

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 23 avril 2013

DOC C/2013-1

AVIS

sur l'avant-projet d'arrêté royal réglant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire.

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 23 april 2013

DOC C/2013-1

ADVIES

over het voorontwerp van koninklijk besluit tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothe-cair krediet.

1. INTRODUCTION

Le 13 février 2013, le Ministre de l'Economie et des Consommateurs a soumis un avant-projet d'arrêté royal réglant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire à l'avis de la Commission des Assurances.

Cet avant-projet exécute la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 21 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (appelée « la loi Partyka »). Il fait suite aux discussions concernant la recherche d'une solution sur l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé en raison de leur état de santé.

Avant l'adoption de la loi du 21 janvier 2010, la Commission des Assurances a rendu trois avis, plus précisément le 22 janvier 2009 (DOC-C-2008-5), le 25 juin 2009 (DOC-C-2009-1) et le 14 juillet 2009 (DOC-C-2009-3).

La loi du 21 janvier 2010 (MB du 3 février 2010) a inséré un article 138ter-1 dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (LCAT), aux termes duquel la Commission des Assurances était chargée, dans un délai de 6 mois de la publication au Moniteur belge, d'élaborer un code de bonne conduite précisant notamment le contenu d'un questionnaire médical standardisé, les conditions d'un examen médical complémentaire, les délais de traitement et de réponse des demandes d'assurance, la façon dont les assureurs tiennent compte du questionnaire médical lorsqu'ils prennent leur décision, les conditions d'intervention du Bureau du suivi de la tarification ou encore les sanctions liées au non-respect du code de bonne conduite.

L'article 138ter-1, § 2, de la LCAT, tel qu'inséré à

1. INLEIDING

Op 13 februari 2013 heeft de Minister van Economie en Consumenten een voorontwerp van koninklijk besluit tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothe-cair krediet voor advies voorgelegd aan de Commissie voor Verzekeringen.

Dit voorontwerp geeft uitvoering aan de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 21 juni 1992 op de land-verzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft ("wet Partyka" genoemd). Het voorontwerp bouwt voort op de besprekingen over de zoektocht naar een oplossing voor de verzekerbaarheid van personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand.

Vóór de totstandkoming van de wet van 21 januari 2010 heeft de Commissie voor Verzekeringen 3 adviezen verstrekt, meer bepaald op 22 januari 2009 (DOC-C-2008-5), 25 juni 2009 (DOC-C-2009-1) en 14 juli 2009 (DOC-C-2009-3).

De wet van 21 januari 2010 (BS 3 februari 2010) voegt in de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (WLVO) een artikel 138ter-1 in, dat de Commissie voor Verzekeringen ermee belast om binnen 6 maanden na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad een gedragscode uit te werken die met name invulling geeft aan de inhoud van een standaard medische vragenlijst, de voorwaarden voor een bijkomend medisch onderzoek, de termijnen voor de behandeling van en het antwoord op aanvragen van een verzekering, de wijze waarop verzekeraars bij hun beslissing rekening houden met de medische vragenlijst, de voorwaarden waaronder het Opvolgingsbureau voor de tarifiering tussenbeide komt, en de sancties bij niet-naleving van de gedragscode.

Artikel 138ter-1, § 2 WLVO, zoals ingevoegd bij artikel 3,

l'article 3, § 2, de cette loi, stipule que le Roi, sur proposition conjointe des ministres ayant les Assurances et la Santé publique dans leurs attributions, fixe le code de bonne conduite si la Commission des Assurances n'est pas parvenue à élaborer le code dans le délai imparti.

Le 30 septembre 2010, la Commission des Assurances a publié un rapport sur les travaux qu'elle a menés dans le cadre de cet article 138ter-1. Suite à l'introduction par Assuralia d'un recours en annulation partielle de la loi du 21 janvier 2010 devant la Cour Constitutionnelle (rejeté le 10 novembre 2011 - arrêt n° 166/2011) et comme il est apparu à la Commission qu'il lui était impossible de poursuivre ses travaux d'élaboration d'un code de conduite, celle-ci a dû mettre un terme à ses travaux.

Le Roi a établi un avant-projet d'arrêté royal soumis aujourd'hui à l'avis de la Commission des Assurances.

Il ressort des informations transmises par le Ministre que seul un arrêté royal sera élaboré en exécution de la loi du 21 janvier 2010.

La Commission a discuté de cet avant-projet d'arrêté royal (ci-après, « avant-projet d'AR ») lors de ses réunions de février et de mars 2013 et a dans ce cadre, comme lors des travaux précités, convié les représentants de la « Vlaams Patiëntenplatform », de la « Vlaamse Liga tegen Kanker », de la Fondation contre le Cancer, de la Ligue des usagers des services de santé (ci-après, « les associations de patients ») et du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (ci-après « le Centre pour l'égalité »).

La Commission rend son avis par la présente.

II. DISCUSSION DE L'AVANT-PROJET D'ARRETÉ ROYAL

1. Remarques générale

1. La Commission des Assurances approuve le but de la loi du 21 janvier 2010 visant à permettre aux personnes présentant un risque de santé accru et désirant acquérir une habitation propre et unique d'avoir autant que possible accès à une assurance du solde restant dû abordable financièrement. Elle comprend l'importance de trouver une solution à court terme tant pour leur assurance du solde restant dû que pour leur crédit (hypothécaire).

§ 2, van deze wet, bepaalt dat de Koning, op gezamenlijk voorstel van de ministers bevoegd voor de Verzekeringen en de Volksgezondheid, de gedragscode vaststelt indien de Commissie voor Verzekeringen er niet in slaagt deze binnen voornoemde termijn uit te werken.

Op 30 september 2010 publiceerde de Commissie voor Verzekeringen een verslag over de door haar uitgevoerde werkzaamheden in het kader van dat artikel 138ter-1. Nadat Assuralia bij het Grondwettelijk Hof een beroep tot gedeeltelijke vernietiging van de wet van 21 januari 2010 had ingediend (dat op 10 november 2011 werd verworpen - arrest nr. 166/2011), en het voor de Commissie onmogelijk bleek haar werkzaamheden rond de opstelling van een gedragscode verder te zetten, zag zij zich genooddaakt om die werkzaamheden stop te zetten.

De Koning heeft een voorontwerp van koninklijk besluit opgesteld dat momenteel voor advies voorligt bij de Commissie.

Uit de door de Minister meegedeelde informatie blijkt dat slechts één koninklijk besluit zal worden uitgevaardigd tot uitvoering van de wet van 21 januari 2010.

De Commissie heeft dit voorontwerp van koninklijk besluit (hierna "voorontwerpKB") besproken tijdens haar vergaderingen van februari en maart 2013 en heeft daarbij, zoals bij voornoemde werkzaamheden, de vertegenwoordigers van het Vlaams Patiëntenplatform, de Vlaamse Liga tegen Kanker, de Stichting tegen kanker (Fondation contre le Cancer) en de Ligue des usagers des services de santé (hierna "de patiëntenverenigingen") en het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding (hierna "Centrum Gelijkheid") uitgenodigd.

De Commissie verleent volgend advies.

II. BESPREKING VAN HET VOORONTWERP VAN KONINKLIJK BESLUIT

A. Algemene bemerkingen

1. De Commissie voor Verzekeringen onderschrijft de doelstelling van de wet van 21 januari 2010 om personen met een verhoogd gezondheidsrisico die een enige eigen woning willen verwerven, zoveel als mogelijk toegang te verlenen tot een betaalbare schuldsaldoverzekering. Zij begrijpt het belang om op korte termijn een doeltreffende oplossing te vinden, zowel voor hun schuldsaldoverzekering, als voor hun (hypothecair) krediet.

2. Les représentants des patients et des consommateurs et le Centre pour l'égalité constatent, à leur grande satisfaction, que l'avant-projet d'AR porte exécution des articles 138ter-1 à 138ter-13 inclus de la LCAT, tels qu'insérés par les articles 2 à 15 inclus de la loi Partyka, offrant de l'espoir aux personnes présentant un risque de santé accru qui peuvent rencontrer des problèmes pour conclure une assurance du solde restant dû. Ils espèrent une entrée en vigueur rapide de cet arrêté d'exécution et demandent que le nombre d'arrêtés d'exécution demeure limité afin d'éviter que l'exécution de cette loi ne prenne davantage de retard. Ils insistent sur une mise en œuvre rapide de cette réglementation. La procédure d'évaluation, prévue à l'article 138ter-7 de la LCAT, offre la possibilité d'évaluer à court terme, même avant la fin du délai de deux ans prévu, l'application de la réglementation (comme par exemple le Bureau du suivi et les questionnaires médicaux) et les aspects non développés dans l'arrêté d'exécution et, le cas échéant, d'adapter le régime légal sur cette base.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent que les entreprises d'assurances ont déjà pris des mesures permettant d'offrir une solution aux personnes gravement malades. A cet effet, elles ont élaboré deux codes de bonne conduite sectoriels. Le premier code de bonne conduite concerne l'amélioration de l'accès aux assurances du solde restant dû pour les candidats assurés présentant un risque de santé accru. Ce code contient des règles relatives à la réévaluation médicale par un collège de médecins (pas encore en vigueur) et la limitation de la surprime médicale à une surprime qui correspond à une surmortalité de 200 % (en vigueur depuis le 1^{er} avril 2012). Le second code de bonne conduite vise une amélioration de la transparence de l'assurance du solde restant dû pour les candidats assurés présentant un risque de santé accru, et régit l'utilisation d'un questionnaire médical standardisé (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013), la motivation par l'assureur de sa décision de refuser l'assurance ou d'appliquer une surprime (en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011), et des délais de réponse stricts (en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011). L'élaboration du collège de médecins a cependant été suspendue, dans l'attente du résultat des travaux de l'arrêté d'exécution soumis par le Ministre.

Les représentants des entreprises d'assurances

2. De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers en het Centrum Gelijkheid stellen met tevredenheid vast dat het voorontwerpKB uitvoering geeft aan de artikelen 138ter-1 tot en met 138ter-13 WLVO, zoals ingevoegd bij de artikelen 2 tot en met 15 van de door alle partijen in de Kamer ondersteunde wet Partyka, die hoop bieden aan personen met een verhoogd gezondheidsrisico die problemen kunnen hebben om een schuldsaldoverzekering te sluiten. Zij hopen op een snelle inwerkingtreding van dit uitvoeringsbesluit en vragen dat het aantal uitvoeringsbesluiten beperkt blijft om verdere vertraging bij de uitvoering van de wet te vermijden. Zij dringen aan op een spoedige implementering van de regeling. De evaluatieprocedure, waarin wordt voorzien in artikel 138ter-7 WLVO, biedt de mogelijkheid om op korte termijn, zelfs vóór het verstrijken van de voorziene termijn van twee jaar, de toepassing van de regeling (zoals het Opvolgingsbureau en de medische vragenlijsten) en de niet in het uitvoeringsbesluit uitgewerkte aspecten te beoordelen en desgevallend op basis daarvan de wettelijke regeling aan te passen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat zij al maatregelen hebben genomen waardoor nu al een oplossing kan worden aangeboden aan ernstig zieke personen. Daartoe hebben zij twee sectorale gedragscodes uitgewerkt. De eerste gedragscode betreft de verbetering van de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico. Deze code omvat regels inzake de medische herevaluatie door een artsencollege (nog niet in voege) en de begrenzing van de medische bijpremie tot een bijpremie die overeenstemt met 200% oversterfte (in voege sinds 1 april 2012). De tweede gedragscode beoogt de verbetering van de transparantie van de schuldsaldoverzekering voor kandidaat-verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico en regelt het gebruik van een standaard medische vragenlijst (in voege sinds 1 januari 2013), de motivering door de verzekeraar van zijn beslissing tot weigering of bijpremie (in voege sinds 1 juli 2011) en strikte antwoordtermijnen (in voege sinds 1 juli 2011). De uitwerking van het artsencollege werd echter opgeschort, in afwachting van het resultaat van de werkzaamheden van het door de Minister voorgedragen uitvoeringsbesluit.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsonder-

constatent que l'application des codes de bonne conduite a déjà entraîné une diminution du nombre de refus et a déjà permis d'aboutir à des primes plus abordables grâce à l'écêtement des surprimes. C'est ce qui ressort des résultats d'une enquête d'Assuralia d'avril 2012 et mars 2013. Cette enquête a tout d'abord démontré qu'en 2011, les assureurs ont reçu 407.145 demandes d'assurance du solde restant dû en vue de couvrir un crédit habitation. Pour 95 % de ces demandes, l'assurance a été octroyée sans aucune surprime (386.597 dossiers). Pour 4,4 % de toutes les demandes, les assureurs ont proposé une assurance du solde restant dû moyennant une surprime (17.797 dossiers). Une deuxième enquête a également démontré une augmentation du nombre d'assurances octroyées en 2012. Une extrapolation sur base annuelle indique que le nombre de personnes qui n'ont pas trouvé d'assurance du solde restant dû en 2012 pour des raisons médicales serait limité à 681. Il s'agit ici d'assurances du solde restant dû couplées à un emprunt pour l'acquisition de l'habitation propre et unique. Etant donné qu'au moins la moitié des demandes refusées en 2011 concernaient un emprunt pour l'habitation propre et unique (en d'autres termes, 1.376 des 2.751 refus), on note un recul du nombre de refus en 2012 de l'ordre de 50 %. Cette baisse est plus forte que la baisse du nombre de prêts hypothécaires en 2012 (-32% sur base des chiffres de l'UPC). Enfin, les résultats révèlent une augmentation du nombre d'assurances plus abordables financièrement en 2012. Depuis avril 2012, plus aucune surprime atteignant, sur toute la durée, plus du double de la prime de base, n'a été proposée. Sur une période d'un an, la surprime a été ramenée à 200 % pour 325 personnes. Ces réductions atteignaient en moyenne 71 % de la prime de base. Dans trois cas sur quatre, la personne a accepté cette offre.

Les représentants des patients et des consommateurs prennent acte des efforts d'Assuralia visant à déjà prendre des initiatives, dans l'attente de l'exécution de la loi Partyka, afin d'améliorer l'accès à l'assurance du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru. Cependant, ils préfèrent une loi et un AR, en raison de leur caractère contraignant, plutôt qu'un code de bonne conduite établi par le secteur. De plus, ces codes de bonne conduite ne prévoient aucune implication des représentants des patients et des consommateurs dans les procédures élaborées. Ils se posent également des questions au sujet de la diminution

nemingen stellen vast dat de toepassing van de gedragscodes al zorgen voor een daling van het aantal weigeringen en voor een betere betaalbaarheid van de premies dankzij de aftopping van de bijpremies. Dit blijkt uit de resultaten van enquêtes van Assuralia van april 2012 en maart 2013. Uit de eerste enquête blijkt dat in 2011 de verzekeraars 407.145 aanvragen voor een schuldsaldoverzekering ter dekking van een woonkrediet ontvingen. In 95 % van de aanvragen werd er een verzekering aangeboden zonder enige bijpremie (386.597 dossiers). In 4,4% van alle aanvragen boden de verzekeraars een schuldsaldoverzekering aan tegen een bijpremie (17.797 dossiers). Uit de tweede enquête blijkt een toename van het aantal aangeboden verzekeringen in 2012. Geëxtrapoleerd op jaarbasis is het aantal personen dat in 2012 om medische redenen geen schuldsaldoverzekering vond, beperkt tot 681. Het gaat hierbij om schuldsaldoverzekeringen aansluitend bij een lening voor het verwerven van een enige eigen woning. Wanneer minstens de helft van de in 2011 afgewezen aanvragen betrekking had op een lening voor de enige eigen woning (m.a.w. 1.376 van de 2.751 weigeringen), duidt dit op een terugval van het aantal weigeringen in 2012 met 50%. Deze terugval is sterker dan de daling van het aantal hypothecaire leningen in 2012 (-32% op basis van cijfers BVK). Bovendien wijzen de resultaten op een verbeterde betaalbaarheid in 2012. Sinds april 2012 werden er geen bijpremies meer voorgesteld die, over de volledige looptijd, meer dan het dubbele van de basispremie bedroegen. Over een volledig jaar bekeken, is de bijpremie voor 325 personen herleid tot 200%. Deze reducties beliepen gemiddeld 71% van de basispremie. In drie op vier gevallen ging de persoon in op dit aanbod.

De vertegenwoordigers van patiënten- en consumenten nemen akte van de inspanningen van Assuralia om in afwachting van de uitvoering van de wet Partyka reeds initiatieven te nemen om de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico te verbeteren. Zij verkiezen omwille van de afdwingbaarheid evenwel een wet en een KB boven een gedragscode opgesteld door de sector. Bovendien voorzien deze gedragscodes geen betrokkenheid van patiënten- en consumentenvertegenwoordigers in de uitgewerkte procedures. Zij stellen zich ook vragen bij de aangevoerde daling van het aantal weigeringen en de directe relatie met de invoering van de gedragscodes. Zij wijzen op de

évoquée du nombre de refus et de la relation directe de celle-ci avec l'introduction des codes de bonne conduite. Ils soulignent la diminution du nombre de crédits hypothécaires en 2012, ce qui entraîne automatiquement une diminution du nombre d'assurances du solde restant dû (et donc un nombre de refus moins élevé).

Les représentants des intermédiaires préfèrent un système pragmatique car ils estiment qu'une définition trop restreinte, trop stricte ou imprécise dans les textes de loi pourrait avoir un effet perturbateur sur le marché et induire un risque que certains assureurs aillent même jusqu'à se retirer du marché, ce qui entraînerait pour le consommateur une diminution du nombre de solutions potentielles. Ils insistent pour que les intermédiaires puissent jouer pleinement leur rôle, consistant à trouver la solution 'appropriée' à chaque consommateur au sein d'un marché libre, et ils soulignent que des mesures pouvant perturber ou bloquer le marché sont contraires au droit européen.

3. En ce qui concerne la base légale de l'avant-projet d'AR, la Commission estime qu'en l'absence de règlement d'exécution d'un code de bonne conduite conformément à tous les points cités à l'article 138ter-1, § 1^{er}, de la LCAT, celle-ci se trouve à l'article 138ter-1, § 3, de la LCAT.
4. La Commission se pose également des questions quant à la cohérence du nouveau cadre légal et exprime sa préoccupation quant au fait qu'il faille solutionner des manquements et des imprécisions entre, d'une part, les dispositions de la loi du 21 janvier 2010 et la loi sur le contrat d'assurance terrestre et, d'autre part, l'AR. Pour des raisons de sécurité juridique, il est indiqué de fournir des explications détaillées sur ces dispositions dans un rapport au Roi.

La Commission des Assurances souligne que l'avant-projet d'AR n'exécute pas certaines dispositions de la loi. Ainsi, ni le régime de garantie standardisée fixé dans la loi, ni un régime d'agrément et de contrôle de la Caisse de compensation ne figurent dans l'avant-projet d'AR, et il manque également un code de bonne conduite prévoyant les neuf points évoqués à l'article 138ter-1, § 1^{er} (pas de dispositions légales élaborées pour les points de l'article 138ter-1, 4°, 5°, et 6°). D'autre part, l'avant-projet d'AR contient certaines dispositions pour lesquelles il n'existe pas de base légale dans la

daling in 2012 van het aantal hypothecaire leningen, hetgeen automatisch leidt tot een lager aantal schuldsaldoverzekeringen (en dus lager aantal weigeringen).

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen verkiezen een pragmatisch systeem omdat ze van oordeel zijn dat een te enge, strikte of onduidelijke omschrijving in de wetteksten marktverstoring zou kunnen werken en het gevaar dreigt dat zelfs bepaalde verzekeraars zich mogelijks uit de markt zouden terugtrekken waardoor er aan de consument potentiële oplossingen ontnomen worden. Ze staan erop dat de tussenpersonen volop hun rol kunnen spelen om een geschikte "oplossing" te vinden voor iedere consument in een vrije markt en wijzen erop dat marktverstoring of blokkerende maatregelen in strijd zijn met het Europees recht.

3. Met betrekking tot de wettelijke grondslag van het voorontwerpKB, is de Commissie van oordeel dat die, bij gebrek aan een regeling tot uitvoering van een gedragscode conform alle in artikel 138ter-1, § 1 WLVO opgesomde punten, te vinden is in artikel 138ter-1, § 3 WLVO.
4. De Commissie stelt zich voorts vragen bij de coherentie van het nieuwe wettelijk kader en drukt haar bekommernis uit dat tekorten en onduidelijkheden tussen enerzijds de bepalingen in de Wet van 21 januari 2010 en de Wet op de landverzekeringsovereenkomst en anderzijds het KB moeten opgelost worden. Omwille van rechtszekerheid is het aangewezen de regeling nauwkeurig uit te leggen in een verslag aan de Koning.

De Commissie voor Verzekeringen wijst erop dat het voorontwerpKB een aantal bepalingen van de wet niet uitvoert. Zo is noch de in de wet bepaalde regeling van de standaardwaarborg, noch een regeling over de erkenning van en controle op een Compensatiekas opgenomen in het voorontwerpKB en ontbreekt een gedragscode die voorziet in alle negen punten waarvan sprake in artikel 138ter-1, § 1 (geen regeling uitgewerkt voor de punten in artikel 138ter-1, §1, 4°, 5°, en 6°). Anderzijds bevat het voorontwerpKB bepaalde regelingen waarvoor een basis ontbreekt in de wet Partyka, zoals de oprichting en de werking van een artsencollege.

loi Partyka, comme par exemple la création et le fonctionnement d'un collège de médecins.

Comme il ressort des remarques par articles ci-après, de nombreuses dispositions de l'avant-projet d'AR et de la loi doivent encore être précisées.

