'

- In de commentaren bij artikel 6, lid 6 wordt vermeld 'l'entreprise d'assurances doit aussi communiquer le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge le premier jour et le dernier jour...., à savoir et le 30 septembre de l'année précédant le rapportage'. De drie onderlijnde lidwoorden 'le' moeten worden vervangen door 'au'.

- De commentaren bij artikel 6, lid 7 beginnen met 'Les petites différences entre le nombre d'assurés le premier et le dernier jour de....'. Beide onderlijnde lidwoorden 'le' moeten worden vervangen door 'au'.

- De commentaren bij artikel 6, lid 8, vermelden 'La FSMA peut, ..., déterminer une autre méthode de délivrance des données'. Het woord 'aanlevering' moet worden vertaald door het woord 'fourniture'.

De commentaar bij artikel 6, lid 9 vermeldt 'Si la certification est positive, l'entreprise d'assurances peut fournir ses données et la certification à la FSMA ainsi qu'à l'OCM, au plus tard le 30 avril.'. De gegevens moeten niet worden overgemaakt aan beide toezichthouders, enkel aan de betrokkenen, zoals ook in de Nederlandse tekst wordt vermeld. Deze zin zou kunnen vervangen worden door: 'Si la certification est positive, l'entreprise d'assurances peut fournir ses données et la certification respectivement à la FSMA ou à l'OCM, au plus tard le 30 avril.'.

- De toelichting bij artikel 7 vermeldt in de Franse tekst: 'de la branche / du groupe de produits 02.IV.I. Autres contrats individuels de la branche 02.maladie. Het correcte nummer is '02.IV'.

- De commentaar bij artikel 7, lid 3 vermeldt: '...la FSMA et l'OCM doivent vérifier si les données pour le calcul des indices médicaux globaux portent globalement...'. Om de Franse tekst beter te laten afstemmen op

- Dans le commentaire de l'article 6, troisième alinéa, il conviendrait de corriger le texte français comme suit: « c'est par exemple le cas pour une assurance hospitalisation qui rembourse les frais d'un séjour à hôpital mais qui pour les frais ambulatoires verse un montant forfaitaire pour les frais ambulatoires de pré hospitalisation et post hospitalisation. »

- Il est mentionné dans le commentaire de l'article 6, sixième alinéa, que: « ... l'entreprise d'assurances doit aussi communiquer le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge le premier jour et le dernier jour..., à savoir... et le 30 septembre de l'année précédant le rapportage. » Les trois articles définis « le » soulignés doivent être remplacés par « au ».

- Le commentaire de l'article 6, septième alinéa, commence par: « Les petites différences entre le nombre d'assurés le premier et le dernier jour de... » Les deux articles définis « le » soulignés doivent être remplacés par « au ».

- Le commentaire de l'article 6, huitième alinéa, mentionne que: « La FSMA peut [...] déterminer une autre méthode de délivrance des données. » Le mot « aanlevering » doit être traduit par le mot « fourniture ».

Le commentaire de l'article 6, neuvième alinéa, mentionne que: « Si la certification est positive, l'entreprise d'assurances peut fournir ses données et la certification respectivement à la FSMA ou à l'OCM, au plus tard le 30 avril. » Les données ne doivent pas être transmises aux deux autorités de contrôle mais uniquement aux intéressés, comme mentionné dans le texte néerlandais. Cette phrase pourrait être remplacée par la phrase suivante: « Si la certification est positive, l'entreprise d'assurances peut fournir ses données et la certification respectivement à la FSMA ou à l'OCM, au plus tard le 30 avril. »

- Le commentaire de l'article 7 mentionne dans la version française: « de la branche/du groupe de produits 02.IV.I. Autres contrats individuels » de la branche 02.maladie. Le numéro correct est « 02. IV ».

- Dans le commentaire de l'article 7, troisième alinéa, il est mentionné que: « la FSMA et l'OCM doivent vérifier si les données pour le calcul des indices médicaux globaux portent globalement... ». Afin de mieux faire cor-

de Nederlandse zou 'conjointement' moeten worden
gevoegd tussen 'vérifier' en 'si', en 'globaux' worden
verwijderd.

respondre le texte français au texte néerlandais, le mot «
conjointement » devrait être inséré entre « vérifier » et « si
», et le mot « globaux » doit être supprimé.

De Voorzitster,

Le Présidente,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'V' followed by a circular flourish and a long horizontal line extending to the right.

Caroline VAN SCHOUBROECK