En ce qui concerne le code de bonne conduite et le point figurant à l'article 138ter-1, § 1^{er}, 6°, de la LCAT stipulant d'y préciser « la manière dont les établissements de crédit prennent également en considération d'autres garanties que l'assurance du solde restant dû lors de l'octroi d'un crédit », les représentants des établissements de crédit renvoient à leur point de vue tel qu'il est mentionné dans un ancien avis de la Commission (DOC-C-2010-1), à savoir que les assurances déjà en cours sont prises en considération pour autant qu'elles comportent également une couverture décès sur la tête du candidat emprunteur, comme par exemple les assurances qui prévoient le versement d'un capital en cas de décès du candidat emprunteur (dans le deuxième pilier, une assurance de groupe en cours, dans le troisième pilier, par exemple les assurances d'épargne pension et PCLI, ou dans le quatrième pilier, par exemple le volet décès des assurances-placements), ainsi que les comptes-titres.

5. En ce qui concerne le champ d'application de l'avant-projet d'AR et de la loi Partyka, certains points font encore débat. Comme expliqué plus en détail ci-après et dans le commentaire des articles, la définition du champ d'application a tout particulièrement des conséquences directes pour le régime relatif à l'obligation de motivation de l'assureur, ainsi que pour le régime de réévaluation par le réassureur, le Bureau du suivi et le collège de médecins. La préoccupation de l'ensemble des délégations au sein de la Commission est que le régime légal s'avère efficace dans la pratique.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent que la loi a pour but de régler la situation des personnes gravement malades qui sont confrontées à un refus ou à une surprime très élevée et que le Roi devrait réduire le champ d'application, conformément à cet objectif. Ils basent cette interprétation sur les travaux préparatoires de la loi et sur l'arrêt de la Cour constitutionnelle n°166/2011 du 10 novembre 2011 (voir les considérants B.12.3, B.12.4, B.13.2 et B.13.4). Cependant, il apparaît que les mesures

Zoals hierna uit de artikelsgewijze opmerkingen blijkt, dienen voorts vele bepalingen van het voorontwerpKB en van de wet te worden verduidelijkt.

Met betrekking tot de gedragscode en het in artikel 138ter-1, §1, 6° WLVO opgesomde punt om hierin te bepalen "op welke wijze de kredietinstellingen ook andere waarborgen dan de schuldsaldoverzekering in overweging nemen bij het verstrekken van een kredietbetrekking", verwijzen de vertegenwoordigers van de kredietinstellingen naar hun standpunt zoals vermeld in het eerdere advies van de Commissie (DOC-C-2010-1), namelijk dat lopende verzekeringen in aanmerking komen in zoverre zij ook een overlijdensdekking op het hoofd van de kandidaat-kredietnemer omvatten, zoals verzekeringen die voorzien in de uitkering van een kapitaal indien de kandidaat-kredietnemer overlijdt (in de tweede pijler een lopende groepsverzekering, in de derde pijler bv. pensioenspaarverzekeringen en VAPZ, of in de vierde pijler bv. overlijdensluit van de beleggingsverzekeringen), alsook de effectenrekeningen.

5. Over het toepassingsgebied van het voorontwerpKB en de wet Partyka, blijft discussie bestaan. Zoals hierna en bij de artikelsgewijze bespreking verder wordt toegelicht, heeft de omschrijving van het toepassingsgebied in het bijzonder direct gevolgen voor de regeling betreffende de motiveringsplicht van de verzekeraar, alsook voor de regeling van herevaluatie bij de herverzekeraar, het Opvolgingsbureau en het artsencollege. De bekommernis van alle delegaties in de Commissie is dat de wettelijke regeling in de praktijk werkzaam is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat de wet tot doel heeft de situatie te regelen van ernstig zieke personen die geconfronteerd worden met een weigering of een hoge bijpremie en dat de Koning het toepassingsgebied dient te verfijnen overeenkomstig deze doelstelling. Zij baseren die interpretatie op de voorbereidende werken van de wet en op het arrest van het Grondwettelijk Hof nr. 166/2011 van 10 november 2011 (zie overwegingen B.12.3, B.12.4, B.13.2 en B.13.4). De maatregelen die concreet gestalte krijgen in het voorontwerpKB blijken

qui sont mises en œuvre dans l'avant-projet d'AR valent pour un groupe cible beaucoup plus large, à savoir pour tout candidat assuré confronté à une surprime en raison de son état de santé.

Etant donné que le champ d'application de l'avant-projet d'AR va plus loin que l'objectif du législateur, ces représentants proposent de préciser dans l'avant-projet d'AR que les dispositions s'appliquent uniquement lorsqu'un candidat assuré, en raison de son état de santé, se voit refuser une assurance ou doit payer une surprime de plus de 200 % de la prime de base utilisée par l'assureur en raison de son état de santé.

Par contre, les représentants des patients et des consommateurs et le Centre pour l'égalité indiquent que le champ d'application de ces dispositions est large et ils font dans ce cadre référence au champ d'application décrit dans la loi et dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle dans l'arrêt précité n° 166/2011 du 10 novembre 2011. Ils indiquent que la Cour constitutionnelle a stipulé explicitement que le législateur visait la situation de personnes « présentant un risque de santé accru dû à une maladie présentant un certain degré de gravité » (point B.12.4). Selon eux, la Cour Constitutionnelle, en rejetant le recours en annulation, a décidé que la loi était d'application pour toute maladie présentant un certain degré de gravité et que le législateur a voulu élaborer une réglementation qui accroît et rend davantage transparent l'accès de ces personnes (souffrant d'une maladie présentant un certain degré de gravité) aux assurances, non pas uniquement pour les (anciennes) victimes du cancer mais également pour les personnes atteintes de maladies chroniques (comme le diabète par exemple). Ils estiment également que la Cour Constitutionnelle a décidé qu'il revenait au ministre, par le biais d'un arrêté royal, de préciser quel est le champ d'application de la loi Partyka .

6. La définition du champ d'application de la loi et de l'avant-projet d'AR a des conséquences directes pour le régime relatif à l'obligation de motivation de l'assureur, ainsi que pour les dispositions de réévaluation auprès du réassureur, du Bureau de suivi et du collège de médecins.

6.1. En ce qui concerne l'obligation de motivation, celle-ci vaut pour toute surprime im-

echter voor een veel ruimere doelgroep te gelden, namelijk voor iedere kandidaat-verzekerde met een bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand.

Daar het toepassingsgebied van het voorontwerpKB verder reikt dan deze doelstelling van de wetgever, stellen deze vertegenwoordigers voor om in het voorontwerpKB te verduidelijken dat de bepalingen uitsluitend gelden wanneer een kandidaat-verzekerde omwille van zijn gezondheidstoestand een verzekering wordt geweigerd of een bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand dient te betalen van meer dan 200% van de door de verzekeraar gehanteerde basispremie.

De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers en het Centrum Gelijkheid stellen daarentegen dat het toepassingsgebied van de regeling ruim is en verwijzen daarbij naar het toepassingsgebied omschreven in de wet en de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof in voornoemd arrest van nr. 166/2011 van 10 november 2011. Zij stellen dat het Grondwettelijk Hof uitdrukkelijk heeft onderschreven dat de wetgever de situatie beoogt van personen met een "verhoogd gezondheidsrisico ten gevolge van een ziekte met een zekere graad van ernst" (punt B12.4). Volgens hen heeft het Grondwettelijk Hof door de verwerping van het verzoek tot vernietiging geoordeeld dat de wet van toepassing is op elke ziekte met een zekere graad van ernst en heeft de wetgever een reglementering willen uitwerken die de toegang van de personen (getroffen door een ziekte met een zekere graad van ernst) beoogt te verbeteren en transparanter te maken, niet alleen voor de (voormalige) slachtoffers van kanker maar ook voor mensen met chronische ziekten (bv. diabetes). Zij menen ook dat het Grondwettelijk Hof oordeelt dat de minister, door middel van een koninklijk besluit, dient te verduidelijken wat het toepassingsgebied van de wet Partyka is.

6. De omschrijving van het toepassingsgebied van de wet en het voorontwerpKB heeft directe gevolgen voor de regeling betreffende de motiveringsplicht van de verzekeraar, alsook voor de regeling van herevaluatie bij de herverzekeraar, het Opvolgingsbureau en het artsencollege.

6.1. Wat de motiveringsplicht betreft, geldt deze voor iedere bijpremie om redenen van de gezondheids-

posée en raison de l'état de santé.

Vu les travaux préparatoires de la loi et l'arrêt de la Cour constitutionnelle (voir considérants B.12.3, B.12.4, B.13.2), les représentants des entreprises d'assurances estiment que l'AR va plus loin que ce qui est visé par la loi.

Le Centre pour l'égalité fait explicitement référence à la législation antidiscrimination et à l'obligation de justification objective de toute distinction directe sur la base de divers facteurs, tels que le handicap ou l'état de santé. Sur cette base, l'assureur doit motiver de façon circonstanciée toute décision basée sur l'état de santé de l'assuré, quelle que soit la hauteur de la surprime. La loi du 21 janvier 2010 impose une obligation de motivation similaire sans aucune référence à une surprime (article 4 introduisant l'article 138ter-2 de la LCAT). De plus, le Centre pour l'égalité fait référence à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée en 2009 par la Belgique, qui impose également au secteur des assurances l'interdiction de discrimination des personnes handicapées et qui donne à celles-ci le droit d'avoir accès à une assurance maladie et à une assurance sur la vie à des conditions équitables et adéquates (article 25e).

Les représentants des entreprises d'assurances ne sont pas d'accord avec cette interprétation du Centre pour l'Égalité. La législation antidiscrimination prévoit que seule une distinction directe sur base de l'état de santé constitue une discrimination directe, « à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires. » (article 7 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination). La législation antidiscrimination ne prévoit pas formellement et de manière systématique, selon leur interprétation, une motivation a priori de toute distinction basée sur l'état de santé. Le présent avant-projet d'AR détermine dans quelles situation une telle motivation a priori devrait être faite. A cet égard, les représentants des entreprises d'assurances soutiennent qu'une obligation de motiva-

toestand.

Gelet op de voorbereidende werken van de wet en op het arrest van het Grondwettelijk Hof (zie overwegingen B.12.3, B.12.4, B.13.2), gaat het KB volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verder dan wat de wet viseert.

Het Centrum Gelijkheid wijst uitdrukkelijk op de wetgeving inzake anti-discriminatie en de vereiste van objectieve rechtvaardiging van ieder direct onderscheid op basis van diverse factoren, zoals handicap en gezondheidstoestand. Op grond hiervan dient de verzekeraar iedere beslissing gesteund op de gezondheidstoestand van de verzekerde, ongeacht de hoogte van de bijpremie, omstandig te motiveren. De wet van 21 januari 2010 legt een gelijkaardige motiveringsplicht op zonder enige verwijzing naar een bijpremie (artikel 4 tot invoering van 138ter-2 WLVO). Bovendien verwijst het Centrum naar het Verdrag van de Verenigde Naties betreffende de rechten van gehandicapte personen, door België geratificeerd in 2009, dat ook voor de verzekeringssector het verbod oplegt tot discriminatie van personen met een handicap en hen het recht geeft op toegang tot een ziekte – en levensverzekering aan gelijkwaardige en adequate voorwaarden (artikel 25e).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het niet eens met deze interpretatie van het Centrum Gelijkheid. De anti-discriminatiewetgeving bepaalt enkel dat een direct onderscheid op grond van de gezondheidstoestand een directe discriminatie vormt, “tenzij dit directe onderscheid objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn” (artikel 7 wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie). De anti-discriminatiewetgeving voorziet naar hun interpretatie niet formeel in een systematische, a priori motivering van elk onderscheid op grond van de gezondheidstoestand. Het voorliggend voorontwerp-KB bepaalt in welke situaties een dergelijke a priori motivering wél dient te gebeuren. Op dit vlak verdedigen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat een a priori motiveringsplicht niet zou gelden voor iedere bijpremie maar pas indien de bijpremie een bepaalde minimumdrempel overschrijdt (nl.

tion a priori ne peut valoir pour chaque surprime mais s'applique si une surprime dépasse un seuil minimum déterminé (soit 200% de la prime de base).

- 6.2. En ce qui concerne *le système de réévaluation*, les représentants des entreprises d'assurances soulignent que les dispositions figurant dans l'avant-projet d'AR vont donner lieu à un nombre très important de dossiers de réévaluation auprès du réassureur, du Bureau du suivi et du collège de médecins. Si les surprimes peu élevées entrent également en ligne de compte pour une réévaluation, cela va faire augmenter considérablement la durée moyenne pour une demande d'assurance, et les délais imposés ne pourront plus être respectés. Les représentants des entreprises d'assurances demandent donc de se concentrer, lors du lancement du système, sur les personnes qui se voient refuser une assurance ou qui doivent payer une surprime élevée pour celle-ci, et d'ensuite évaluer s'il est possible ou s'il convient d'aller plus loin.

Les représentants des entreprises d'assurances constatent également que trouver un nombre suffisant de médecins adéquats pour la composition du collège de médecins s'avèrera problématique pour les pouvoirs publics. Si le projet devait être adopté tel qu'il est présenté, ils estiment qu'une liste d'environ 1.500 médecins serait nécessaire, sur la base d'un dossier de réévaluation par semaine au minimum. En particulier, il sera difficile de trouver des médecins disponibles disposant du profil de spécialisation requis, parmi lesquels, pour les cas graves, surtout des oncologues, des cardiologues et des internistes.

Les représentants des associations de patients proposent leurs services pour participer à la composition de la liste requise de médecins. Ils demandent que le Bureau du suivi débute ses activités aussi vite que possible, sur la base du critère d'accès d'une surprime qui atteint 50 % ou plus de la prime de base. Cette valeur limite pourra éventuellement être modifiée après évaluation s'il devait s'avérer que la charge de travail du Bureau du suivi était trop importante. Etant donné qu'il n'y a pas de chiffres objectifs et validés en externe à disposition, les représentants des consommateurs et des pa-

200% van de basispremie).

- 6.3. Met betrekking tot de *herevaluatieregeling* wijzen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen er op dat de regeling in het voorontwerpKB aanleiding zal geven tot een erg groot aantal herevaluatiedossiers bij de herverzekeraar, het Opvolgingsbureau en het artsencollege. Indien ook lage bijpremies in aanmerking komen voor een herevaluatie zal de gemiddelde looptijd van een aanvraag voor een verzekering sterk toenemen en zullen de opgelegde termijnen niet kunnen worden gerespecteerd. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen daarom om bij het opstarten van het systeem te focussen op personen aan wie een verzekering geweigerd wordt, of die hiervoor een hoge bijpremie dienen te betalen, en daarna te evalueren of er verder gegaan kan/moet worden.

Deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat de overheid het moeilijk zal hebben om een voldoende aantal geschikte artsen voor de samenstelling van het artsencollege te vinden. Indien de regeling zoals voorligt moet ingevoerd worden, gaan zij ervan uit dat een lijst van ongeveer 1.500 artsen noodzakelijk zal zijn, op basis van minstens één herevaluatiedossier per week. Het vinden van beschikbare artsen met het vereiste specialisatieprofiel zal in het bijzonder moeilijk zijn, waaronder voor de ernstige gevallen vooral oncologen, cardiologen en internisten.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen bieden hun diensten aan om de vereiste lijst van artsen mee samen te stellen. Zij vragen om het Opvolgingsbureau zo snel mogelijk van start te laten gaan, op basis van het toegangscriterium van een bijpremie die 50% of meer van de basispremie bedraagt. Deze grenswaarde kan na evaluatie eventueel aangepast worden mocht blijken dat de werklast voor het Opvolgingsbureau te hoog zou zijn. Aangezien er geen objectieve en extern gevalideerde cijfers voorhanden zijn, is het volgens hen voorbarig om momenteel uitspraken te doen over de werklast van het Opvolgingsbureau. Zij delen bovendien de mening van het Cen-

tients estiment qu'il est prématuré de faire des déclarations quant à la charge de travail du Bureau du suivi. En outre, ils partagent l'avis du Centre pour l'égalité, à savoir que des motivations objectives et raisonnables des entreprises d'assurances au sujet de leurs surprimes pourraient mener à une limitation du nombre de réévaluations médicales.

7. En ce qui concerne l'utilisation des questionnaires médicaux, la Commission estime qu'il n'est pas indiqué d'imposer des dispositions en vertu desquelles l'assureur qui souhaiterait utiliser un questionnaire médical devrait soumettre celui-ci à chaque candidat assuré et ne pourrait dans ce cadre soumettre qu'une seule fois un questionnaire médical. De telles dispositions impliqueraient qu'il faudrait soumettre à chaque candidat assuré un questionnaire médical poussé, ce qui, dans la plupart des cas, n'est pas nécessaire.

Dans la pratique, on utilise généralement une procédure d'acceptation par étapes, dans le cadre de laquelle le candidat assuré doit d'abord remplir une déclaration sur son état de santé ou répondre à un nombre limité de questions médicales qui lui sont soumises. Si cette étape ne fait pas apparaître un risque de santé accru, l'assureur va accepter la demande au niveau médical. S'il est question d'un risque de santé accru, un nouveau questionnaire médical peut être soumis afin de se faire une idée plus précise de l'état de santé du candidat assuré. Si cela semble nécessaire, sur base des réponses du candidat-assuré, l'assureur pourra enfin demander des explications complémentaires afin d'évaluer le risque de santé le plus précisément possible. Cela peut se faire de différentes manières telles que par exemple en demandant un examen médical, ou en demandant des rapports médicaux ou des déclarations d'ordre médical. Les représentants des entreprises d'assurances indiquent qu'une telle procédure par étapes fait en sorte que la majorité des candidats assurés peuvent contracter une assurance simplement et rapidement, tandis que pour les personnes dont l'état de santé est plus problématique, l'assureur tente de réaliser une analyse du risque aussi précise que possible dans le but de pouvoir quand même proposer une assurance au candidat assuré, plutôt que de devoir refuser une assurance en raison d'un manque d'informations.

Utiliser un questionnaire médical n'a de sens que lorsque la possibilité est offerte d'obtenir

trium Gelijkheid dat objectieve en redelijke motiveringen van verzekeringsondernemingen om-trent hun bijpremies het aantal medische herevaluaties kan beperken.

7. Met betrekking tot het gebruik van de medische vragenlijsten, acht de Commissie het niet aangewezen een regeling op te leggen waarbij de verzekeraar die een medische vragenlijst wenst te gebruiken, deze aan iedere kandidaat-verzekerde moet voorleggen en daarbij slechts eenmaal een medische vragenlijst kan voorleggen. Dergelijke regeling zou inhouden dat aan iedere kandidaat-verzekerde een uitgebreide medische vragenlijst zou moeten worden voorgelegd, wat in de meeste gevallen niet nodig is.

In de praktijk wordt veelal een stapsgewijze acceptatieprocedure gebruikt, waarbij de kandidaat-verzekerde eerst een gezondheidsverklaring of een beperkt aantal medische vragen voorgelegd krijgt. Indien hieruit geen verhoogd gezondheidsrisico blijkt, zal de verzekeraar de aanvraag medisch accepteren. Indien er wel sprake is van een verhoogd gezondheidsrisico, kan een nieuwe medische vragenlijst worden voorgelegd om een vollediger beeld te krijgen van de gezondheidstoestand. Indien dit nodig blijkt op basis van de antwoorden van de kandidaat-verzekerde, zal de verzekeraar tot slot bijkomende verduidelijkingen vragen teneinde het gezondheidsrisico zo nauwkeurig mogelijk te kunnen beoordelen. Dit kan op verschillende manieren verlopen zoals door een medisch onderzoek te laten uitvoeren, of door medische verslagen of verklaringen op te vragen. De vertegenwoordigers van de verzekeringsonderneming stellen dat een dergelijke stapsgewijze procedure ervoor zorgt dat de meerderheid van de kandidaat-verzekerden eenvoudig en snel een verzekering kan aangaan, terwijl voor personen met een meer gecompliceerde gezondheidstoestand de verzekeraar een zo fijn mogelijke analyse van het risico maakt met als bedoeling de kandidaat-verzekerde toch een verzekering te kunnen aanbieden, eerder dan een verzekering te moeten afwijzen bij gebrek aan informatie.

Het is slechts zinvol een medische vragenlijst te gebruiken wanneer de mogelijkheid wordt geboden om

pour certaines réponses des informations complémentaires, par exemple au sujet des traitements ou de la gradation des risques de santé mentionnés, sans qu'il ne faille pour cela demander un examen médical. La Commission marque son accord sur le principe des demandes par étapes, via des questions complémentaires, si ces questions complémentaires ne peuvent être posées que dans le cas où les réponses aux questions posées initialement laissent apparaître un risque de santé accru. Ces questions complémentaires doivent être conformes à la législation.

Les représentants des patients et des consommateurs renvoient à cet égard à la Cour Constitutionnelle, laquelle a jugé que l'usage de questionnaires médicaux pour la détermination du risque d'assurance et de la prime d'assurance constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée des candidats assurés, et que la liberté contractuelle de l'assureur est limitée tant par le droit au respect de la vie privée que par le droit à un traitement équitable. L'assureur a donc le droit de poser des questions afin de déterminer le risque de santé pour autant que ces questions soient adéquates, pertinentes et non excessives.

La Commission souligne également qu'une réglementation relative à l'utilisation du questionnaire médical ne peut pas constituer un frein à la pratique de l'acceptation en ligne. Un système d'acceptation en ligne permet de traiter une demande d'assurance rapidement et simplement. Dans le cadre d'un tel système, il est courant que pour certaines questions (par exemple au sujet de certaines affections bien précises), des possibilités de réponses prédéfinies soient données, parmi lesquelles le candidat assuré devra alors faire son choix. Dans un souci de sécurité juridique, il est indiqué de prévoir explicitement cette possibilité dans l'avant-projet d'AR.

En ce qui concerne le contenu du questionnaire médical standardisé et la conformité de celui-ci au regard des dispositions légales, la Commission demande de lui transmettre l'avis de la Commission de la protection de la vie privée demandé par le Ministre.

Enfin, il est important que les intermédiaires continuent à remplir leur rôle consistant à proposer au candidat preneur d'assurance les solutions qui lui conviennent le mieux. De plus, lors

over bepaalde antwoorden verdere informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld over behandelingen of gradatie van gemelde gezondheidsrisico's, zonder dat hiervoor een medisch onderzoek moet worden gevraagd. De Commissie gaat akkoord met het stapsgewijze opvragen via bijkomende vragen indien deze bijkomende vragen enkel gesteld worden wanneer uit de antwoorden op de initieel gestelde vragen blijkt dat er sprake kan zijn van een verhoogd gezondheidsrisico. Deze bijkomende vragen moeten conform de wetgeving zijn.

De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers verwijzen in dit verband naar het Grondwettelijk Hof waar het oordeelt dat het gebruik van medische vragenlijsten bij het bepalen van het verzekeringsrisico en de verzekeringspremie een inmenging vormt in het recht op eerbiediging van het privéleven van kandidaat-verzekerden, alsook dat de contractuele vrijheid van de verzekeraar beperkt wordt door zowel het recht op eerbiediging van het privé-leven en het recht op gelijke behandeling. De verzekeraar heeft dus het recht vragen te stellen om het gezondheidsrisico te bepalen, voor zover deze vragen toereikend, pertinent en niet overmatig zijn.

De Commissie wijst er tevens op dat een regeling over het gebruik van de medische vragenlijst de praktijk van online acceptatie niet in de weg mag staan. Een online acceptatiesysteem maakt het mogelijk op een snelle en eenvoudige manier de aanvraag tot verzekering te behandelen. In dergelijk systeem is het gebruikelijk dat voor sommige vragen (bijvoorbeeld over welbepaalde aandoeningen) vooraf gedefinieerde antwoordmogelijkheden worden opgegeven waaruit de kandidaat-verzekerde zijn keuze kan maken. Met het oog op rechtszekerheid is het aangewezen deze mogelijkheid expliciet te voorzien in het voorontwerpKB.

Met betrekking tot de inhoud van de standaard medische vragenlijst en de conformiteit ervan met de wettelijke regelingen, verzoekt de Commissie om haar het door de minister gevraagde advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer over te maken.

Tot slot is het belangrijk dat de tussenpersonen hun rol kunnen blijven vervullen bij de aanbidding van de voor de verzekeringnemer meest geschikte oplossingen, en bovendien moet bij het uitwerken van een re-

de l'élaboration des dispositions, il faut tenir compte du risque que certains assureurs se retirent du marché.

8. La Commission ne dispose pas d'information concernant l'évaluation des ressources nécessaires, ni en ce qui concerne la manière dont les différents mécanismes introduits par la loi et l'avant-projet d'AR seront financés. L'avant-projet d'AR mentionne uniquement le financement de la Caisse de Compensation. La Commission demande si des moyens suffisants ont été prévus et fixés afin de financer l'ensemble des mesures prévues. Cela concerne non seulement les organismes prêteurs et les entreprises d'assurances, mais également les candidats preneurs d'assurance et les pouvoirs publics.

B. Commentaire des articles

En vue de préciser et de compléter les remarques générales, les remarques suivantes sont formulées au sujet des divers articles :

Chapitre I^{er} – Définitions et champ d'application

Article 1^{er}, 1^o, "Indice Abex"

La définition de l'indice Abex est reprise à l'article 1^{er}, 1^o, alors que cette notion n'apparaît plus nulle part dans le projet d'AR.

Cette définition est peut-être en relation avec l'article 138ter-11 de la LCAT, qui stipule que le Roi peut adapter le montant maximal fixé pour la garantie standardisée afin de tenir compte de l'évolution des prix.

L'avant-projet d'AR ne prévoit cependant aucun élément relatif au régime de la garantie standardisée, ni aucune formule pour adapter des montants à l'évolution des prix.

La Commission marque son accord sur un régime dans le cadre duquel les montants seraient adaptés à un indice spécifique. Cependant, il y a lieu dans ce cas de prévoir dans le texte de l'AR une disposition prévoyant que les montants peuvent être indexés, ainsi que l'indice sur la base duquel cela se fera.

Dans le cas où cette disposition ne serait pas insérée dans l'AR, ou dans le cas où une autre méthode d'adaptation à l'évolution des prix serait prévue, la Commission propose de supprimer cette définition de l'indice Abex.

geling aandacht worden besteed aan het risico dat bepaalde verzekeraars zich van de markt zouden terugtrekken.

8. De Commissie beschikt niet over informatie betreffende een evaluatie van de benodigde middelen, noch over de wijze waarop de diverse mechanismen die de wet en het voorontwerpKB invoeren zullen worden gefinancierd. Het voorontwerp-KB spreekt zich enkel uit over de financiering van de Compensatiekas. De Commissie vraagt dat er voldoende middelen worden voorzien en vastgelegd om het geheel van de voorziene maatregelen te financieren. Niet alleen de kredietgevers en de verzekeringsondernemingen maar ook de kandidaat-verzekeringnemers en de overheid zijn hierbij belanghebbende partij.

B. Artikelsgewijze bespreking

Ter verduidelijking van en in aanvulling tot de algemene bemerkingen, worden volgende bemerkingen geformuleerd bij de diverse artikelen.

Hoofdstuk I – Definities en toepassingsgebied

Artikel 1, 1^o "Abex-index"

De definitie van de Abex-index is opgenomen in artikel 1, 1^o, terwijl dit in het voorontwerpKB verder nergens meer vermeld wordt.

Mogelijks staat deze definitie in relatie tot artikel 138ter-11 WLVO dat bepaalt dat de Koning het bepaalde maximaal bedrag van de gestandaardiseerde waarborg kan aanpassen om rekening te houden met de prijzevolutie.

Het voorontwerpKB voorziet echter geen uitwerking van de regeling van de gestandaardiseerde waarborg, noch een formule om bedragen aan te passen aan de prijzevolutie.

De Commissie gaat akkoord met een regeling waarbij de bedragen zouden aangepast worden aan een specifieke index. Evenwel dient in dat geval in het KB een bepaling te worden opgenomen die voorziet dat de bedragen kunnen worden geïndexeerd, alsook op basis van welke index.

Indien echter dergelijke bepaling niet zou worden opgenomen in het KB, of een andere wijze tot aanpassing aan de prijzevolutie zou worden voorzien, stelt de Commissie voor deze definitie van de Abex-index te schrappen.

Article 1^{er}, 4^o, “Habitation”

L'avant-projet d'AR définit la notion d'habitation comme étant “l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance”. Dans un souci de sécurité juridique, certaines délégations proposent de spécifier que cela correspond à la notion d'habitation propre et unique au sens de la législation fiscale (art. 115, CIR), donc à l'habitation unique que le candidat preneur d'assurance occupe personnellement.

Les représentants des établissements de crédit soulignent que l'organisme prêteur ne peut pas contrôler ou confirmer que le crédit demandé a bien trait à l'habitation propre et unique de l'emprunteur, et ils indiquent que l'avant-projet d'AR doit stipuler que la preuve du respect de cette exigence doit figurer dans une déclaration sur l'honneur.

Article 1^{er}, 5^o, “Candidat preneur d'assurance”

L'avant-projet d'AR utilise la notion de “crédit hypothécaire” dans cette définition.

Les représentants des intermédiaires constatent que cette notion n'est pas définie dans l'avant-projet d'AR. Ces représentants estiment qu'une définition est nécessaire afin de pouvoir distinguer les différentes situations d'ouverture de crédit, comme par exemple le cas où plusieurs crédits sont demandés dans le cadre d'un seul dossier d'ouverture de crédit.

Article 1^{er}, 9^o, “Assurance du solde restant dû”

Dans la définition de la notion d'“assurance du solde restant dû”, il est conseillé de faire spécifiquement référence aux assurances du solde restant dû négociées par l'entreprise d'assurance qui constituent un contrat annexé, tel que visé à l'article 6 de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire, et aux assurances du solde restant dû qui ne sont pas annexées mais qui prévoient la désignation d'un bénéficiaire, à savoir l'entreprise hypothécaire.

Les représentants des entreprises d'assurances précisent qu'ils peuvent uniquement vérifier la seconde condition, à savoir que l'assurance du solde restant dû a été conclue en faveur de l'entreprise hypothécaire. Les représentants des entreprises d'assurances proposent de ce fait de préciser la notion d'“assurance du solde restant dû” comme étant « une assurance provisoire en cas de décès, avec un capital

Artikel 1, 4^o “Gezinswoning”

Het voorontwerpKB definieert het begrip gezinswoning als de “eigen en enige woning van de kandidaat-verzekeringnemer”. Met het oog op rechtszekerheid stellen sommige delegaties voor om te specificeren dat dit beantwoordt aan het begrip van de eigen en enige woning in de zin van de fiscale wetgeving (art. 115 WIB), dus de enige woning die kandidaat-verzekeringnemer zelf betreft.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen wijzen erop dat de kredietgever niet kan controleren of bevestigen dat het aangevraagde krediet de eigen en enige woning van de kredietnemer betreft en dat het voorontwerpKB dient te bepalen dat het bewijs van de naleving van deze vereiste moet worden opgenomen in een verklaring op eer.

Artikel 1, 5^o “kandidaat-verzekeringnemer”

Het voorontwerpKB gebruikt in deze definitie het woord hypotheccair krediet.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen stellen vast dat dit begrip in het voorontwerpKB niet gedefinieerd wordt. Deze vertegenwoordigers zijn van oordeel dat een definitie nodig is om de verschillende situaties van kredietopening te kunnen onderscheiden, zoals bijvoorbeeld het geval van meerdere kredieten gevraagd in het kader van één dossier van kredietopening.

Artikel 1, 9^o “Schuldsaldoverzekering”

Het is aangewezen in de definitie van het begrip “schuldsaldoverzekering” specifiek te verwijzen naar de door de hypotheekonderneming bedongen schuldsaldoverzekeringen die een aangehecht contract uitmaken, zoals bedoeld in artikel 6 van de wet van 4 augustus 1992 op het hypotheccair krediet, en de schuldsaldoverzekeringen die niet aangehecht zijn maar waarvoor in een aanwijzing van een begunstigde, nl. de hypotheekonderneming, voorzien is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen preciseren dat zij uitsluitend de tweede voorwaarde kunnen verifiëren, met name dat de schuldsaldoverzekering ten gunste van een hypotheekonderneming is gesloten. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen daarom voor om het begrip “schuldsaldoverzekering” te preciseren als een “tijdelijke verzekering bij overlijden met afnemend kapitaal die onderworpen is aan de wet van 25

décroissant, soumise à la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et qui garantit, en faveur de l'entreprise hypothécaire, le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance ».

Les représentants des établissements de crédit ne comprennent pas pourquoi les entreprises d'assurances ne peuvent pas vérifier la première condition dans la mesure où un contrat annexé suppose automatiquement la signature d'un avenant de transfert de droits par les trois parties concernées (preneur d'assurance, assureur et bénéficiaire-entreprise hypothécaire). Ils font remarquer que lorsque le bénéficiaire est repris directement dans la police d'assurance, les primes ne sont pas prises en compte fiscalement pour la déductibilité.

La Commission souligne également que la notion de "crédit hypothécaire" (voir également article 1^{er}, 5°) n'est pas claire, étant donné qu'il existe sur le marché différentes formules de crédit. Certains membres indiquent qu'il est souhaitable d'élargir le champ d'application, afin d'étendre la protection de certains autres types de crédit, tels que les crédits pour indépendants et PME, comme par exemple les crédits d'investissement. Les représentants des établissements de crédit estiment cependant qu'une telle extension n'était pas visée par le législateur.

Chapitre II – Obligations lors de la conclusion d'une assurance du solde restant dû

Section 1^{ère} – Utilisation du questionnaire médical

Articles 3 et 4

L'article 3 stipule que si une entreprise d'assurances fait usage d'un questionnaire médical lors du traitement d'une demande d'assurance du solde restant dû, elle utilise à cet effet le questionnaire médical standardisé figurant en annexe. L'article 4 stipule que si une entreprise d'assurances se limite à un certain nombre de questions issues du questionnaire médical standardisé, elle ne peut pas par la suite poser d'autres questions issues de ce questionnaire.

En complément aux remarques générales déjà formulées ci-avant au sujet des questionnaires et aux remarques formulées ci-après au sujet du questionnaire médical standardisé figurant en annexe à l'AR, les éléments suivants sont soulevés :

Ces dispositions laissent planer une certaine incertitude quant à la question de savoir si le questionnaire

juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en die, ten gunste van een hypotheekonderneming, de terugbetaling waarborgt van het kapitaal van een hypotheekair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer".

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen begrijpen niet waarom verzekeringsondernemingen de eerste voorwaarde niet kunnen verifiëren in de mate dat aanhechting automatisch de ondertekening veronderstelt van een bijvoegsel van overdracht van rechten door de drie betrokken partijen (verzekeringnemer, verzekeraar en begunstigde-hypotheekonderneming). Zij merken eveneens op dat wanneer de begunstigde rechtstreeks in de verzekeringspolis wordt opgenomen, de premies fiscaal niet in aanmerking komen voor aftrekbaarheid.

De Commissie wijst tevens op de onduidelijkheid van het begrip "hypotheekair krediet" (zie tevens artikel 1, 5°), aangezien diverse kredietformules op de markt beschikbaar zijn. Sommige leden wijzen op de wenselijkheid om het toepassingsgebied uit te breiden, om op die manier de bescherming uit te breiden tot bepaalde andere kredietvormen, zoals kredieten voor zelfstandigen en kmo's (bv. investeringskredieten). De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen menen echter dat een dergelijke uitbreiding niet bedoeld is door de wetgever.

Hoofdstuk II – Verplichtingen bij het sluiten van een schuldsaldoverzekering

Afdeling 1 – Gebruik van de medische vragenlijst

Artikel 3 en artikel 4

Artikel 3 bepaalt dat, indien een verzekeringsonderneming gebruik maakt van een medische vragenlijst bij de behandeling van een aanvraag tot schuldsaldoverzekering, zij daarbij gebruik maakt van de in bijlage opgenomen standaard medische vragenlijst. Artikel 4 bepaalt dat, indien de verzekeringsonderneming zich beperkt tot een aantal vragen uit de standaard medische vragenlijst, zij nadien geen andere vragen uit deze lijst mag stellen.

In aanvulling op de hoger reeds geformuleerde algemene bemerkingen over de vragenlijsten en de bemerkingen infra op standaard medische vragenlijst als bijlage bij het KB, worden volgende elementen opgemerkt:

Deze bepalingen laten onzekerheid bestaan over de vraag of de standaard medische vragenlijst enkel betrekking heeft op

médical standardisé concerne uniquement les personnes pour lesquelles un premier screening a laissé apparaître qu'elles présentaient un risque de santé accru, ou s'il concerne toutes les personnes qui font une demande d'assurance du solde restant dû. De plus, au niveau textuel, l'article 3 n'est pas clair car il peut être lu comme imposant à l'assureur, lorsqu'il utilise un questionnaire médical, d'utiliser la totalité du questionnaire médical figurant en annexe de l'avant-projet d'AR, tandis que l'article 4 offre la possibilité de ne poser qu'un nombre limité de questions.

Les représentants des entreprises d'assurances proposent de modifier l'article 4 comme suit : *“Si une entreprise d'assurances ne pose au candidat assuré qu'une partie des questions figurant dans le questionnaire médical standardisé et que les réponses à ce questionnaire ne laissent apparaître aucun risque de santé accru, elle n'est pas autorisée à lui poser par la suite d'autres questions issues de ce questionnaire médical standardisé”*.

En pratique, il s'avère que certains candidats assurés ne savent pas toujours s'ils doivent mentionner leur affection médicale et, le cas échéant, où ils doivent le faire. Cela peut découler du fait qu'ils utilisent un autre terme pour désigner cette affection médicale, du fait qu'ils ne retrouvent pas cette affection dans la liste d'exemples, ou du fait qu'ils ne savent pas avec certitude à quelle catégorie appartient cette affection. Si le candidat assuré ne mentionne pas son affection médicale, alors que celle-ci a une importance dans le cadre de l'évaluation de son état de santé, cela peut donner lieu à des contestations quant au respect de l'obligation de déclaration. (articles 5-7 LCAT) Pour éviter cela, les représentants des entreprises d'assurances proposent d'ajouter une rubrique “Autres affections” et d'offrir la possibilité de modifier, de reformuler, de supprimer ou d'ajouter des exemples.

A l'inverse, les représentants des patients et des consommateurs estiment que le fait de pouvoir modifier ou ajouter des exemples dans le questionnaire médical n'est pas en ligne avec l'objectif du questionnaire médical standardisé - à savoir une meilleure protection du droit à la vie privée. Modifier ou ajouter des exemples n'est acceptable qu'à la condition que cela soit jugé opportun par toutes les parties concernées après l'évaluation de la loi (dont le questionnaire médical standardisé fait partie) (par ex. sur la base des problèmes pratiques ou de l'évolution des sciences médicales).

de personnes waarvoor uit een eerste screening is gebleken dat zij een verhoogd gezondheidsrisico vertonen, dan wel op alle personen die een schuldsaldoverzekering aanvragen. Tekstueel is artikel 3 bovendien onduidelijk omdat dit zo kan worden gelezen dat, wanneer de verzekeraar gebruik maakt van een medische vragenlijst, hij gebruik dient te maken van de volledige standaard medische vragenlijst als bijlage van het voorontwerpKB, terwijl artikel 4 de mogelijkheid biedt om een beperkt aantal vragen te stellen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor artikel 4 als volgt te wijzigen: *“Indien een verzekeringsonderneming slechts een aantal vragen uit de standaard medische vragenlijst aan de kandidaat-verzekerde stelt en blijkt dat er geen verhoogd gezondheidsrisico is, is het haar niet toegelaten om naderhand andere vragen uit deze standaard medische vragenlijst te stellen”*.

In de praktijk blijken sommige kandidaat-verzekerden niet altijd te weten of ze hun aandoening dienen te melden en, zo ja, waar. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat ze hun aandoening anders benoemen, dat ze hun aandoening niet terugvinden in de lijst van voorbeelden, of niet zeker zijn onder welke categorie deze thuishoort. Indien de kandidaat-verzekerde zijn aandoening niet opgeeft, niettegenstaande deze relevant is voor de beoordeling van zijn gezondheidsrisico, kan deze mogelijks aanleiding geven tot betwistingen over de naleving van de mededelingsplicht (artikelen 5-7 WLVO). Om dit te vermijden en de kandidaat-verzekerde daarbij te helpen stellen de vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen voor een rubriek “Andere aandoeningen” toe te voegen en de mogelijkheid te bieden om voorbeelden te wijzigen, anders te formuleren, te schrappen of toe te voegen.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers zijn daarentegen van mening dat het kunnen wijzigen of toevoegen van voorbeelden in de medische vragenlijst het doel van een standaard medische vragenlijst, namelijk een betere rechtsbescherming inzake privacy, voorbij schiet. Voorbeelden wijzigen of toevoegen is enkel aanvaardbaar indien dat na de evaluatie van de wet (waarvan de standaard medische vragenlijst deel uitmaakt) door alle betrokken partijen (bv. op basis van praktische problemen of de evolutie van de medische wetenschap) opportuun wordt geacht.

Section 2 - Obligation de motivation

A ce sujet, il est également renvoyé aux remarques formulées plus haut.

Article 5

L'article 5 impose à l'assureur une obligation de motivation écrite lorsqu'il décide, en raison du risque de santé accru du candidat assuré, de refuser l'assurance, de demander un examen médical complémentaire ou de réclamer une surprime.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent que le champ d'application de cette obligation de motivation est beaucoup trop large car il vaut pour toutes les primes qui, en raison de l'état de santé, s'écartent de la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances (article 1^{er}, 2^o, de l'avant-projet d'AR), ce qui ne correspond pas à l'objectif de la loi, tel que décrit dans les travaux préparatoires de la loi et comme cela a d'ailleurs été observé par la Cour constitutionnelle. Ils plaident en faveur d'une obligation de motivation plus ciblée, visant les assurances qui sont refusées ou pour lesquelles une surprime de plus de 200 % est réclamée en raison de l'état de santé.

Par ailleurs, ces représentants demandent de supprimer l'obligation de motivation détaillée prévue pour toute demande d'examen complémentaire, préalablement à la décision finale. Celle-ci n'est d'aucun intérêt pour le candidat preneur d'assurance car, à cette phase du processus, l'assureur tente uniquement d'obtenir un aperçu de l'état de santé du candidat assuré, et, comme le dossier n'est pas complet, l'assureur ne peut fournir des explications précises. De plus, une telle motivation intermédiaire n'est pas prévue par la loi.

Les représentants des consommateurs et des patients soulignent que la législation antidiscrimination impose une obligation de motivation pour les entreprises d'assurances lorsqu'elles désirent pratiquer une segmentation sur la base, notamment, des risques de santé accrus. Limiter cette obligation de motivation uniquement aux cas de refus ou aux cas de surprimes atteignant plus de 200 % est, selon eux, en contradiction avec la législation antidiscrimination. Les données relatives à la santé que les entreprises d'assurances peuvent traiter doivent, selon la législation sur la protection de la vie privée, être adéquates, pertinentes et non excessives. Le fait de motiver un examen médical complémentaire offre au candidat assuré la garantie que l'examen médical complémentaire est nécessaire, pertinent et proportionnel pour la

Afdeling 2 – Motiveringsplicht

Ter zake wordt tevens verwezen naar de hoger reeds geformuleerde bemerkingen.

Artikel 5

Artikel 5 verplicht de verzekeraar tot een schriftelijke motiveringsplicht wanneer hij, omwille van het verhoogde gezondheidsrisico, beslist tot een weigering, een bijkomend medisch onderzoek of een bijpremie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat het toepassingsgebied van deze motiveringsplicht 1 te ruim is omdat die geldt voor iedere premie die, om redenen van de gezondheidstoestand, afwijkt van de laagste premie die de verzekeraar toepast (artikel 1, 2^o, van het voorontwerpKB), wat niet in overeenstemming is met de doelstelling van de wet, zoals beschreven in de voorbereidende werken van de wet en tevens vastgesteld door het Grondwettelijk Hof. Zij bepleiten een meer gerichte motiveringsplicht die zich richt op de verzekeringen die worden afgewezen of waarvoor een bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand van meer dan 200% wordt gevraagd.

Voorts vragen deze vertegenwoordigers om de verplichting te schrappen om elke vraag voor een bijkomend medisch onderzoek, voorafgaand aan de eindbeslissing, uitgebreid te motiveren. Dit brengt weinig tot niets bij voor de kandidaat-verzekeringnemer omdat in deze fase de verzekeraar enkel een beeld probeert te krijgen van de medische toestand van een kandidaat-verzekerde en bij gebrek aan een volledig dossier geen accurate toelichting kan geven. Bovendien is een dergelijke tussentijdse motivering niet voorzien in de wet zelf.

De vertegenwoordigers van consumenten en patiënten wijzen er nogmaals op dat de anti-discriminatiewetgeving een motiveringsplicht voor verzekeringsondernemingen oplegt wanneer zij willen segmenteren op basis van o.a. verhoogde gezondheidsrisico's. Een beperking van deze motiveringsplicht tot enkel de gevallen van weigeringen of bijpremies van meer dan 200% is daarom volgens hen in strijd met de anti-discriminatiewetgeving. De gezondheidsgegevens die verzekeringsondernemingen mogen verwerken moeten volgens de privacywetgeving toereikend, ter zake dienend en niet overmatig zijn. Het motiveren van een bijkomend medisch onderzoek biedt de kandidaat-verzekerde de garantie dat het bijkomend onderzoek noodzakelijk, relevant en proportioneel is voor de verzekeringsaanvraag. Zij bepleiten aldus dat in het KB de motiveringsplicht voor bijkomende medische onderzoeken behouden blijft.

demande d'assurance. Ils plaident donc pour que l'obligation de motivation en cas d'examen médical complémentaire soit maintenue dans l'AR.

Les représentants des entreprises d'assurances se réfèrent ici également à la législation anti-discrimination qui ne prévoit pas formellement de manière systématique une motivation a priori de chaque distinction sur base de l'état de santé, de telle sorte qu'une limitation des circonstances dans lesquelles la motivation a priori doit se faire n'est, selon eux, pas en contradiction avec cette législation.

Certaines délégations estiment qu'au niveau textuel, il serait opportun de faire une référence dans l'article 5 au délai endéans lequel l'entreprise d'assurances doit notifier sa décision au demandeur, comme stipulé à l'article 12.

Article 6

L'article 6 énumère les éléments qui doivent, au moins, figurer dans la motivation que l'entreprise d'assurances doit transmettre au candidat preneur d'assurance dans le cas où celle-ci refuse l'assurance, demande un examen médical complémentaire ou réclame une surprime.

Le Centre pour l'égalité précise que l'obligation de motivation commentée ci-avant implique que, sur la base de cette motivation, il doit concrètement être possible d'examiner si l'obligation de justification objective figurant dans la législation antidiscrimination est respectée. Cela implique en particulier qu'il faut pouvoir examiner si l'état de santé ou le handicap est un facteur nécessaire à l'évaluation du risque et s'il implique un risque objectif et significativement accru, si les données utilisées par l'assureur et le réassureur sont correctes, actuelles et pertinentes, si la distinction opérée vise un but légitime, et si les moyens pour atteindre ce but sont appropriés et nécessaires. Le Centre insiste également sur le fait que la motivation doit tenir compte de la situation individuelle de l'assuré (suivi médical, effets des traitements, rechute, convalescence) et non uniquement de catégories générales et abstraites par pathologie.

L'article 6, 4°, stipule que la hauteur de la surprime réclamée doit être exprimée "en euros ou en pourcentage de la prime de base". Les représentants des patients et des consommateurs demandent que ce texte soit modifié pour que la hauteur de la surprime réclamée soit exprimée "en euros *et* en pourcentage de la prime de base".

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen ook hier naar de anti-discriminatiewetgeving die formeel niet voorziet in een systematische, a priori motivering van elk onderscheid op grond van de gezondheidstoestand, zodat een beperking van de omstandigheden waarin de motivering a priori dient te gebeuren naar hun mening niet in strijd is met deze wetgeving.

Sommige delegaties achten het tekstueel aangewezen in artikel 5 te verwijzen naar de termijn waarbinnen de verzekeringsonderneming haar beslissing aan de aanvrager moet bekendmaken, zoals bepaald in artikel 12.

Artikel 6

Artikel 6 somt de elementen op die minstens moeten worden opgenomen in de motivering die de verzekeringsonderneming moet overmaken aan de kandidaat-verzekeringnemer in geval van weigering, bijkomend medisch onderzoek of bijpremie.

Het Centrum Gelijkheid verduidelijkt dat de hoger toegelichte motiveringsplicht inhoudt dat op basis van die motivering in concreto moet kunnen worden nagegaan of aan het vereiste van objectieve rechtvaardiging zoals bepaald in de anti-discriminatiewetgeving is voldaan. Dit houdt in het bijzonder in dat moet kunnen worden nagegaan of de gezondheidstoestand of handicap een noodzakelijke factor is in de beoordeling van het risico en dus een objectief en significant verhoogd risico inhoudt; de door de verzekeraar en herverzekeraar gebruikte gegevens juist, actueel en relevant zijn, het gemaakte onderscheid een legitiem doel nastreeft en de middelen om dat doel te bereiken geschikt en noodzakelijk zijn. Het Centrum benadrukt tevens dat de motivering rekening moet houden met de individuele situatie van de verzekerde (medische opvolging, invloed van behandelingen, herval, herstel) en niet alleen met algemene en abstracte categorieën per pathologie.

Artikel 6, 4° bepaalt dat de hoogte van de gevraagde bijpremie moet worden uitgedrukt "in euro of als percentage van de basispremie". De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers vragen deze tekst aan te passen in de zin van "hoogte in euro *en* als percentage van de basispremie".

L'article 6, 6°, stipule que le candidat assuré a le droit d'obtenir des informations au sujet d'éventuelles études et statistiques et au sujet de la relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime. L'article 9 précise ensuite les informations qui sont spécifiquement visées.

Les représentants des consommateurs et des patients soulignent à nouveau que toute suppression ou limitation de l'obligation de motivation - telle que prévue notamment à l'article 6, 6°, et à l'article 9 de l'avant-projet d'AR - est contraire à la législation antidiscrimination car ces données (statistiques, études, qu'elles proviennent ou non des réassureurs) sont nécessaires pour pouvoir vérifier si la surprime ou le refus est objectif et raisonnable. Pour ces raisons, le Centre pour l'égalité souhaite également que l'assuré ait la possibilité de recevoir directement les informations (études et statistiques) sans devoir en faire la demande explicite. Il pourrait être prévu contractuellement que l'assuré renonce dans un premier temps à cette information, mais qu'il puisse toujours en faire la demande plus tard lorsqu'il le souhaite.

Les représentants des entreprises d'assurances font remarquer que, comme précisé plus haut, une motivation a priori dans une situation bien déterminée, dans laquelle cette motivation se ferait par étape (information de base automatique, informationssupplémentaire sur demande), est bel et bien compatible avec la législation antidiscrimination.

Les représentants des entreprises d'assurances constatent dans la pratique que les candidats assurés attendent une motivation de nature non technique et visant l'essence de la décision. Cependant, les informations réclamées à l'article 6 constituent des informations très techniques, que le candidat assuré ne pourra donc pas comprendre. De plus, il n'est pas toujours indiqué de confronter les personnes atteintes d'une affection grave à des informations relatives à la surmortalité et aux chances de survie. Ils s'insurgent contre le fait que l'entreprise d'assurances communique à des personnes des informations sur la surmortalité attendue, alors que l'entreprise d'assurances ne connaît pas ces personnes et ne peut pas évaluer si celles-ci sont capables de faire face à de telles informations. Même le médecin traitant, qui connaît les patients personnellement, peut décider de ne pas transmettre de telles informations préjudiciables à ses patients (« l'exception thérapeutique », article 7, § 4, de la loi relative aux droits des patients). Ils soulignent également que les assureurs suivent les conditions d'acceptation et de tarification de leur(s) réassureur(s) lors de leurs prises de décisions. Ces réassureurs

Artikel 6, 6° bepaalt dat de kandidaat-verzekerde het recht heeft informatie te verkrijgen over eventuele studies en statistieken en over de relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bijpremie. Artikel 9 verduidelijkt vervolgens welke informatie precies wordt bedoeld.

De vertegenwoordigers van consumenten en patiënten wijzen er nogmaals op dat iedere afschaffing of beperking van de motiveringsplicht, zoals voorzien in onder meer artikel 6, 6° en artikel 9 van het voorontwerpKB, in strijd is met de anti-discriminatiewetgeving omdat deze gegevens (statistieken, studies, al dan niet afkomstig van herverzekeraars) noodzakelijk zijn om te kunnen verifiëren of de bijpremie of weigering object en redelijk is. Om die reden wenst het Centrum Gelijkheid bovendien dat de verzekerde de mogelijkheid moet hebben om de informatie (studies en statistieken) onmiddellijk te krijgen zonder hiernaar uitdrukkelijk te vragen. De mogelijkheid kan wel worden voorzien om contractueel te bepalen dat de verzekerde initieel afstand doet van deze informatie, doch wel deze steeds kan opvragen wanneer hij dat wenselijk acht.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat, zoals hoger toegelicht, een a priori motivering in een welomlijnde situatie, waarbij deze motivering gefaseerd verloopt (automatisch basisinformatie, extra informatie op vraag), weldegelijk verenigbaar is met de anti-discriminatiewetgeving.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen in de praktijk vast dat kandidaat-verzekerden een motivering verwachten die niet-technisch van aard is en op de essentie gericht is. De in artikel 6 gevraagde informatie zal daarentegen uiterst technisch zijn, waardoor een kandidaat-verzekerde die niet zal begrijpen. Bovendien is het niet steeds gepast om personen met een ernstige aandoening te confronteren met informatie over sterfte- en overlevingskansen. Zij maken bezwaar tegen het feit dat een verzekeringsonderneming, die de persoon niet kent en niet kan inschatten of hij/zij met deze informatie kan omgaan, informatie over de verwachte oversterfte zou moeten meedelen. Zelfs de behandelende arts, die deze persoon wel persoonlijk kent, mag beslissen om dergelijke, nadelige informatie niet aan zijn patiënt door te geven (zgn. "therapeutische uitzondering", artikel 7, §4 van de wet betreffende de rechten van de patiënt). Ze benadrukken ook dat verzekeraars zich bij hun beslissing laten leiden door de acceptatie- en tarifieringsrichtlijnen van hun herverzekeraar(s). Deze herverzekeraars baseren zich op Europese studies en hebben een actuelere en algemenere kijk op de verzekeraarheid van de diverse ziekteprofielen dan de verzekeraar zelf. De verzekeraars hebben enkel (tegen betaling) toegang tot de eigenlijke richtlijnen en kennen niet de onderliggende stu-

reurs se basent sur des études européennes et ont une vision plus actuelle et plus globale de l'assurabilité des différents profils de malades que les assureurs. Les assureurs ont uniquement accès (moyennant paiement) aux directives en elles-mêmes et ne connaissent pas les études et statistiques sous-jacentes. En outre, un autre problème se pose : les études et statistiques sont protégées par des droits d'auteur et ne peuvent donc pas être communiquées librement. Pour ces raisons, les représentants des entreprises d'assurances proposent de supprimer l'article 6, 6°, et l'article 9.

Article 8

L'article 8 stipule que le candidat assuré peut demander au médecin-conseil de l'assureur des informations complémentaires au sujet de la raison médicale de la décision prise.

Les représentants des entreprises d'assurances répètent qu'un assureur qui a pris une décision sur la base des conditions d'acceptation et de tarification de son réassureur est totalement dépendant de son réassureur pour fournir des informations au sujet des études et statistiques sous-jacentes. De ce fait, l'assureur ne peut être lié par une obligation de résultat pour fournir des informations ou en ce qui concerne le délai endéans lequel il le fait, le cas échéant. Ils demandent que l'article 8, alinéa 2, soit supprimé.

Article 9, 2°

L'article 9 détaille les informations supplémentaires que l'entreprise d'assurances doit fournir au candidat assuré.

L'article 9, 2°, stipule que la surprime doit, si le candidat assuré le demande explicitement, être motivée du point de vue technique pour ce qui est de la relation proportionnelle entre la surmortalité attendue (en mentionnant éventuellement le pourcentage concret de surmortalité) et le niveau de la surprime.

Les représentants des entreprises d'assurances répètent que le candidat assuré n'a aucun intérêt à être informé de la surmortalité attendue. Non seulement il s'agit d'informations très techniques, mais qui peuvent également s'avérer très dures pour la personne concernée.

Le Centre pour l'égalité fait référence à la remarque formulée plus haut au sujet de l'article 6, indiquant que les informations doivent être immédiatement

dies en statistieken. Bovendien rijst het probleem dat de studies en statistieken auteursrechtelijk beschermd zijn en dus niet zomaar meegedeeld kunnen worden. Om deze redenen stellen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen voor om artikel 6, 6°, en artikel 9 te schrappen.

Artikel 8

Artikel 8 bepaalt dat de kandidaat-verzekerde bij de raads-geneesheer van de verzekeraar bijkomende informatie kan vragen over de medische grond van de beslissing.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen herhalen dat een verzekeraar die een beslissing heeft genomen op basis van de acceptatie- en tarifieringsrichtlijnen van zijn herverzekeraar, volledig afhankelijk is van zijn herverzekeraar voor het aanleveren van informatie over achterliggende studies en statistieken. De verzekeraar kan hierdoor geen resultaatsverbintenis aangaan over het aanleveren van informatie en over de termijn waarbinnen dit desgevallend gebeurt. Zij vragen om artikel 8, tweede lid, te schrappen.

Artikel 9, 2°

Artikel 9 omschrijft de extra informatie die de verzekeringsonderneming aan de kandidaat-verzekerde dient te bezorgen.

Artikel 9, 2°, bepaalt dat de bijpremie, op uitdrukkelijke vraag, moet worden gemotiveerd vanuit het technisch oogpunt van de proportionele relatie tussen de verwachte oversterfte (eventueel met vermelding van het concrete oversterftepercentage) en het niveau van de bijpremie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen herhalen dat de kandidaat-verzekerde er geen baat bij heeft geïnformeerd te worden over zijn verwachte oversterfte. Deze informatie is niet alleen zeer technisch van aard, maar kan ook zeer confronterend zijn voor de betrokken persoon.

Het Centrum Gelijkheid verwijst naar de hoger onder artikel 6 gemaakte opmerking dat de informatie onmiddellijk voor de verzekerde moet beschikbaar zijn, zonder dat hij

disponibles pour l'assuré, sans que celui-ci ne doive pour cela en faire la demande. Les représentants des patients et des consommateurs demandent que le mot "éventuellement" soit supprimé. Une relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime implique, selon eux, qu'un pourcentage concret de surmortalité soit mentionné. Ces représentants demandent également que la motivation de la surprime du point de vue technique soit chaque fois envoyée automatiquement à l'assuré. Faire dépendre cette motivation de la "demande expresse" de l'assuré constitue, selon eux, un obstacle à la transparence nécessaire.

Les représentants des entreprises d'assurances suggèrent que la demande d'information complémentaire se fasse toujours de façon écrite, en vue d'éviter d'éventuelles erreurs et discussions par la suite.

Article 10

L'article 10 stipule que l'entreprise d'assurances n'est pas tenue d'accéder aux demandes des candidats assurés visant à se voir communiquer des informations propres à l'entreprise, parmi lesquelles les règles d'acceptation et de tarification du réassureur.

Les représentants des entreprises d'assurances proposent de remplacer les termes "*demandes des candidats assurés*" à l'article 10 par "*demandes*" car ce principe vaut également pour les demandes de candidats preneurs d'assurances.

Les représentants des patients et des consommateurs estiment que le fait de ne pas communiquer les informations visées à l'article 10 est incompatible avec l'obligation de motivation objective et raisonnable imposée par la législation antidiscrimination. Ils estiment que les informations liées à l'entreprise sont dans la plupart des cas étroitement liées aux informations qui doivent être fournies en vertu de l'article 9 de l'avant-projet d'AR. Ils jugent également ces informations nécessaires pour le Bureau du suivi.

Le Centre pour l'égalité comprend que l'assuré ne reçoive pas directement ces données, étant donné que ce dernier n'a pas l'expertise nécessaire pour les apprécier et qu'il s'agit de données internes aux entreprises d'assurances. Cependant, ces données peuvent également lui être utiles en cas de contestation, de sorte qu'il doit avoir la possibilité de les obtenir sur demande. Par contre, le Bureau du suivi doit, quant à lui, disposer directement de ces données, qui sont nécessaires en vue d'évaluer la proportionnalité de la décision de l'assureur. La confidentialité de ces don-

hiervoor een aanvraag moet doen. De vertegenwoordigers van de patiënten- en consumenten vragen het woord "eventueel" weg te laten. Een relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bijpremie motiveren, houdt, volgens hen, in dat een concreet oversterftepercentage wordt vermeld. Deze vertegenwoordigers vragen ook dat de motivering van de bijpremie vanuit technisch oogpunt steeds en automatisch wordt meegedeeld aan de verzekerde. Deze motivering afhankelijk maken van de "uitdrukkelijke vraag" van de verzekerde belemmert, volgens hen, de nodige transparantie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen suggereren dat de vraag naar bijkomende informatie allesszins schriftelijk zou verlopen, om misvattingen en discussies achteraf te vermijden.

Artikel 10

Artikel 10 bepaalt dat de verzekeringsonderneming niet moet ingaan op vragen van de kandidaat-verzekerden tot inzage in bedrijfseigen informatie, waaronder de acceptatie- en tarifieringshandleiding van de herverzekeraar.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen stellen voor om in artikel 10 "*vragen van kandidaat-verzekerden*" te wijzigen in "*vragen*" omdat dit principe ook geldt voor vragen van kandidaat-verzekeringnemers.

De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers zijn van mening dat het niet meedelen van de in artikel 10 bedoelde informatie onverenigbaar is met de redelijke en objectieve motiveringsplicht opgelegd in de antidiscriminatiewetgeving. Zij menen dat de bedrijfsgebonden informatie in de meeste gevallen verweven is met de informatie die verstrekt moet worden volgens artikel 9 van het voorontwerpKB. Zij achten deze informatie ook noodzakelijk voor het Opvolgingsbureau.

Het Centrum Gelijkheid begrijpt dat de verzekerde deze gegevens niet rechtstreeks krijgt daar hij hiervoor niet de nodige expertise heeft om ze te beoordelen en het over interne gegevens van de verzekeringsonderneming gaat. Niettemin kunnen ook deze gegevens in geval van betwisting nuttig zijn zodat hij de mogelijkheid moet hebben om deze op te vragen. Daarentegen moet het Opvolgingsbureau wel direct over deze gegevens die noodzakelijk zijn om de proportionaliteit van de beslissing van de verzekeraar te beoordelen, kunnen beschikken. De vertrouwelijkheid van deze gegevens kan worden verzekerd ten einde de concurrentiële

nées pourrait être prévue afin de garantir la position concurrentielle des assureurs et des réassureurs. L'article 11 devrait donc également mentionner explicitement que ces informations internes propres à l'entreprise (cf. art. 10) doivent être communiquées au Bureau du suivi.

Chapitre III – Dispositions particulières relatives à la conclusion d'une assurance du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Section 1^{ère} – Modification de la proposition d'assurance après intervention du réassureur.

A ce sujet, il est également renvoyé aux remarques formulées plus haut (voir *supra*, A, 6.2).

Article 13

L'article 13 contient les dispositions qui permettent au candidat assuré, lorsqu'il n'est pas d'accord avec la prime proposée, de demander au réassureur une nouvelle évaluation.

Les représentants des entreprises d'assurances suggèrent de se concentrer, dans une première phase, sur les personnes qui doivent payer une surprime élevée, et d'ensuite évaluer s'il est possible ou s'il y a lieu d'aller plus loin. En effet, il est difficile de distinguer si et dans quelle mesure les réassureurs sont disposés à collaborer à de telles réévaluations systématiques. Cette question est d'autant plus pertinente que la réévaluation concerne toutes les primes qui, en raison de l'état de santé, s'écartent de la prime la plus basse appliquée par l'entreprise d'assurances, et concerne donc toutes les surprimes pour les personnes présentant un problème de santé, même mineur, qui sont appliquées en raison de l'état de santé, ce qui va plus loin que ce qui était visé par la loi (cf. arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 novembre 2011). Les estimations montrent que le nombre de demandes de réévaluation pourrait atteindre les 18.000 par an. (chiffres 2011) C'est pourquoi les représentants des entreprises d'assurances plaident pour qu'il soit précisé à l'article 13 que le candidat preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la surprime proposée en raison de l'état de santé a droit à une réévaluation par le réassureur si cette surprime s'élève à plus de 200 % de la prime de base. Cela correspondrait à 900 demandes de réévaluation par an. (chiffres 2011) Selon ces représentants, il est également souhaitable de stipuler à l'article 13 que le client doit signaler par écrit (au lieu, par ex., de le faire oralement à son intermédiaire d'assurance ou par téléphone) qu'il n'est

positie van verzekeraars en herverzekeraars te garanderen. Ook artikel 11 zou aldus uitdrukkelijk moeten bepalen dat deze interne gegevens van de onderneming (cf. artikel 10) moeten meegedeeld worden aan het Opvolgingbureau.

Hoofdstuk III – Bijzondere bepalingen over het sluiten van een schuldsaldoverzekering met personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Afdeling 1 – Aanpassing van het verzekeringsvoorstel na tussenkomst van de herverzekeraar.

Ter zake wordt tevens verwezen naar de hoger reeds geformuleerde bemerkingen (zie *supra*, A, 6.2).

Artikel 13

Artikel 13 houdt de regeling in waarbij de kandidaat-verzekerde die niet akkoord gaat met de voorgestelde premie, een nieuwe beoordeling kan aanvragen bij de herverzekeraar.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen suggereren om, in de beginfase, te focussen op personen die een hoge bijpremie dienen te betalen, en erna te evalueren of verder gegaan kan/moet worden. Het is immers onduidelijk of en in hoeverre de herverzekeraars bereid zijn om mee te werken aan een dergelijke, systematische herevaluatie. Deze vraag is des te pertinenter daar de herevaluatie betrekking heeft op om het even welke premie die, om redenen van de gezondheidstoestand, afwijkt van de laagste premie die de verzekeringsonderneming toepast, wat verder gaat dan hetgeen de wet voor ogen had (cfr. arrest van het Grondwettelijk Hof van 10 november 2011). Ramingen geven aan dat het aantal herevaluatie-aanvragen 18.000 per jaar kan bedragen (cijfers 2011). Om deze redenen pleiten de vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen ervoor om in artikel 13 te preciseren dat de kandidaat-verzekeringnemer die niet akkoord gaat met de voorgestelde bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand, recht heeft op een herevaluatie door de herverzekeraar indien deze bijpremie meer bedraagt dan 200% van de basispremie. Dit zou overeenstemmen met 900 herevaluatie-aanvragen per jaar (cijfers 2011). Volgens deze vertegenwoordigers is het tevens aangewezen om in artikel 13 vast te leggen dat de klant schriftelijk meldt (i.p.v. bv. mondeling aan zijn verzekeringstussenpersoon of per telefoon) dat hij niet akkoord gaat met de voorgestelde bijpremie, teneinde discussies achteraf te vermijden.

pas d'accord avec la surprime proposée, afin d'éviter des discussions par la suite.

Les représentants des patients et des consommateurs trouvent par contre que le seuil de 200 % de la prime de base est déraisonnablement élevé. Par analogie avec l'article 15 de l'avant-projet d'AR, un seuil de 50 % serait, quant à lui, raisonnable. Etant donné qu'il n'y a pas de chiffres externes objectifs et validés à disposition, les représentants des patients et des consommateurs estiment qu'il est actuellement prématuré de faire des déclarations quant à la charge de travail des réassureurs. Ils partagent également l'avis du Centre pour l'égalité, à savoir que des motivations objectives et raisonnables de la part des entreprises d'assurances au sujet de leurs surprimes pourraient mener à une limitation du nombre de réévaluations.

Article 14

L'article 14 précise les conséquences de la décision du réassureur pour l'offre initiale de l'assureur en ce qui concerne la surprime.

Cet article laisse la possibilité à l'entreprise d'assurances, lorsque le réassureur propose une surprime plus favorable, de refuser l'assurance. L'article 138ter-4 de la LCAT stipule que : *"Lorsque le réassureur décide d'appliquer une surprime inférieure à celle initialement fixée par l'assureur, ce dernier modifie en ce sens la proposition d'assurance."* L'article 14 pourrait, de prime abord, sembler contraire à l'article 138ter-4 de la LCAT, ce qui signifierait que le Roi outrepasserait dans ce cas sa compétence. Les représentants des entreprises d'assurances rappellent que l'avant-projet d'AR porte exécution de la vision plusieurs fois mentionnée par la Cour constitutionnelle, à savoir que cette loi n'introduit aucun droit à l'assurance du solde restant dû, ni aucune obligation de contracter pour l'assureur. L'assureur conserve le droit de refuser le candidat preneur d'assurance (voir l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 novembre 2011, considérants B.12.4, B.17.4, B.18.5, B.24.2, B.30.4, B.56.1).

Les représentants des patients et des consommateurs et le Centre pour l'égalité se posent des questions au sujet de l'application des dispositions proposées : que se passerait-il si le réassureur était déjà impliqué dans la fixation de la prime initiale ? Comment le candidat assuré peut-il vérifier si le réassureur a été contacté ? Les délais de l'article 138ter-5 de la LCAT sont-ils d'application ici ? Le Centre pour l'égalité estime que la décision du réassureur doit pouvoir être portée à la connaissance du candidat

De vertegenwoordigers van patiënten- en consumenten-vertegenwoordigers daarentegen vinden een drempel van 200% van de basispremie onredelijk hoog. Naar analogie met artikel 15 van het voorontwerpKB zou een drempel van 50% wel redelijk zijn. Aangezien er geen objectieve en extern gevalideerde cijfers voorhanden zijn, is het volgens de consumenten- en patiëntenvertegenwoordigers voorbarig om momenteel uitspraken te doen over de werklust van herverzekeraars. Zij delen bovendien de mening van het Centrum Gelijkheid dat objectieve en redelijke motiveringen van verzekeringsondernemingen omtrent hun bijpremies het aantal herevaluaties kan beperken.

Artikel 14

Artikel 14 bepaalt welke gevolgen de beslissing van de herverzekeraar over de bijpremie heeft voor het oorspronkelijke aanbod van de verzekeraar.

Dit artikel houdt voor de verzekeringsonderneming de optie open om, wanneer de herverzekeraar een gunstigere bijpremie voorstelt, de verzekering te weigeren. Artikel 138ter-4 WLVO bepaalt: *"Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, past de verzekeraar in die zin zijn voorstel aan."* Artikel 14 zou op het eerste zicht strijdig kunnen lijken met voornoemd artikel 138ter-4 WLVO, wat betekent dat de Koning in dit geval zijn bevoegdheid overschrijdt. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen herinneren eraan dat het voorontwerpKB uitvoering geeft aan de door het Grondwettelijk Hof meermaals vermelde visie dat deze wet geen recht op schuldsaldoverzekering invoert, noch een verplichting voor de verzekeraar om te contracteren. De verzekeraar behoudt het recht de kandidaat-verzekeringnemer te weigeren (zie arrest van het Grondwettelijk Hof van 10 november 2011, overwegingen B.12.4, B.17.4, B.18.5, B.24.2, B.30.4, B.56.1).

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers en het Centrum Gelijkheid stellen zich vragen over de toepassing van de voorgestelde regeling: wat moet gebeuren als de herverzekeraar al betrokken was bij de oorspronkelijke premiebepaling? Hoe kan de kandidaat-verzekerde nagaan of de herverzekeraar is gecontacteerd? Zijn de termijnen van artikel 138ter-5 WLVO hier van toepassing? Het Centrum Gelijkheid is van mening dat de beslissing van de herverzekeraar moet meegedeeld worden aan de kandidaat-verzekeringnemer zodat hij kan nagaan of de

preneur d'assurance afin qu'il sache si la procédure a bel et bien été respectée, en garantissant cependant l'anonymat du réassureur afin que sa position concurrentielle soit préservée.

Section 2 – Réévaluation médicale

Article 15

L'article 15 régit la réévaluation médicale dans le cas où la surprime réclamée s'élève à plus de 50 % de la prime de base.

Plusieurs délégations se posent des questions au sujet des motivations qui font du critère des 50 % de la prime de base le "ticket" qui mène à la procédure de réévaluation.

Les représentants des entreprises d'assurances estiment que le collège de médecins, tel que proposé dans l'avant-projet d'AR, se verra confronté, au niveau de la gestion, à une tâche très difficile voire impossible, et que de ce fait, il sera très compliqué pour lui de fonctionner correctement. Etant donné que le collège de médecins devra non seulement réévaluer tous les refus d'assurances mais également les surprimes de plus de 50 % de la prime de base, l'afflux de dossiers peut être évalué à au moins 15.000 par an (chiffres 2011), ce qui équivaut à au moins 60 nouveaux dossiers par jour ouvrable.

Les représentants des entreprises d'assurances supposent qu'il est très probablement impossible de trouver à court terme suffisamment de médecins pour composer le collège de médecins. Il s'agit en effet de médecins spécialistes (par ex. des oncologues, des cardiologues, des médecins-conseils) qui sont déjà confrontés à une charge de travail très importante et qui, de ce fait, ne sont bien souvent pas disponibles. Lors des préparations pour son propre collège de médecins, Assuralia a constaté qu'un médecin était disposé, dans le scénario le plus optimiste, à traiter 1 dossier par semaine. Les représentants des entreprises d'assurances font également référence à la France où il a également été opté pour la réévaluation par le « pool des risques très aggravés », réservé aux demandes refusées afin de maintenir le système gérable. Malgré le fait que le « pool des risques très aggravés » français ne gère exclusivement que les refus, le pool a encore effectué 9.022 réévaluations en 2011.

Les représentants des entreprises d'assurances proposent de modifier l'article 15, alinéa 1^{er}, comme suit : *"Si l'entreprise d'assurances décide de refuser*

procedure is gevolgd, zij het met garantie voor de anonimiteit van de herverzekeraar om zijn concurrentiepositie te vrijwaren.

Afdeling 2 – Medische herevaluatie

Artikel 15

Artikel 15 regelt de medische herevaluatie indien de gevraagde bijpremie meer dan 50% van de basispremie bedraagt.

Sommige delegaties stellen zich vragen bij de motivering voor het criterium van 50% van de basispremie als "ticket" voor de herevaluatieprocedure.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het artsencollege, zoals voorgesteld in het voorontwerpKB, beheersmatig voor een zeer zware tot onmogelijke opdracht staat en hierdoor in de praktijk niet of zeer moeilijk zal functioneren. Gezien het artsencollege niet alleen weigeringen maar ook bijpremies van meer dan 50% van de basispremie zal moeten herevalueren, kan de toestroom aan dossiers geraamd worden op minstens 15.000 per jaar (cijfers 2011), wat neerkomt op minstens 60 nieuwe dossiers per werkdag.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen vermoeden dat het allicht onmogelijk is om op korte termijn voldoende artsen te vinden om het artsencollege te bestaffen. Het gaat immers om gespecialiseerde artsen (bv. oncologen, cardiologen, raadsgeneesheren) die reeds een erg hoge werklast hebben en hierdoor geregeld niet beschikbaar zijn. Assuralia heeft, bij de voorbereidingen voor haar eigen artsencollege, vastgesteld dat een arts, in het meest optimistische scenario, bereid is om 1 dossier per week te behandelen. De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen verwijzen ook naar Frankrijk, waar men er eveneens voor geopteerd heeft de herevaluatie door de "pool des risques très aggravés" voor te behouden voor geweigerde aanvragen teneinde het systeem beheersbaar te houden. Ondanks het feit dat de Franse "pool des risques très aggravés" uitsluitend weigeringen behandelt, kwam de pool in 2011 nog tot 9.022 uitgevoerde herevaluaties.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen stellen voor artikel 15, eerste lid, als volgt te wijzigen: *"Indien de verzekeringsonderneming beslist om een*

une assurance du solde restant dû-ou si la surprime réélamée s'élève à plus de 50 % de la prime de base, elle en informe le candidat preneur d'assurance par écrit. Cette modification vise à augmenter les chances de réussite du régime proposé, en se concentrant, du moins dans une première phase, sur les personnes qui ne trouvent pas d'assurance. De plus, une réévaluation médicale s'avère moins urgente dans le cas des personnes qui doivent payer une surprime élevée étant donné que via l'assurance standard, ces personnes pourront obtenir une garantie d'assurance contre une surprime moins importante.

Ces représentants proposent également d'exprimer plus clairement dans le texte que le reporting au secrétariat du Bureau du suivi, tel que mentionné à l'article 15, dernier alinéa, concerne les décisions pour lesquelles une réévaluation par le collège de médecins est demandée. Ceci s'avère également cohérent avec l'article 19 de l'avant-projet d'AR.

Les représentants des patients et des consommateurs soulignent que le régime ne prévoit aucune instance de recours en cas de contestation au sujet de la motivation des surprimes qui n'atteignent pas 50 %.

Article 16

L'article 16 stipule que le Bureau du suivi examine, à la demande de la partie la plus diligente, les propositions de surprime et examine si la surprime proposée se justifie objectivement et raisonnablement.

Le Centre pour l'égalité constate que l'article 16 fait uniquement référence à la surprime et pas aux cas de refus et souhaite que le Bureau du suivi puisse également se prononcer sur ces cas de refus.

La Commission des Assurances constate que la mission précise du Bureau du suivi, qui doit être créé par le Roi (article 138ter-6 de la LCAT), la façon dont va fonctionner ce bureau et sa relation vis-à-vis du collège de médecins (voir articles 17 et 18 ci-dessous) ne sont pas claires. La façon dont ces évaluations auront lieu n'est, elle non plus, pas claire, tout comme les critères qui pourront être utilisés dans ce cadre ou encore les données et les tarifs des assureurs qui pourront être demandés.

La Commission souligne que le Bureau du suivi doit pouvoir fonctionner de façon efficace et performante. C'est pourquoi il est important de pouvoir estimer au préalable quelle sera sa charge de travail. Cette estimation dépend notamment du moment à partir duquel le Bureau du suivi devra intervenir.

schuldsaldoverzekering te weigeren of indien de gevraagde bij premie meer bedraagt dan 50% van de basispremie, brengt zij de kandidaat-verzekeringnemer hiervan schriftelijk op de hoogte.» Deze wijziging beoogt de slaagkansen van de voorgestelde regeling te vergroten door, minstens in de beginfase, te focussen op personen die geen verzekering vinden. Een medische herevaluatie voor personen die een hoge bij premie dienen te betalen is bovendien minder dringend gezien zij, via de standaardverzekering, een verzekeringswaarborg zullen kunnen krijgen tegen een afgetopte bij premie.

Deze vertegenwoordigers stellen ook voor om in de tekst duidelijker tot uiting te brengen dat de rapportering aan het secretariaat van het Opvolgingsbureau, zoals vermeld in artikel 15, laatste lid, betrekking heeft op de beslissingen waarvoor een herevaluatie bij het artsencollege wordt aangevraagd. Dit is ook coherent met artikel 19 van het voorontwerpKB.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers wijzen erop dat de regeling niet voorziet in een beroepsinstantie in geval van een motiveringsbetwisting over bij premies die lager zijn dan 50%.

Artikel 16

Artikel 16 bepaalt dat het Opvolgingsbureau op verzoek van de meest gereede partij de voorstellen tot bij premie onderzoekt en nagaat of de voorgestelde bij premie objectief en redelijk verantwoord is.

Het Centrum Gelijkheid stelt vast dat artikel 16 enkel verwijst naar de bij premie en niet naar de gevallen van een weigering en wenst dat het Opvolgingsbureau zich ook in die gevallen kan uitspreken.

De Commissie voor Verzekeringen stelt vast dat de precieze opdracht van het Opvolgingsbureau, dat door de Koning moet worden opgericht (artikel 138ter-6 WLVO), de manier waarop dat bureau zal functioneren en hoe het zich verhoudt ten opzichte van het artsencollege (zie artikelen 17-18 hieronder) onduidelijk is. Het is eveneens onduidelijk hoe deze evaluaties moeten gebeuren, welke criteria daarbij kunnen gebruikt worden en welke gegevens en tarieven van de verzekeraars kunnen en mogen worden opgevraagd.

De Commissie benadrukt dat het Opvolgingsbureau efficiënt en performant moet kunnen werken. Vandaar dat het belangrijk is vooraf te kunnen inschatten wat zijn werklast zal zijn. Het antwoord hierop is mede afhankelijk van de vraag vanaf wanneer het Opvolgingsbureau tussenbeide dient te komen.

Les représentants des entreprises d'assurances ont calculé que, compte tenu des dispositions de l'avant-projet d'AR, il s'agirait de 18.000 dossiers par an. Pour éviter que le Bureau du suivi ne soit confronté à une charge de travail élevée, les représentants des entreprises d'assurances proposent de préciser à l'article 16 que le Bureau du suivi n'examine que les propositions qui concernent des surprimes, demandées en raison de l'état de santé, qui s'élèvent à plus de 200 % de la prime de base. S'il apparaît que les réévaluations se déroulent sans encombre, le régime pourra être assoupli dans une phase ultérieure.

Les représentants des patients et des consommateurs font référence aux chiffres relatifs au fonctionnement du régime français de la "convention AERAS". Ils précisent qu'en France, la tranche des surprimes la plus fréquente est celle de 50 %, avec 86 % d'acceptation, et qu'il y a peu de cas de surprimes de plus de 100 %.

Les représentants des assureurs ont comparé les chiffres relatifs au fonctionnement du régime belge sur la base des codes de bonne conduite avec les chiffres disponibles au sujet de l'application de la convention AERAS en France (Convention Aeras : statistiques 2011, point 1.3 - résultats détaillés de l'année 2011, <http://aeras-infos.fr>). Ces chiffres montrent des résultats comparables et donnent une première indication du nombre de réévaluations attendues des surprimes en fonction du niveau de la surprime. Cette comparaison aboutit aux résultats suivants :

Situation 2011	Marché français		Marché belge	
	Pourcentage	Chiffres absolus	Pourcentage	Chiffres absolus
Assurances proposées moyennant surprime	100 %	166.062	100 %	17.797
Surprime ≤ 50 %	35,8 %	59.510	33,8 %	6.021
50 % ≤ Surprime ≤ 100 %	48,1 %	79.949	42,8 %	7.616
100 % ≤ Surprime ≤ 200 %	11,5 %	19.110	18,4 %	3.272
Surprime > 200 %	4,5 %	7.493	5,0 %	888

Les représentants des patients et des consommateurs font référence au régime de la Convention AERAS et constatent que la solidarité y est réglée à différents niveaux en fonction des seuils de la Sécurité Sociale française. Etant donné que cette approche n'existe

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen berekenden dat het, volgens de regeling van het voorontwerpKB, om 18.000 dossiers per jaar zou gaan. Om te vermijden dat het Opvolgingsbureau geconfronteerd wordt met een te hoge werklast, stellen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen voor om in artikel 16 te preciseren dat het Opvolgingsbureau enkel deze voorstellen onderzoekt die betrekking hebben op bijpremies om redenen van de gezondheidstoestand die meer bedragen dan 200% van de basispremie. Indien blijkt dat de herevaluaties vlot verlopen, kan de regeling desgevallend in een latere fase worden versoepeld.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers verwijzen naar de cijfers over de werking van de Franse regeling van de "AERAS-convention". Zij leiden hieruit af dat in Frankrijk de meest voorkomende schijf bijpremies deze is van 50 % tot 100% met 86% acceptatie en dat er weinig bijpremies zijn boven de 100%.

De vertegenwoordigers van de verzekeraars hebben de cijfers over de werking van de Belgische regeling op basis van de gedragscodes vergeleken met de beschikbare cijfers van de toepassing van de Conventie AERAS in Frankrijk (Convention Aeras: statistiques 2011, punt 1.3 – résultats détaillés de l'année 2011, <http://www.aeras-infos.fr>). Deze cijfers tonen vergelijkbare resultaten en geven een eerste indicatie van het verwachte aantal herevaluaties van bijpremies in functie van het niveau van de bijpremie. Deze vergelijking geeft volgende resultaten.

Situation 2011	Franse markt		Belgische markt	
	Procentueel	Absoluut	Procentueel	Absoluut
Aangeboden verzekeringen mits bijpremie	100%	166.062	100%	17.797
Bijpremie ≤ 50%	35,8%	59.510	33,8%	6.021
50 % ≤ Bijpremie ≤ 100%	48,1%	79.949	42,8%	7.616
100 % ≤ Bijpremie ≤ 200%	11,5%	19.110	18,4%	3.272
Bijpremie > 200%	4,5%	7.493	5,0%	888

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers verwijzen naar de regeling in de Conventie Aeras en merken op dat hierin de solidariteit geregeld wordt over verschillende niveaus op basis van drempels van de Franse Sociale Zekerheid. Daar deze benadering niet bestaat in de Wet

pas dans la Loi Partyka et que les règles pour un « prêt pas cher » sont de compétence régionale en Belgique, il ne peut pas être pris pour point de départ pour la détermination du seuil du caractère abordable de la prime une comparaison entre le marché belge et français tel que proposé ci-dessus. Ces chiffres Aeras, mesurés sur une plus longue période que les chiffres d'Assuralia, démontrent, selon eux, que la charge de travail pour le Bureau du suivi ne sera pas si pénible.

Ils demandent que le Bureau du suivi commence ses activités aussi vite que possible, sur la base du critère d'accès d'une surprime qui atteint 50 % ou plus de la prime de base. Cette valeur limite pourra éventuellement être adaptée après une évaluation s'il devait s'avérer que la charge de travail du Bureau du suivi était trop importante.

Les représentants des entreprises d'assurances préfèrent, à tout le moins dans une première phase, adopter une approche prudente par laquelle le bénéfice de la réévaluation doit revenir en premier lieu aux personnes qui se sont vues refuser une assurance et, en deuxième lieu, aux personnes qui ont trouvé une assurance mais avec une surprime médicale qui s'élève à plus de 200%.

Article 17

L'article 17 définit la composition du collège de médecins.

La Commission constate que l'avant-projet d'AR prévoit la création d'un collège de médecins, alors que cela n'est pas prévu par la loi. En fonction de la manière dont le collège de médecins entretiendra ses rapports avec le Bureau du suivi, il se pourrait que le Roi outrepassé sa compétence.

Les représentants des patients et des consommateurs indiquent qu'un collège de médecins (éventuellement complété par une cellule actuarielle), n'est acceptable que si les activités de cet organe sont coordonnées et supervisées par le Bureau du suivi, tel que réglé aux articles 138ter-6 et 138ter-8, § 2, de la LCAT.

Article 18

L'article 18 stipule que le règlement d'ordre intérieur du collège de médecins doit notamment stipuler dans quelles limites un candidat assuré présentant un risque de santé accru est assurable, ainsi que les indemnités de ces médecins.

Partyka en de regeling voor een "goedkope lening" Gewestmateries zijn in België, kan voor het bepalen van de drempel van betaalbaarheid niet uitgegaan worden van de vergelijking tussen de Belgische en Franse markt zoals hierboven voorgesteld. Deze cijfers van Aeras, gemeten over een langere periode dan de cijfers van Assuralia, tonen volgens hen aan dat de werkdruk voor het Opvolgingsbureau beter zal meevallen. Zij vragen om het Opvolgingsbureau zo snel mogelijk van start te laten gaan, op basis van het toegangscriterium van een bijpremie die 50% of meer van de basispremie bedraagt. Deze grenswaarde kan na evaluatie eventueel aangepast worden, mocht blijken dat de werklast voor het Opvolgingsbureau te hoog zou zijn.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verkiezen, ten minste in de beginfase, een voorzichtige aanpak waarbij een herevaluatie in de eerste plaats ten gunste moet komen van personen die een verzekering geweigerd worden en in de tweede plaats van personen die een verzekering vinden maar aan een medische bijpremie die meer dan 200% bedraagt.

Artikel 17

Artikel 17 definieert de samenstelling van het artsencollege.

De Commissie stelt vast dat het voorontwerpKB voorziet in de oprichting van een artsencollege, terwijl dit niet in de wet is voorzien. Afhankelijk van de manier waarop het artsencollege zich verhoudt tot het Opvolgingsbureau, zou het kunnen dat de Koning zijn bevoegdheid te buiten gaat.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers stellen dat een artsencollege (eventueel aangevuld met een actuariële cel) enkel aanvaardbaar is wanneer de werkzaamheden van dit orgaan gecoördineerd en gesuperviseerd worden door het Opvolgingsbureau zoals geregeld in artikel 138ter-6 en 138ter-8, § 2 WLVO.

Artikel 18

Artikel 18 bepaalt dat het huishoudelijk reglement van het artsencollege onder meer moet bepalen binnen welke grenzen een kandidaat-verzekerde met een verhoogd gezondheidsrisico verzekeraar is, alsook wat de vergoeding van deze artsen is.

La Commission exprime sa préoccupation quant au fonctionnement efficace d'un collège de médecins ainsi qu'en ce qui concerne la faisabilité budgétaire d'un régime d'indemnisation sérieux pour ces médecins.

Article 21

Les représentants des entreprises d'assurances estiment que le second médecin clinique, dont l'avis sera décisif, doit pouvoir examiner le dossier médical non seulement sur la base de son expérience clinique mais également d'un point de vue assurance. Ces représentants demandent également si, eu égard à la quantité importante de dossiers, il existe suffisamment de médecins cliniques présentant un tel profil et étant disposés à assurer cette mission. Dans leurs propres propositions, ces représentants envisageaient d'intégrer des médecins des réassureurs dans le système.

Article 23

L'article 23 précise quelle partie l'assureur doit informer selon qu'il est disposé ou non à conclure un contrat aux conditions fixées dans la proposition contraignante établie par le Bureau du suivi.

Une certaine confusion règne quant à la portée exacte et à la signification de la notion de "proposition contraignante", et il y a donc lieu d'y apporter des précisions. L'article 23 doit-il être interprété dans le sens où l'assureur n'a pas l'obligation d'accepter la proposition du Bureau du suivi ? En d'autres termes, l'assureur qui souhaite conclure un contrat avec le candidat preneur d'assurance en question est-il tenu de suivre la proposition de surprime du Bureau du suivi, mais cette proposition du Bureau du suivi ne l'oblige-t-elle pas à conclure un contrat avec le candidat preneur d'assurance en question ?

Le Centre pour l'Egalité et les représentants des patients et des consommateurs estiment que l'avant-projet d'AR devrait préciser que l'avis du Bureau du suivi doit être contraignant pour l'assureur.

Les représentants des entreprises d'assurances rappellent que l'avant-projet d'AR porte exécution de la vision plusieurs fois mentionnée de la Cour constitutionnelle, à savoir que cette loi n'introduit aucun droit à l'assurance du solde restant dû, ni aucune obligation de contracter pour l'assureur (voir l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 novembre 2011,

De Commissie drukt haar bekommernis uit over de efficiënte werking van een artsencollege, en over de budgettaire haalbaarheid van een ernstige vergoedingsregeling voor deze artsen.

Artikel 21

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen menen dat de tweede klinische arts, van wie het advies doorslaggevend zal zijn, in staat moet zijn om het medische dossier niet enkel op basis van zijn klinische ervaring, maar ook vanuit verzekeringsoogpunt te beoordelen. Deze vertegenwoordigers stellen ook de vraag of er, gelet op het verwachte volume aan dossiers, voldoende klinische artsen met een dergelijk profiel bestaan en bovendien bereid zullen zijn om mee te werken. In hun eigen voorstellen hadden deze vertegenwoordigers voor ogen om artsen van herverzekeraars te integreren in het systeem.

Artikel 23

Artikel 23 bepaalt wie de verzekeraar moet informeren wanneer hij al dan niet bereid is een contract te sluiten onder de voorwaarden van het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau.

Over de juiste draagwijdte en betekenis van het begrip "bindend voorstel" heerst onduidelijkheid en dus moeten zij verduidelijkt worden. Dient artikel 23 geïnterpreteerd te worden in de zin dat de verzekeraar na het voorstel van het Opvolgingsbureau geen acceptatieplicht heeft? Is de verzekeraar die een contract wil sluiten met de betrokken kandidaat-verzekeringnemer met andere woorden verplicht om het voorstel van bijpremie van het Opvolgingsbureau zonder meer te volgen, maar een voorstel van het Opvolgingsbureau verplicht hem niet tot contracteren met de betrokken kandidaat-verzekeringnemer?

Het Centrum Gelijkheid en de vertegenwoordigers van patiënten en consumenten wensen dat het voorontwerpKB zou preciseren dat het advies van het Opvolgingsbureau bindend moet gevolgd worden door de verzekeraar.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen herinneren eraan dat het voorontwerpKB uitvoering geeft aan de door het Grondwettelijk Hof meermaals vermelde visie dat deze wet geen recht op schuldsaldoverzekeringsinvoert, noch een verplichting voor de verzekeraar om te contracteren (zie arrest van het Hof van 10 november 2011, overwegingen B.12/4, B.17/4, B.18/5, B.24/2, B.30/4,

considérants B.12/4, B.17/4, B.18/5, B.24/2, B.30/4, B.56/1). Ils soulignent également que la loi ne prévoit pas de motivation dans ce cas, de sorte que l'avant-projet d'AR ne peut pas non plus en imposer une.

Article 24

L'article 24 stipule que le collège de médecins ne procède qu'à une seule réévaluation par candidat assuré et que le résultat de la réévaluation est définitif pour le candidat assuré et lie l'entreprise d'assurances qui avait refusé l'intéressé.

Une certaine confusion règne quant à la portée exacte et à la signification des termes "lie l'entreprise d'assurances", et il y a donc lieu d'y apporter des précisions. L'article 24 doit-il être interprété dans le sens où l'entreprise d'assurances a une obligation d'acceptation, et une telle interprétation est-elle conforme à l'article 23 ?

Les représentants des entreprises d'assurances proposent de préciser que le résultat de la réévaluation est définitif pour le candidat assuré et le candidat preneur d'assurance (étant donné qu'il peut s'agir de personnes différentes). Le fait qu'une seule réévaluation par candidat assuré soit effectuée doit, selon ces représentants, valoir non seulement pour les réévaluations par le collège de médecins, mais aussi pour les réévaluations par le Bureau du suivi et par les réassureurs, afin de maintenir quelque peu sous contrôle le fonctionnement du système.

Article 26

La Commission des Assurances se pose des questions quant à la désignation du Fonds commun de garantie automobile (FCGA) en vue d'assurer le secrétariat du Bureau du suivi. La matière de la réévaluation d'une prime d'assurance du solde restant dû est en effet fort éloignée des tâches qui composent aujourd'hui les missions du FCGA. De plus, il faudra dans tous les cas prévoir un financement spécifique pour cela, étant donné que les cotisations versées par les assureurs en assurance automobile RC ne peuvent pas être utilisées à cette fin.

Le Fonds des accidents du travail pourrait constituer une alternative, mais avant de creuser davantage cette piste, il y a lieu de consulter le comité de gestion du Fonds des accidents du travail sur la question. Pour l'instant, le Fonds ne dispose pas des moyens nécessaires pour remplir ce rôle (pas de personnel,

B.56/1). Zij wijzen er ook op dat de wet niet voorziet in een motivering in dit geval, zodat het voorontwerpKB dit ook niet kan opleggen.

Artikel 24

Artikel 24 bepaalt dat het artsencollege slechts één herevaluatie uitvoert per kandidaat-verzekerde en de uitkomst ervan definitief is voor de kandidaat-verzekerde en de verzekeringsonderneming bindt die de betrokkene had geweigerd.

Over de juiste draagwijdte en betekenis van het begrip "bindt de verzekeringsonderneming" heerst onduidelijkheid en dus moeten zij verduidelijkt worden. Dient artikel 24 te worden geïnterpreteerd in die zin dat de verzekeringsonderneming een acceptatieplicht heeft en is dergelijke interpretatie conform artikel 23?

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen stellen voor om te verduidelijken dat de uitkomst van de herevaluatie definitief is voor de kandidaat-verzekerde en de kandidaat-verzekeringnemer (aangezien het om verschillende personen kan gaan). Het feit dat er slechts één herevaluatie wordt uitgevoerd per kandidaat-verzekerde, dient, volgens deze vertegenwoordigers, niet alleen te gelden voor herevaluaties door het artsencollege, maar ook voor herevaluaties door het Opvolgingsbureau en door de herverzekeraars teneinde de werking van het systeem enigszins beheersbaar te houden.

Artikel 26

De Commissie voor Verzekeringen heeft vragen bij de aanstelling van het Gemeenschappelijk motorwaarborgfonds (GMWF) om het secretariaat van het Opvolgingsbureau waar te nemen. De materie van de herevaluatie van een premie in een schuldsaldoverzekering ligt ver van de taken die thans tot de opdracht van het GMWF behoren. Bovendien zal hiervoor in iedere geval in een specifieke financiering moeten worden voorzien, aangezien de bijdragen van de verzekeraars BA motorrijtuigenverzekering niet voor deze taken gebruikt kunnen worden.

Het Fonds voor Arbeidsongevallen zou een mogelijk alternatief kunnen zijn, doch alvorens dit verder kan worden uitgewerkt, dient het beheerscomité van het Fonds voor Arbeidsongevallen hierover te worden geraadpleegd. Op dit ogenblik heeft het Fonds niet de vereiste middelen (geen personeel, geen specifieke financiering buiten het globaal

pas de financement spécifique en-dehors de la gestion globale). De plus, une représentation éventuelle des patients et des consommateurs impliquerait la création d'un comité technique approprié.

Les représentants des patients et des consommateurs souhaitent bénéficier d'une représentation au sein du FCGA ou du FAT pour la gestion des affaires concernant les assurances du solde restant dû.

Article 27

L'article 27 régit l'intervention de la Caisse de compensation si la surprime réclamée s'élève à plus de 200 % de la prime de base, sans que son intervention ne puisse dépasser 800 % de la prime de base.

La limitation de l'intervention de la Caisse de compensation à 800 % de la prime de base ne figure pas à l'article 138ter-12 de la LCAT, ce qui indique que le Roi a vraisemblablement outrepassé sa compétence. Pour éviter cela, la Commission propose de calquer plus fortement la formulation de l'article 27 sur celle de l'article 138ter-12 de la LCAT.

Les représentants des entreprises d'assurances précisent que selon l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 novembre 2011 (voir B.18.5), « *il est raisonnablement justifié de prévoir un mécanisme de solidarité relatif aux surprimes dépassant un certain seuil minimal. En outre, ce mécanisme demeure limité, puisqu'il n'est pas applicable lorsque la surprime dépasse un montant maximum, restant à fixer par le Roi* ».

En outre, la Commission souligne qu'une certaine confusion règne au sujet des circonstances dans lesquelles la Caisse de compensation interviendra, au sujet de la manière dont elle le fera et du montant à hauteur duquel elle le fera ainsi qu'en ce qui concerne le contrôle de la Caisse de compensation.

Les représentants des entreprises d'assurances constatent que l'introduction d'une Caisse de compensation pourrait mener à une plus grande segmentation sur base de l'état de santé, ce qui ne peut avoir été l'objectif du législateur. A leurs yeux, il est crucial de trouver un mécanisme permettant de fixer, selon que les parties provoquent plus ou moins de réévaluations, des interventions supérieures ou inférieures dans le financement de la Caisse de compensation.

Les représentants des consommateurs et des patients indiquent que les différences de primes entre les gros assureurs et les petits assureurs sont énormes et que

beheer), om deze rol op zich te nemen. Bovendien noopt een eventuele vertegenwoordiging van patiënten en consumenten tot de oprichting van een daartoe aangepast technisch comité.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers wensen vertegenwoordigd te zijn in het GMWF of het FAO voor het beheer van de zaken rond schuldsaldoverzekerings.

Artikel 27

Artikel 27 regelt de tussenkomst van de Compensatiekas indien de gevraagde bijpremie meer bedraagt dan 200% van de basispremie, zonder dat haar tussenkomst 800% van de basispremie kan overschrijden.

De begrenzing van de tussenkomst van de Compensatiekas tot 800% van de basispremie is niet bepaald in artikel 138ter-12 WLVO, waardoor de Koning blijkbaar zijn bevoegdheid heeft overschreden. Om dit te vermijden, stelt de Commissie voor om artikel 27 qua formulering nauwer te laten aansluiten bij artikel 138ter-12 WLVO.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen preciseren dat volgens het arrest van het Grondwettelijk Hof van 10 november 2011 (zie B.18.5): « *het redelijk verantwoord (is) te voorzien in een solidariteitsmechanisme betreffende de bijpremies die een bepaalde minimumdrempel overschrijden. Dat mechanisme blijft bovendien beperkt, vermits het niet geldt wanneer de bijpremie een – nog door de Koning te bepalen – maximumbedrag overschrijdt* ».

De Commissie wijst er voorts op dat er onduidelijkheid heerst over de omstandigheden waarin, de wijze waarop en het bedrag waarvoor de Compensatiekas zal tussenkomen, alsook over de controle op de Compensatiekas.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen stellen vast dat de invoering van een Compensatiekas tot een sterkere segmentatie op basis van gezondheidstoestand kan leiden, wat niet de bedoeling kan geweest zijn van de wetgever. Volgens hen is het cruciaal dat er een mechanisme wordt gevonden dat ervoor zorgt dat wie meer of wie minder herevaluaties veroorzaakt, ook meer of minder tussenkomt in de financiering van de Compensatiekas.

De vertegenwoordigers van consumenten en patiënten stellen dat de premieverschillen tussen de grote verzekeraars en kleine verzekeraars enorm zijn en de winstmarge die duur-

la marge bénéficiaire dont disposent les assureurs les plus chers pour les assurances du solde restant dû est très importante. Les représentants des consommateurs et des patients estiment que la proposition des représentants des entreprises d'assurances est surtout à l'avantage des assureurs qui demandent une prime de base élevée, ce qui entraîne moins de réévaluations. Ils craignent également que les assureurs qui facturent des primes peu élevées (surtout les petits assureurs) soient indirectement quasiment obligés de réclamer une prime de base plus élevée pour diminuer le risque de réévaluation et pour que leur contribution au financement de la Caisse de compensation soit moins importante. Avec une prime de base plus élevée, le risque que la surprime atteigne 200 % est plus faible que si l'on part d'une prime de base peu élevée, ce qui mènerait à ce que les sociétés offrant une prime de base peu élevée doivent contribuer davantage au financement de la Caisse de compensation. Pour éviter cela, ces représentants demandent que l'intervention dans le financement de la Caisse de compensation soit ventilée en fonction des parts de marché.

La Commission des Assurances constate que l'article 138ter-9 de la LCAT stipule que le Roi doit déterminer les conditions d'agrément d'une Caisse de compensation et qu'il doit régler le contrôle de celle-ci, mais l'avant-projet d'AR ne contient aucune disposition en la matière. Il semblerait également qu'aucun autre arrêté d'exécution ne sera pris. Comment le fonctionnement et le contrôle de la Caisse de compensation seront-ils alors réglés ?

Les représentants des patients et des consommateurs font part de leur préoccupation quant à la limite de 200 % pour la Caisse de compensation. Dans la loi Partyka (article 14 introduisant l'article 138ter-12 de la LCAT), il est prévu pour l'intervention de la Caisse de compensation que le Roi fixe un seuil qui ne peut pas dépasser 200 % de la prime de base. Conclure de cela que ce maximum doit être la règle a, selon ces représentants, des conséquences importantes sur l'accessibilité financière de la (sur)prime. 200 % de la prime de base représente pour le candidat assuré un montant de 3 fois la prime de base. De ce fait, l'exécution de la loi risque de ne favoriser que les candidats assurés disposant d'un capital important. Pour illustrer le fait que ce seuil de 200 % est trop élevé, ils donnent l'exemple d'un jeune couple de 30 ans (non-fumeur) qui souhaite conclure une assurance du solde restant dû avec un capital assuré de 150.000 euros. Dans de nombreux cas, la prime de base unique sur le marché atteint selon eux environ 7.000 euros (pour les personnes qui n'ont pas de problème de santé). La Caisse de compensa-

dere verzekeraars hebben voor de schuldsaldoverzekeringen zeer groot is. De consumenten- en patiëntenvertegenwoordigers zijn de mening toegedaan dat het voorstel van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vooral in het voordeel is van verzekeraars die een hoge basispremie vragen waardoor er minder herevaluaties worden veroorzaakt. Zij vrezen ook dat de verzekeraars die lage premies aanrekenen (vooral de kleinere verzekeraars) indirect bijna verplicht zouden worden om een hogere basispremie te vragen zodat de kans op herevaluatie minder wordt en ze dus minder zullen moeten bijdragen tot de compensatiekas. Met een hoge basispremie is de kans kleiner dat de bijpremie 200% bedraagt van de basispremie dan indien vertrokken wordt van een lage basispremie waardoor maatschappijen met een lage basispremie meer zouden moeten bijdragen tot de compensatiekas. Om dit te vermijden vragen zij dat de tussenkomst in de financiering van de compensatiekas zou verdeeld worden volgens het marktaandeel.

De Commissie voor Verzekeringen stelt vast dat artikel 138ter-9 WLVO bepaalt dat de Koning de voorwaarden dient te bepalen voor de erkenning van een Compensatiekas en de controle dient te regelen, doch het voorontwerpKB houdt ter zake geen enkele regeling in. Naar verluidt zouden er ook geen verdere uitvoeringsbesluiten worden genomen. Hoe zal de werking van en de controle op de Compensatiekas worden geregeld?

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers drukken hun bezorgdheid uit over de grens van 200% voor de Compensatiekas. In de wet Partyka (artikel 14 tot invoering van 138ter-12 WLVO) is voor de tussenkomst van de Compensatiekas voorzien dat de Koning een drempel bepaalt die niet hoger mag liggen dan 200% van de basispremie. Hieruit concluderen dat het maximum ook de regel is, heeft volgens deze vertegenwoordigers grote gevolgen voor de betaalbaarheid van de (bij)premie. 200% van de basispremie betreft voor de kandidaat-verzekerde een bedrag van 3 keer de basispremie. Hierdoor dreigt de uitvoering van de wet enkel de kapitaalkrachtige kandidaat-verzekerden te bevoordelen. Om te illustreren dat de drempel van 200% te hoog is, geven ze het voorbeeld van een jong koppel van 30 jaar (niet-rokers) dat een schuldsaldoverzekering wenst met een verzekerd kapitaal van 150.000 euro met een looptijd van 20 jaar. In veel gevallen bedraagt de enige basispremie op de markt volgens hen ongeveer 7.000 euro (voor mensen zonder gezondheidsproblemen). De compensatiekas zal dan pas tussenkomen voor een enige premie die hoger ligt dan 21.000 euro. De kans bestaat dat dit koppel zelf 21.000 euro zal moeten betalen, wat in principe onbetaalbaar is. In de

tion ne devra alors intervenir que dans le cas d'une prime unique de plus de 21.000 euros. Il y a un risque que ce couple doive même payer cette somme de 21.000 euros, ce qui est en principe impayable. Dans la situation d'un couple plus âgé et d'une durée d'assurance de 30 ans, la prime serait même encore plus élevée. Les représentants des patients et des consommateurs proposent donc de ramener ce seuil de 200 % à 50 % et d'évaluer le fonctionnement de la Caisse de compensation dans les 2 ans suivant son introduction.

Les représentants des entreprises d'assurances proposent d'organiser la Caisse de compensation de manière à garantir le maintien d'un bon libre-échange. Il revient à chaque assureur de déterminer librement le niveau de sa prime de base et, en fonction de cela, il pourra accepter d'être plus ou moins souple vis-à-vis des risques aggravés. Ils n'ont pas pu vérifier dans quelle mesure les montants de primes cités ci-dessus répondent à la pratique. Un candidat assuré peut librement s'adresser à chaque assureur et il choisit généralement le paiement périodique de la prime, qui permet de la rendre abordable.

Article 28

L'article 28 fixe, pour les interventions de la Caisse de compensation, une règle de répartition de 50/50 entre les entreprises d'assurances, d'une part, et les établissements de crédit et les entreprises hypothécaires, d'autre part.

Le champ d'application de cette règle doit être précisé car une certaine incertitude persiste quant aux établissements qui sont visés par la notion d'"entreprises hypothécaires". Cette notion n'est pas définie à l'article 1^{er} et ne tombe pas non plus dans le champ d'application de la définition des établissements de crédit telle qu'elle figure à l'article 1^{er}, 6°, de l'avant-projet d'AR. Etant donné que le champ d'application *ratione materiae* de la loi et de l'avant-projet d'AR concerne l'assurance du solde restant dû visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, l'article 28 viserait - selon toute vraisemblance - les entreprises hypothécaires au sens des articles 43, 43bis et 44 de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire.

Les représentants des établissements de crédit estiment que la proposition visant à répartir cette solidarité à parts égales entre les assureurs et les organismes prêteurs est trop arbitraire. Ils indiquent que la grande majorité des entreprises hypothécaires n'utilisent plus l'assurance du solde restant dû

situation van een ouder koppel en een looptijd van de verzekering van 30 jaar zou de premie nog hoger zijn. De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers stellen daarom voor om die drempel te verlagen van 200% naar 50 % en de werking van de Compensatiekas binnen 2 jaar na de invoering ervan te evalueren.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om de Compensatiekas te organiseren op een wijze dat de goede marktwerking gewaarborgd blijft. Het komt elke verzekeraar toe om vrij het niveau van zijn basispremie te bepalen en in functie hiervan zal hij soepeler of minder soepel verzwaarde risico's kunnen accepteren. Zij hebben niet kunnen verifiëren in hoeverre de bovenvermelde premiebedragen beantwoorden aan de praktijk. Een kandidaat-verzekerde kan zich vrij tot iedere verzekeraar wenden en ze opteren meestal voor een periodieke premiebetaling, wat de betaalbaarheid ten goede komt.

Artikel 28

Artikel 28 bepaalt, voor de omslag van de tussenkomsten van de Compensatiekas, een 50/50-regel tussen de verzekeringsondernemingen en de kredietinstellingen en hypotheekmaatschappijen.

Het toepassingsgebied van deze regel moet worden gepreciseerd omdat niet duidelijk is welke instellingen onder het begrip "hypotheekmaatschappijen" vallen. Dit begrip is niet gedefinieerd in artikel 1 en valt ook niet onder de definitie van kredietinstellingen zoals gedefinieerd in artikel 1, 6°, van het voorontwerpKB. Aangezien het toepassingsgebied *ratione materiae* van de wet en van het voorontwerpKB de schuldsaldoverzekering betreft tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, zou artikel 28, naar kan worden aangenomen, doelen op de hypotheekondernemingen in de zin van de artikelen 43, 43bis en 44 van de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen menen dat het voorstel om deze solidariteit zonder meer in gelijke helften te verdelen tussen de verzekeraars en de kredietgevers, te arbitrair is. Zij stellen dat de grote meerderheid van de hypotheekondernemingen geen gebruik meer maakt van de schuldsaldoverzekering als waarborg, zeker als een hy-

comme garantie, d'autant plus si une hypothèque peut être inscrite ; que la grande majorité des candidats emprunteurs obtiennent un crédit sans qu'il ne soit tenu compte d'un risque de santé accru étant donné que les organismes prêteurs n'en sont pas informés puisqu'il s'agit d'un élément de la sphère privée ; que l'emprunteur a déjà obtenu son crédit habitation au moment du refus d'une assurance du solde restant dû ; que les organismes prêteurs n'ont aucun impact sur la hauteur de la prime ou des surprimes ; que la Caisse de compensation constitue en premier lieu un mécanisme de solidarité entre assureurs ; que l'assurance du solde restant dû est un produit d'assurance ayant un certain rendement pour les sociétés d'assurances, et que la conclusion d'une assurance du solde restant dû ne constitue plus une condition fiscale depuis 2011. Ils proposent une règle de répartition de 10 % pour les entreprises hypothécaires et 90 % pour les entreprises d'assurances. Ils regrettent également que l'avant-projet d'AR ne prévoit pas de dispositions de solidarité mutuelle entre les organismes prêteurs pour leurs contributions à la Caisse de compensation. En la matière, ils proposent de calculer cette solidarité sur la base de la participation des entreprises hypothécaires dans l'ensemble des crédits hypothécaires conclus sur la base de la loi relative au crédit hypothécaire.

Par contre, les représentants des entreprises d'assurances estiment que la répartition 50/50 se justifie au regard des considérations suivantes : le but de la loi est de permettre aux personnes gravement malades de conclure un crédit pour l'acquisition de leur habitation propre et l'assurance du solde restant dû augmente les chances de ces personnes de pouvoir conclure un tel crédit ; il ressort des travaux parlementaire que les organismes prêteurs octroient plus facilement ou à de meilleures conditions un crédit lorsqu'une assurance du solde restant dû est également conclue ; pour chaque assurance du solde restant dû pour laquelle la Caisse de compensation intervient, il y a nécessairement un crédit habitation qui y est lié ; l'assurance du solde restant dû est toujours une garantie pour le prêteur qu'en cas de décès prématuré de l'assuré, les fonds nécessaires seront disponibles pour le remboursement ou l'apurement du crédit ; l'assurance du solde restant dû contient généralement une clause de mise en gage ou une clause similaire, qui a pour conséquence que les sommes sont même versées directement au prêteur. Enfin, la Cour constitutionnelle indique dans son arrêt du 10 novembre 2011 qu'une répartition de 50/50 est conforme à ce qui est visé par le législateur (voir point B.58.2 de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 10 novembre 2011 : « *En prévoyant que les assureurs et les prêteurs hypothécaires sont solidai-*

potheek kan gevestigd worden; dat de grote meerderheid van de kandidaat-kredietnemers een krediet verkrijgt zonder dat rekening wordt gehouden met een verhoogd gezondheidsrisico, gezien de kredietgevers daarvan niet op de hoogte zijn daar het om een element uit de persoonlijke levenssfeer gaat; dat de kredietnemer reeds zijn woningkrediet heeft gekregen op het ogenblik van een weigering van een schuldsaldoverzekering; de kredietgevers geen impact hebben op de hoogte van de premie of de bijpremies; de Compensatiekas in de eerste plaats een solidariteitsmechanisme tussen verzekeraars is; de schuldsaldoverzekering een verzekeringsproduct is met een rendement voor de verzekeringsonderneming en dat het afsluiten van een schuldsaldoverzekering sinds 2001 geen fiscale vereiste meer is. Zij stellen een omslagregeling voor van 10% voor hypotheekondernemingen en 90% verzekeringsondernemingen. Ze betreuren tevens dat het voorontwerpKB niet voorziet in een regeling voor de onderlinge solidariteit tussen de kredietgevers voor hun bijdragen aan de Compensatiekas. Ter zake stellen zij voor deze solidariteit te berekenen op het aandeel van de hypotheekondernemingen in de volledige omloop van de op basis van de wet op het hypothecair krediet afgesloten hypothecaire kredieten.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen daarentegen zijn van mening dat de 50/50-verdeling verantwoord is en allicht voortkomt vanuit de volgende overwegingen: het doel van de wet is om ernstig zieke personen in staat te stellen een krediet aan te gaan voor het verwerven van een eigen woning. De schuldsaldoverzekering verhoogt de kansen voor een ernstig zieke persoon om een dergelijk krediet te kunnen aangaan; uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat kredietgevers wel degelijk vlotter of aan betere voorwaarden een krediet verlenen wanneer er een schuldsaldoverzekering aanwezig is; aan elke schuldsaldoverzekering waarvoor de Compensatiekas tussenkomt, is noodzakelijkerwijs een woonkrediet verbonden; de schuldsaldoverzekering is steeds een waarborg voor de kredietgever dat, bij een vroegtijdig overlijden, de nodige gelden voorhanden zijn voor de terugbetaling of verdere aflossing van het krediet; de schuldsaldoverzekering bevat veelal een in pandgevingsclausule of een soortgelijke clausule, die tot gevolg heeft dat de gelden zelfs rechtstreeks worden uitbetaald aan de kredietgever. Tenslotte geeft het Grondwettelijk Hof in haar arrest van 10 november 2011 aan dat een 50/50-verdeling in lijn ligt met wat de wetgever voor ogen had (zie B.58.2 van het arrest van het Hof van 10 november 2011: “*Door te bepalen dat de verzekeraars en de hypothecaire kredietgevers hoofdelijk zijn gehouden, blijkt de wetgever te hebben willen aangeven dat (...) de individuele verzekeraars en hypothecaire kredietgevers ten aanzien van elkaar in gelijke delen zijn gehouden tot het betalen van het*

rement obligés, le législateur a voulu indiquer que (...) les assureurs et prêteurs hypothécaires individuels sont mutuellement tenus, à parts égales, au paiement du montant requis »).

Vu la contribution indirecte des consommateurs à la Caisse de compensation et l'expérience de la contribution à la Caisse de compensation des Catastrophes naturelles, les représentants des patients et des consommateurs souhaitent bénéficier d'une représentation au sein de la Caisse de compensation.

Article 29

L'article 29 stipule qu'une entreprise d'assurances qui n'a pas utilisé de questionnaire médical ne peut pas, sauf en cas d'omission intentionnelle, invoquer le fait que le preneur d'assurance a négligé son obligation d'information précontractuelle. Si cette disposition doit être lue dans le sens où le preneur d'assurance n'a aucune obligation de déclaration en cas d'absence de questionnaire médical, la présence de cette disposition dans un arrêté royal est contraire aux articles 5-7 de la LCAT, qui sont toujours basés sur le principe de l'obligation de déclaration spontanée dans le chef du preneur d'assurance. Pour autant que l'article 29 ne vise pas à déroger à cette obligation de déclaration spontanée, la relation avec les dispositions d'incontestabilité figurant à l'article 99 de la LCAT et à l'article 10 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie n'est pas claire. Les représentants des patients et des consommateurs attirent l'attention sur l'article 5 de la LCAT en cas d'absence de réponse à des questions écrites.

Article 30

L'article 30 stipule que les entreprises d'assurances et les établissements de crédit doivent mentionner, de façon compréhensible, sur chaque prospectus, communication à caractère promotionnel et proposition d'assurance concernant l'octroi de crédits hypothécaires et d'assurances sur la vie qui garantissent le remboursement de ces capitaux, les informations relatives à l'existence d'un mécanisme de solidarité pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Les représentants des patients et des consommateurs souhaitent que des informations soient également données au sujet du Bureau du suivi et de la réévaluation par le collège de médecins.

vereiste bedrag").

Gelet op de indirecte bijdrage van consumenten aan de Compensatiekas en de ervaring met de bijdrage aan de Compensatiekas Natuurrampen, wensen de patiënten- en consumentenvertegenwoordigers vertegenwoordigd te zijn in de Compensatiekas.

Artikel 29

Artikel 29 bepaalt dat een verzekeringsonderneming die geen standaard medische vragenlijst hanteerde, behoudens bij opzettelijke verzwijging, niet kan invoeren dat de verzekeringnemer zijn precontractuele informatieplicht heeft verzuimd. Indien deze bepaling dient te worden gelezen in de zin dat de verzekeringnemer bij afwezigheid van een vragenlijst geen mededelingsplicht heeft, is deze bepaling in een koninklijk besluit strijdig met de artikelen 5-7 WLVO, die nog steeds gesteund zijn op het principe van de spontane mededelingsplicht in hoofde van de verzekeringnemer. In zoverre artikel 29 niet zou beogen afbreuk te doen aan de spontane mededelingsplicht, is het niet duidelijk hoe dit zich verhoudt tot de regeling van de onbetwistbaarheid bepaald in artikel 99 WLVO en artikel 10 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 betreffende de levensverzekering. De vertegenwoordigers van patiënten en consumenten wijzen op de regel in artikel 5 WLVO in geval van het niet beantwoorden van schriftelijke vragen.

Artikel 30

Artikel 30 bepaalt dat de verzekeringsondernemingen en de kredietinstellingen op elke prospectus, elke reclame en elk verzekeringsvoorstel dat betrekking heeft op het verlenen van hypothecaire kredieten en levensverzekeringen die de terugbetaling van deze kapitalen dekken, op begrijpelijke wijze informatie vermelden over het bestaan van een solidariteitsmechanisme voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers wensen dat ook informatie wordt verstrekt over het Opvolgingsbureau en de herevaluatie door het artsencollege.

Les représentants des établissements de crédit estiment que les informations relatives à l'existence d'un mécanisme de solidarité pour les personnes présentant un risque de santé accru constituent un aspect extrêmement détaillé de l'octroi de crédits et que ces informations ne peuvent figurer dans une publicité pour les crédits hypothécaires. Conformément à l'article 47, § 2, de la loi relative au crédit hypothécaire, le prospectus constitue, lui, un canal adapté pour mentionner ces informations. Les représentants des entreprises d'assurances sont d'accord sur le fait que la publicité ne constitue pas un canal approprié pour informer les clients de l'existence d'un mécanisme de solidarité étant donné qu'il s'agit là d'une donnée complexe qui nécessite que des explications détaillées soient fournies.

Les représentants des patients et des consommateurs soutiennent à ce sujet que l'article 30 de l'avant-projet d'AR dans sa version d'origine est maintenu et attirent l'attention sur leur recherche indiquant que le prospectus est rarement transmis au consommateur.

Article 31

L'article 31 stipule que l'entreprise d'assurances est tenue de réparer tout préjudice causé au candidat preneur d'assurance suite au non-respect des dispositions des Chapitres II et III.

Les représentants des patients et des consommateurs souhaitent qu'un régime de sanctions soit également élaboré pour les préjudices causés par les établissements de crédit.

Annexe : Questionnaire médical standardisé

En la matière, il est également renvoyé aux remarques formulées *supra*.

Au sujet du questionnaire médical standardisé, les représentants des patients et des consommateurs rappellent l'exigence de conformité avec les dispositions légales édictées par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel qui prévoit que les données recueillies doivent être adéquates, pertinentes et proportionnées à l'objectif poursuivi, ainsi que l'article 8 de la CEDH et l'article 22 de la Constitution en ce qui concerne les droits fondamentaux et la nécessité selon laquelle les questions doivent être limitées à ce qui est strictement nécessaire pour l'évaluation du risque, ainsi que l'interdiction de poser des questions relatives aux données génétiques.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen zijn van mening dat informatie over een solidariteitsmechanisme voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico een uiterst gedetailleerd aspect is van de kredietverlening en niet kan worden opgenomen in de reclame voor het hypothecair krediet. Krachtens artikel 47, § 2, van de wet op het hypothecair krediet is het prospectus hiervoor wel een geschikt medium. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het eens dat reclame niet het geschikte medium is om klanten te informeren over het solidariteitsmechanisme gezien dit een complex gegeven is dat enige detail vergt bij het toelichten ervan.

De vertegenwoordigers van patiënten en consumenten pleiten ervoor dat artikel 30 van het voorontwerpKB in zijn oorspronkelijke versie behouden blijft en wijzen daarbij op hun onderzoek waaruit blijkt dat het prospectus zelden wordt meegegeven aan de consument.

Artikel 31

Artikel 31 bepaalt dat de verzekeringsonderneming gehouden is tot herstel van het nadeel dat de kandidaat-verzekeringnemer lijdt door de niet-naleving van de bepalingen van de Hoofdstukken II en III.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers wensen dat ook een sanctieregeling bij tekortkoming door de kredietinstellingen wordt uitgewerkt.

Bijlage: Standaard medische vragenlijst

Ter zake zij tevens gewezen op de bemerkingen *supra*.

Omtrent de standaard medische vragenlijst herinneren de patiënten - en consumentenvertegenwoordigers aan de vereiste van conformiteit met de wettelijke bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens waarin is gesteld dat de ingezamelde gegevens toereikend en ter zake dienend moeten zijn en in verhouding moeten staan tot het beoogde doel, alsook artikel 8 van het EVRM en artikel 22 van de Grondwet inzake fundamentele rechten en de daaruit voortvloeiende vereiste dat vragen moeten worden beperkt tot hetgeen strikt noodzakelijk is voor de evaluatie van het risico, evenals het verbod vragen te stellen over genetische gegevens (voornamelijk over erfelijke ziekten,

tiques (principalement les maladies héréditaires,...), en vertu des articles 5 et 95 de la LCAT ainsi que de la jurisprudence de la Cour Constitutionnelle en ce qu'il est nécessaire d'éviter que soient posées des questions non pertinentes ou excessives qui porteraient atteinte de manière disproportionnée au droit au respect de la vie privée des intéressés.

Ils s'étonnent du fait qu'il n'ait apparemment pas été tenu compte, lors de la rédaction du questionnaire médical standardisé en annexe à l'avant-projet d'AR, de leur remarque formulée lors des précédentes discussions relatives au projet de la loi Partyka au sein de la Commission (Avis C-2010-1 du 30 septembre 2010).

Selon ces représentants, certaines questions du questionnaire médical standardisé sont inadéquates, voire même non pertinentes et ne tiennent pas compte des dispositions précitées. Il s'agit par exemple des questions suivantes :

- Question 8 (style de vie) : « pratiquez-vous un sport ou un hobby ? »
Ils proposent: "Avez-vous un hobby qui pourrait entraîner des lésions ou même la mort ? »
- Question 11 : « Usage de stupéfiants ». Aucune précision n'est demandée en ce qui concerne le type de stupéfiants ni, contrairement à la consommation d'alcool, en ce qui concerne la quantité minimale consommée.
- Code 18 : traitement comprenant des sirops ou ... "tout autre traitement thérapeutique"
- Code 16 : « souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection au cours des 10 dernières années ? »
Ils proposent: "Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une affection ayant entraîné une incapacité de plus de 4 semaines ? »
- Affection psychique : névrose (ou psychose) : quelle que soit la définition donnée à ce terme, il est difficile de déterminer en quoi la névrose pourrait accroître le risque de décès.
Ils proposent : « Affection psychique : avez-vous souffert d'une maladie nerveuse ou mentale ayant entraîné une hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un hôpital général ou dans un établissement psychiatrique ? »

...) krachtens de artikelen 5 en 95 WLVO en de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof dat vermeden dient te worden dat niet ter zake dienende of overmatige vragen zouden worden gesteld die op onevenredige wijze afbreuk doen aan het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen.

Zij verwonderen zich erover dat bij de opstelling van de standaard medische vragen als bijlage bij het voorontwerpKB blijkbaar geen rekening is gehouden met hun opmerking gemaakt tijdens de vroegere besprekingen van het ontwerp van de wet Partyka in de Commissie (Advies C-2010-1 van 30 september 2010).

Volgens deze vertegenwoordigers zijn bepaalde vragen van de standaard medische vragenlijst niet toereikend, soms zelfs niet pertinent, en houden zij geen rekening met de voormelde bepalingen. Daarbij denken zij bijvoorbeeld aan de volgende vragen:

- Vraag 8 (levensstijl): "doet u aan sport of hebt u een hobby?"
Zij stellen voor: "hebt u een hobby die letsels of zelfs de dood kan veroorzaken?"
- Vraag 11: "gebruik van verdovende middelen". Er wordt niet gevraagd te preciseren over welk type verdovende middelen het gaat, noch, in tegenstelling tot het alcoholgebruik, welke de minimale hoeveelheid is die wordt genutzt.
- Vraag 18: een behandeling die bestaat uit siropen of... "iedere andere therapeutische behandeling".
- Vraag 16: "lijdt u of hebt u de voorbije 10 jaar aan een aandoening geleden?"
Zij stellen voor: "lijdt u of hebt u de voorbije 10 jaar aan een aandoening geleden met een ongeschiktheid van meer dan 4 weken?"
- Psychische aandoeningen: neurose (of psychose): ongeacht de definitie die aan deze begrippen wordt gegeven, kan moeilijk worden vastgesteld op welke wijze een neurose het risico op overlijden zou kunnen vergroten.
Zij stellen voor: "Psychische aandoeningen: heeft u geleden aan een zenuwziekte of geestelijke ziekte die heeft geleid tot een hospitalisatie in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een psychiatrische inrichting?"

- Question 20 : consultation chez un médecin.
Ils proposent de supprimer cette question.

Les représentants des patients et des consommateurs demandent de préciser explicitement qu'étant donné les évolutions dans le domaine des sciences médicales, le contenu du questionnaire fait partie de l'évaluation biennale dont il est question à l'article 138ter-7 de la LCAT.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent que, conformément à l'article 5 de la LCAT, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. A cet effet, l'assureur pose des questions et aide ainsi le candidat assuré dans le cadre de son obligation de déclaration. Selon ces représentants, les questions figurant dans le questionnaire médical standardisé visent à obtenir un aperçu correct du risque éventuel. Selon eux, un équilibre a été trouvé entre pertinence, caractère complet et simplicité pour le candidat assuré.

Selon ces représentants, les questions précitées du questionnaire médical standardisé sont bel et bien pertinentes, pour les raisons suivantes :

- Code 8 : « pratiquez-vous (...) un hobby ? »
La question est posée de la façon suivante :
« Pratiquez-vous un sport ou un hobby ? » Le but est de connaître les activités dangereuses. Etant donné que la distinction entre un sport et un hobby n'est pas toujours claire pour tout le monde, sport et hobby ont été formulés dans une même question.
- Code 11 : « faites-vous usage (...) de stupéfiants ? »
Etant donné la diversité et les évolutions dans le domaine des drogues, il n'est pas possible de préciser dans la question de base de quelles substances il s'agit ou de prévoir un seuil minimal.
- Code 18 : « (...) tout autre traitement thérapeutique »
Un traitement thérapeutique autre qu'un médicament pris sur une période de plus de trois semaines peut s'avérer pertinent pour l'évaluation du risque.
- Code 16 : « souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affec-

- Vraag 20: raadpleging bij een arts.
Zij stellen voor deze vraag te schrappen.

De patiënten- en consumentenvertegenwoordigers vragen expliciet te bepalen dat, gezien de evoluties in de medische wetenschap, de inhoud van de vragenlijst deel uitmaakt van de tweejarige evaluatie waarvan sprake in artikel 138ter-7 WLVO.

De vertegenwoordigers van verzekeringsondernemingen geven aan dat krachtens artikel 5 WLVO de verzekeringnemer verplicht is alle hem bekende omstandigheden die redelijkerwijs een invloed kunnen hebben op de beoordeling van het risico nauwkeurig mee te delen. De verzekeraar stelt hiertoe vragen en helpt op deze manier de kandidaat-verzekerde bij zijn mededelingsplicht. De vragen van de standaard medische vragenlijst zijn volgens deze vertegenwoordigers gericht op het verkrijgen van een relevant beeld van het eventuele risico. Daarbij is volgens hen een evenwicht gevonden tussen relevantie, volledigheid en eenvoud voor de kandidaat-verzekerde.

Volgens deze vertegenwoordigers zijn de voormelde vragen van de standaard medische vragenlijst wel degelijk pertinent, en dat om volgende redenen:

- Vraag 8: "(...) hebt u een hobby?"
De vraag is als volgt gesteld: "Doet u aan sport of hebt u een hobby?" Het doel is gevaarlijke activiteiten te kennen. Gezien het onderscheid tussen een sport of een hobby voor een aantal mensen niet steeds duidelijk is, werden sport en hobby in één vraag geformuleerd.
- Vraag 11: "Gebruikt u (...) verdovende middelen (...)?"
Gezien de verscheidenheid en de ontwikkelingen op vlak van drugs, is het niet mogelijk om in de basisvraag zelf te preciseren over welke middelen het gaat of om een minimumdrempel te voorzien.
- Vraag 18: "(...) iedere andere therapeutische behandeling"
Een therapeutische behandeling anders dan een geneesmiddel die over een periode langer dan 3 weken loopt, kan relevant zijn voor het beoordelen van het risico.
- Vraag 16: "Lijdt u of hebt u de voorbije 10 jaar aan een aandoening geleden?"

tion ? »

Il est clair que les affections sont pertinentes pour l'évaluation du risque. Les assureurs plaident d'ailleurs pour qu'une rubrique « affections nez-gorge-oreilles » soit prévue également ainsi qu'une rubrique « autres affections ». En effet, le candidat assuré n'a généralement pas suivi de formation médicale. L'expérience démontre que le candidat assuré souhaite parfois ajouter des détails pertinents dans son langage propre.

- « Affections psychiques »
Le candidat assuré ne connaît pas toujours l'affection psycho-médicale avec précision. L'appellation qu'il utilise équivaut parfois à un autre diagnostic médical. C'est pourquoi il convient, par le biais de la rubrique affections psychiques, de lui laisser suffisamment de possibilités.
- Code 20 : « Consultation chez un médecin »
La question est posée pour une période spécifique : les 12 derniers mois ou les 3 prochains mois : il s'agit d'une façon de demander des informations sur les affections importantes qui ont fait récemment l'objet d'une consultation et dont le diagnostic n'est pas toujours clair aux yeux du candidat assuré.

C. Remarques concernant plusieurs articles

Afin que le texte proposé soit conforme aux réglementations législatives et à la loi du 21 janvier 2010, et afin d'éviter toute erreur matérielle dans la rédaction du texte de l'arrêté royal, la Commission des Assurances propose d'apporter les modifications suivantes dans l'avant-projet d'arrêté royal :

- à l'article 1^{er}, 2^o et 3^o, ainsi qu'aux articles 4, 5, 11 et 12: remplacement de "*candidat preneur d'assurance*" par "*candidat assuré*";
- aux articles 5 (uniquement la dernière mention), 13 et 14 : remplacement de "*candidat assuré*" par "*candidat preneur d'assurance*";
- à l'article 13 : remplacement de "*prime proposée*" par "*surprime proposée*";
- à l'article 28, tel que visé par la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire : remplacer "*hypotheekmaatschappijen*" par "*hypotheekondernemingen*" en néerlandais ;

Aandoeningen zijn uiteraard relevant voor het risico. De verzekeraars pleiten er trouwens voor om ook een rubriek "neus-keel-oor aandoeningen" te voorzien en ook een rubriek "andere aandoeningen". De kandidaat-verzekerde is immers meestal niet medisch geschoold. De ervaring leert dat de kandidaat-verzekerde soms relevante zaken wil toevoegen in eigen bewoordingen.

- Psychische aandoeningen":
De kandidaat-verzekerde kent niet steeds de psychisch-medische aandoening met precisie. De door hem/haar gebruikte benoeming is soms medisch een andere diagnose. Vandaar dat het aangewezen is om ook bij de psychische aandoeningen voldoende mogelijkheden open te laten.
- Vraag 20: "Raadpleging bij een arts"
Er wordt gevraagd naar een specifieke periode: de voorbije 12 maanden of de komende 3 maanden: belangrijke aandoeningen die recent nagekeken worden en waarvan de diagnose voor de kandidaat-verzekerde niet altijd duidelijk is, worden op deze manier bevraagd.

C. Opmerkingen betreffende meerdere artikelen

Opdat de voorgestelde tekst in overeenstemming zou zijn met de legistieke reglementeringen en met de wet van 21 januari 2010 en teneinde te vermijden dat er materiële fouten zouden sluipen in de redactie van de tekst van het koninklijk besluit, stelt de Commissie voor Verzekeringen de volgende wijzigingen in het voorontwerp van koninklijk besluit voor:

- in artikel 1, 2^o en 3^o, alsook in artikelen 4, 5, 11, 12: vervanging van "*kandidaat-verzekeringnemer*" door "*kandidaat-verzekerde*";
- in artikelen 5 (enkel laatste vermelding), 13, 14: Vervanging van "*kandidaat-verzekerde*" door "*kandidaat-verzekeringnemer*";
- in artikel 13: vervanging van "*voorgestelde premie*" door "*voorgestelde bijpremie*";
- in artikel 28, als bedoeld in de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet: vervanging van "*hypotheekmaatschappijen*" door "*hypotheekondernemingen*";

- remplacement de la notion d’*“entreprise d’assurances”* par *“assureur”*, étant donné l’exécution des dispositions de la LCAT dans lesquelles il est, conformément à l’article 1^{er}, toujours question d’*“assureur”* ;
- à l’article 30, rectification de la faute de frappe suivante en néerlandais : *“op begrijpelijke wijze informatie”* et ajouter ou préciser que cette disposition vaut également pour les entreprises hypothécaires.
- vervanging van het begrip *“verzekeringsonderneming”* door *“verzekeraar”*, gezien de uitvoering van bepalingen van de WLVO waarin, conform artikel 1, steeds sprake is van *“verzekeraar”*;
- in artikel 30 verbetering van de volgende typefout: *“op begrijpelijke wijze informatie”* en toevoegen of verduidelijken dat deze bepaling ook geldt voor hypotheekondernemingen.

III. CONCLUSIONS

La Commission des Assurances approuve le but de la loi du 21 janvier 2010 visant à permettre aux personnes présentant un risque de santé accru et désirant acquérir une habitation propre et unique d’avoir autant que possible accès à une assurance du solde restant dû abordable financièrement. Elle comprend également l’importance pour les consommateurs de trouver une solution à court terme tant pour leur assurance du solde restant dû que pour leur crédit (hypothécaire).

Les représentants des patients et des consommateurs et le Centre pour l’égalité constatent, à leur grande satisfaction, que l’avant-projet d’AR porte exécution des articles 138ter-1 à 138ter-13 inclus de la LCAT, et demandent que ces dispositions soient implémentées rapidement. Une évaluation, même avant la fin du délai de deux ans prévu, permettrait de remédier aux manquements éventuels. Les représentants des patients et des consommateurs sont très préoccupés par le fait que la limite de la surprime de 200% de la Caisse de compensation relative aux assurances de solde restant dû reste impayable pour les personnes les moins fortunées. Pour ces raisons, ils préfèrent une limite de surprime de 50%.

Les représentants des entreprises d’assurances indiquent qu’ils ont déjà pris des mesures en approuvant deux codes de bonne conduite sectoriels, et soulignent les résultats positifs qui ont été atteints pour les personnes gravement malades grâce à l’application de ces codes.

Les représentants des intermédiaires préfèrent un système pragmatique car ils estiment qu’une définition trop restreinte, trop stricte ou imprécise dans les textes de loi pourrait avoir un effet perturbateur sur le marché et induire un risque que certains assureurs aillent même jusqu’à se retirer du marché, ce qui en-

III. BESLUITEN

De Commissie voor Verzekeringen onderschrijft de doelstelling van de wet van 21 januari 2010 om personen met een verhoogd gezondheidsrisico die een enige eigen woning willen verwerven, zoveel als mogelijk toegang te verlenen tot een betaalbare schuldsaldoverzekering. Zij begrijpt het belang om op korte termijn een doeltreffende oplossing te vinden, zowel voor hun schuldsaldoverzekering, als voor hun (hypotheclair) krediet.

De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers en het Centrum Gelijkheid stellen met tevredenheid vast dat het voorontwerpKB uitvoering geeft aan de artikelen 138ter-1 tot en met 138ter-13 WLVO en vragen een spoedige implementering van de regeling. Een evaluatie, zelfs vóór het verstrijken van de voorziene termijn van twee jaar, kan tekortkomingen remediëren. De vertegenwoordigers van patiënten en consumenten maken zich evenwel ernstig zorgen dat de grens van 200% bijpremie voor de Compensatiekas een schuldsaldoverzekering voor minder kapitaalkrachtige personen nog steeds onbetaalbaar maakt. Om die reden verkiezen zij een grens van 50% bijpremie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat zij al maatregelen hebben genomen door de goedkeuring van twee sectorale gedragscodes en wijzen op de eerste positieve resultaten van de toepassing ervan voor ernstig zieke personen.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen verkiezen een pragmatisch systeem omdat ze van oordeel zijn dat een te enge, strikte of onduidelijke omschrijving in de wetteksten marktverstoring zou kunnen werken en het gevaar dreigt dat zelfs bepaalde verzekeraars zich mogelijks uit de markt zouden terugtrekken waardoor er aan de consument

trânerait pour le consommateur une diminution du nombre de solutions potentielles. Ils insistent pour que les intermédiaires puissent jouer pleinement leur rôle, consistant à trouver la ‘solution appropriée’ à chaque consommateur au sein d’un marché libre, et soulignent que des mesures pouvant perturber ou bloquer le marché sont contraires au droit européen.

La Commission demande également si la base légale de l’avant-projet d’AR ne se trouve pas à l’article 138ter-1, § 3, de la LCAT plutôt qu’à l’article 138ter-1, § 2. Elle souligne les incohérences du nouveau cadre légal et exprime sa préoccupation quant au fait qu’il faille solutionner des manquements et des imprécisions entre, d’une part, les dispositions de la loi du 21 janvier 2010 et la loi sur le contrat d’assurance terrestre et, d’autre part, l’AR. Pour des raisons de sécurité juridique, il est recommandé d’expliquer le régime dans un rapport au Roi.

En particulier, la Commission souligne que l’avant-projet d’AR n’exécute pas certaines dispositions de la loi. Ainsi, ni le régime de garantie standardisée fixé dans la loi, ni un régime d’agrément et de contrôle de la Caisse de compensation ne figurent dans l’avant-projet d’AR, et il manque également un code de bonne conduite prévoyant les neuf points évoqués à l’article 138ter-1, § 1^{er} (pas de dispositions légales élaborées pour les points de l’article 138ter-1, 4°, 5°, et 6°). D’autre part, l’avant-projet d’AR contient certaines dispositions pour lesquelles il n’existe pas de base légale dans la loi Partyka, comme par exemple la création et le fonctionnement d’un collège de médecins. La Commission souligne en particulier le manque de clarté au sujet des circonstances dans lesquelles la Caisse de compensation interviendra, ainsi qu’au sujet de la manière dont elle le fera et du montant à hauteur duquel elle le fera. En ce qui concerne la répartition des interventions de la Caisse de compensation, les représentants des établissements de crédit se posent de grosses questions quant à la règle de répartition de 50/50 entre les entreprises d’assurances et les établissements de crédit et les entreprises hypothécaires.

En ce qui concerne le champ d’application de l’avant-projet d’AR et de la loi, il y a encore débat au sein de la Commission. La définition du champ d’application a tout particulièrement des conséquences directes sur le régime relatif à l’obligation de motivation de l’assureur, ainsi que sur le régime de réévaluation par le réassureur, le Bureau du suivi et le collège de médecins. La préoccupation de l’ensemble des délégations au sein de la Commission est que le régime légal s’avère efficace dans la pratique.

potentielle oplossingen ontnomen worden. Ze staan erop dat de tussenpersonen volop hun rol kunnen spelen om een “geschikte oplossing” te vinden voor iedere consument in een vrije markt en wijzen erop dat marktversturende of blokkerende maatregelen in strijd zijn met het Europees recht.

De Commissie stelt de vraag of de grondslag van het voorontwerpKB niet eerder gelegen is in artikel 138ter-1, § 3 WLVO in plaats van in artikel 138ter-1, § 2. Zij wijst in haar advies op incoherenties in het nieuwe wettelijk kader en drukt haar bekommernis uit dat tekorten en onduidelijkheden tussen enerzijds de bepalingen in de Wet van 21 januari 2010 en de Wet op de landverzekeringsovereenkomst en anderzijds het voorontwerpKB moeten opgelost worden. Omwille van rechtszekerheid is het aangewezen de regeling nauwkeurig uit te leggen in een verslag aan de Koning.

In het bijzonder wijst de Commissie erop dat het voorontwerpKB een aantal bepalingen van de wet niet uitvoert. Zo is noch de in de wet bepaalde regeling van de standaardwaarborg, noch een regeling over de erkenning van en controle op een Compensatiekas opgenomen in het voorontwerpKB en ontbreekt een gedragscode die voorziet in alle negen punten waarvan sprake in artikel 138ter-1, § 1 (geen regeling uitgewerkt voor de punten in artikel 138ter-1, § 1, 4°, 5°, en 6°). Anderzijds bevat het voorontwerpKB bepaalde regelingen waarvoor een basis ontbreekt in de wet Partyka, zoals de oprichting en de werking van een artsencollege. De Commissie wijst in het bijzonder op de onduidelijkheid over de omstandigheden waarin, de wijze waarop en het bedrag waarvoor de Compensatiekas zal tussenkomen. Inzake de omslag van de tussenkomsten van de Compensatiekas stellen de vertegenwoordigers van de kredietinstellingen ernstig vragen bij een 50/50-regel tussen de verzekeringsondernemingen en de hypotheekondernemingen.

Over het toepassingsgebied van het voorontwerpKB en de wet blijft in de Commissie discussie bestaan. De afbakening van het toepassingsgebied heeft in het bijzonder direct gevolgen voor de regeling betreffende de motiveringsplicht van de verzekeraar, alsook voor de regeling van herevaluatie bij de herverzekeraar, het Opvolgingsbureau en het artsencollege. Wel zijn alle delegaties in de Commissie het erover eens dat een wettelijke regeling in de praktijk werkzaam moet zijn.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent que la loi a pour but de régler la situation des personnes gravement malades qui sont confrontées à un refus ou à une surprime très élevée. Etant donné que le champ d'application de l'avant-projet d'AR va plus loin que l'objectif du législateur, ces représentants proposent de préciser dans l'avant-projet d'AR que les dispositions s'appliquent uniquement lorsqu'un candidat assuré, en raison de son état de santé, se voit refuser une assurance ou doit payer une surprime de plus de 200 % de la prime de base utilisée par l'assureur en raison de son état de santé. En ce qui concerne le régime de la réévaluation, ces représentants soulignent que les dispositions figurant dans l'avant-projet d'AR risquent de donner lieu à un nombre très important de dossiers de réévaluation auprès du réassureur, du Bureau du suivi et du collège de médecins, et s'attendent à ce que les pouvoirs publics aient des difficultés à trouver un nombre suffisant de médecins disposant des qualifications requises pour la composition du collège de médecins. Ils indiquent que les entreprises d'assurances sont, pour la bonne exécution du régime, dépendantes des réassureurs (étrangers) auxquels les dispositions légales ne sont pas d'application et que les informations imposées par l'avant-projet d'AR peuvent être très problématiques pour le candidat assuré.

Par contre, les représentants des patients et des consommateurs et le Centre pour l'égalité indiquent que la loi du 21 janvier 2010 prévoit un champ d'application très large et vise à permettre un accès abordable pour les personnes souffrant d'une maladie présentant un certain degré de gravité. Ils indiquent que l'assureur doit, notamment sur la base de la législation antidiscrimination, motiver de façon circonstanciée toute décision basée sur l'état de santé de l'assuré, quelle que soit la hauteur de la surprime. Toutes les dispositions, y compris les procédures de réévaluation par les réassureurs, le Bureau de suivi et le collège des médecins et la Caisse de Compensation doivent être opérationnelles aussi vite que possible, sur la base du critère d'accès à une surprime, en raison de l'état de santé, qui atteint 50 % ou plus de la prime de base. Il devrait également être prévu une période relativement courte qui devrait permettre d'arriver à une évaluation approfondie des données statistiques à délivrer par les assureurs et les prêteurs, comme il semble que ce soit possible en France dans le cadre de la Convention Aeras.

En ce qui concerne l'utilisation de questionnaires médicaux, la Commission estime qu'il n'est pas indiqué d'imposer des dispositions en vertu desquelles l'assureur qui souhaiterait utiliser un questionnaire

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat de wet tot doel heeft de situatie te regelen van ernstig zieke personen die geconfronteerd worden met een weigering of een hoge bijpremie. Daar het toepassingsgebied van het voorontwerpKB verder reikt dan deze doelstelling van de wetgever, stellen deze vertegenwoordigers voor om in het voorontwerpKB te verduidelijken dat de bepalingen uitsluitend gelden wanneer een kandidaat-verzekerde omwille van zijn gezondheidstoestand een verzekering wordt geweigerd of een bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand dient te betalen van meer dan 200% van de door de verzekeraar gehanteerde basispremie. Met betrekking tot de herevaluatieregeling drukken zij hun bezorgdheid uit dat de in het voorontwerpKB voorgestelde regeling aanleiding zal geven tot een erg groot aantal herevaluatiedossiers bij de herverzekeraar, het Opvolgingsbureau en het artsencollege en verwachten zij dat de overheid het moeilijk zal hebben om een voldoende aantal geschikte artsen voor de samenstelling van het artsencollege te vinden. Zij wijzen erop dat verzekeringsondernemingen voor de goede uitvoering van de regeling afhankelijk zijn van (buitenlandse) herverzekeraars op wie de wettelijke bepalingen niet van toepassing zijn en dat de door het voorontwerpKB opgelegde informatie erg confronterend kan zijn voor de kandidaat-verzekerde.

De patiënten - en consumentenvertegenwoordigers en het Centrum Gelijkheid stellen daarentegen dat de Wet van 21 januari 2010 een ruim toepassingsgebied voorziet en een betaalbare toegang tot de schuldsaldoverzekering beoogt voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Zij stellen dat, mede op grond van de antidiscriminatiewetgeving, iedere beslissing gesteund op de gezondheidstoestand van de verzekerde en ongeacht de hoogte van de bijpremie, omstandig moet gemotiveerd worden. Alle regelingen, waaronder de procedures van herevaluatie door de herverzekeraars, het Opvolgingsbureau en het artsencollege en de Compensatiekas moeten zo vlug mogelijk operationeel zijn op basis van het toegangscriterium van een bijpremie om redenen van de gezondheidstoestand die 50% of meer van de basispremie bedraagt. Ook dient een redelijk korte periode voorzien die het mogelijk moet maken om tot een grondige evaluatie te komen op grond van statistische gegevens te leveren door de verzekeraars en kredietverstrekkers, zoals dit ook mogelijk blijkt te zijn in Frankrijk voor de Conventie Aeras.

Met betrekking tot het gebruik van de medische vragenlijsten, acht de Commissie het niet aangewezen een regeling op te leggen waarbij de verzekeraar die een medische vragenlijst wenst te gebruiken, deze aan iedere kandidaat-

médical devrait soumettre celui-ci à chaque candidat assuré, des dispositions qui ne permettraient de soumettre un questionnaire médical qu'à une seule reprise et qui ne prévoiraient pas la possibilité d'une procédure d'acceptation par étapes dans le cadre de laquelle des données complémentaires pourraient être demandées en fonction des informations reçues. La Commission souligne également que des dispositions relatives à l'utilisation du questionnaire médical ne peuvent pas constituer un frein à la pratique de l'acceptation en ligne.

En ce qui concerne le contenu du questionnaire médical standardisé et la conformité de celui-ci au regard des dispositions légales, des discussions persistent au sein de la Commission. Les membres demandent au Ministre de transmettre à la Commission des Assurances l'avis de la Commission de la protection de la vie privée demandé par le Ministre à ce sujet.

La Commission demande enfin que des moyens suffisants soient prévus et fixés afin de financer l'ensemble des mesures prévues dans la loi et dans l'avant-projet d'AR. Ceci relève non seulement de l'intérêt des organismes prêteurs et des entreprises d'assurances, mais également de celui des candidats preneurs d'assurance et des pouvoirs publics.

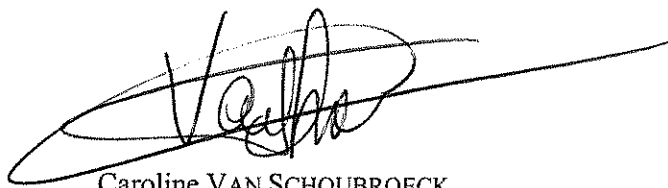
verzekerde moet voorleggen, noch een regeling waarbij slechts eenmaal een medische vragenlijst kan voorgelegd worden en geen mogelijkheid bestaat voor een stapsgewijze acceptatieprocedure waarbij in functie van de ontvangen informatie verder gegevens kunnen gevraagd worden. De Commissie wijst er tevens op dat een regeling over het gebruik van de medische vragenlijst de praktijk van online acceptatie niet in de weg mag staan.

Met betrekking tot de inhoud van de standaard medische vragenlijst en de conformiteit ervan met de wettelijke regelingen bestaat er discussie in de Commissie. De leden verzoeken de minister om het aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer gevraagd advies hierover over te maken aan de Commissie voor verzekeringen.

De Commissie vraagt tenslotte dat er voldoende middelen worden voorzien en vastgelegd om het geheel van de, in de wet en het voorontwerpKB, voorziene maatregelen te financieren. Niet alleen de kredietgevers en de verzekeringsondernemingen maar ook de kandidaat-verzekeringnemers en de overheid hebben hierbij belang.

La Présidente,

De Voorzitster,



Caroline VAN SCHOU BROECK