

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 30 september 2010

DOC C/2010/1

VERSLAG

over de werkzaamheden van de Commissie voor Verzekeringen in het kader van artikel 3 van de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, dat aan de Commissie voor Verzekeringen opdraagt een gedragscode uit te werken.

1. INLEIDING

Artikel 3 van de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft (hierna "wet van 21 januari 2010") voert in de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (hierna "WLVO") een nieuw artikel 138ter-1 in. Artikel 138ter-1, § 1 WLVO geeft aan de Commissie voor Verzekeringen de opdracht om binnen zes maanden na de bekendmaking van de wet van 21 januari 2010 in het Belgisch Staatsblad (op 3 februari 2010), een gedragscode uit te werken.

Deze gedragscode moet overeenkomstig dit artikel 138ter-1, § 1 volgende negen punten bevatten:

"1° in welke gevallen en voor welke soorten krediet of welke verzekerde bedragen een standaard medische vragenlijst moet worden ingevuld;

2° de inhoud van de standaard medische vragenlijst, met dien verstande dat die moet worden bepaald met inachtneming van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, alsook van artikel 8 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van 4 november 1950;

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 30 septembre 2010

DOC C/2010/1

RAPPORT

sur les travaux menés par la Commission des Assurances dans le cadre de l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 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, article aux termes duquel la Commission des Assurances est chargée d'élaborer un code de bonne conduite.

1. INTRODUCTION

L'article 3 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 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 (ci-après « la loi du 21 janvier 2010 ») insère dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après « la LCAT ») un article 138ter-1 nouveau. L'article 138ter-1, § 1er, de la LCAT charge la Commission des Assurances d'élaborer un code de bonne conduite, dans les six mois de la publication de la loi du 21 janvier 2010 au Moniteur belge (le 3 février 2010).

Ce code de bonne conduite doit, conformément à l'article 138ter-1, § 1er, susvisé, préciser les neuf points suivants:

« 1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété;

2° le contenu du questionnaire médical standardisé, étant entendu qu'il doit être établi dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950;

3° op welke wijze de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toekennen van de verzekering en het bepalen van de premie rekening houden met de vragenlijst;

4° de gevallen waarin de verzekeraars een bijkomend medisch onderzoek mogen vragen aan de kandidaat-verzekerde, evenals de inhoud van dit onderzoek en het recht op informatie over de resultaten van deze onderzoeken;

5° de termijn waarbinnen de verzekeraars hun beslissing over de aanvraag van de verzekering aan de kandidaat-verzekerde moeten medelen, met dien verstande dat de totale duur van de behandeling door de kredietinstellingen en de verzekeraars van de aanvraagdossiers voor een woonkrediet niet meer dan vijf weken mag bedragen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier;

6° op welke wijze de kredietinstellingen ook andere waarborgen dan de schuldsaldoverzekering in overweging nemen bij het verstrekken van een krediet;

7° onder welke voorwaarden de kandidaat-verzekerden een beroep kunnen doen op het in artikel 138ter-6, § 1, bedoelde Opvolgingsbureau voor de tarifiering, indien hen een schuldsaldoverzekering wordt geweigerd;

8° de verplichting voor de verzekeringsmaatschappijen en de kredietinstellingen om de informatie over het bestaan van dit mechanisme van schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico ruim en op begrijpelijke wijze te verspreiden;

9° de burgerrechtelijke sancties ingeval de regels van de gedragscode niet worden nageleefd".

Deze opdracht aan de Commissie voor Verzekeringen kadert in de eerdere besprekingen die de Commissie heeft gevoerd, mede naar aanleiding van vroegere wetsvoorstellen die aan de basis lagen van voornoemde wet van 21 januari 2010, over de verzekerbareid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Er wordt, wat dat betreft, verwezen naar de adviezen DOC-C-2008-5, DOC-C-2009-1 en DOC-C-2009-3.

Het toekennen aan de Commissie voor Verzekeringen van de wettelijke bevoegdheid om een gedragscode op te stellen voor verzekeringsondernemingen en kredietinstellingen, waarvan de naleving gesanctioneerd wordt met burgerrechtelijke sancties, was een uitdaging voor het overleg in de verzekerings- en kredietsector en was nieuw voor de Commissie gezien zij tot op dat ogenblik enkel een adviesbevoegdheid genoot. In haar advies DOC-C-2009-3 verwees de Commissie naar haar niet-bindende adviesbevoegdheid zoals bepaald in artikel 41 en artikel 96, §1 van

3° la manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime;

4° les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen;

5° le délai dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance, étant entendu que la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêt immobilier par les établissements de crédit et les assureurs ne pourra pas excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet;

6° 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;

7° les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 138ter-6, § 1er;

8° l'obligation dans le chef des entreprises d'assurances et des établissements de crédit de diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du présent mécanisme d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru;

9° les sanctions civiles prévues en cas de manquement aux règles du code de bonne conduite ».

Cette mission confiée à la Commission des Assurances s'inscrit dans le prolongement des discussions qu'elle avait déjà menées précédemment - dans le cadre notamment de l'examen de propositions de loi qui déboucheront sur la loi du 21 janvier 2010 précitée - concernant l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru. Il est fait état de ces discussions dans les avis DOC-C-2008-5, DOC-C-2009-1 et DOC-C-2009-3.

L'attribution à la Commission des Assurances du pouvoir légal d'élaborer un code de bonne conduite pour les entreprises d'assurances et les établissements de crédit, code dont le non-respect serait passible de sanctions civiles, représentait un défi pour la concertation au sein du secteur des assurances et du crédit. Ce pouvoir était nouveau pour la Commission, dans la mesure où celle-ci n'était investie jusqu'alors que d'une compétence d'avis. Dans son avis DOC-C-2009-3, la Commission a rappelé le caractère non contraignant des avis qu'elle rend conformément à

de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen. Ze stelde dat de opdracht tot het uitwerken van een gedragscode zou betekenen dat aan de Commissie een regelgevende rol wordt toegekend. Zij maakte daarbij voorbehoud over de mogelijkheden om een dergelijk engagement met de vereiste kans op slagen binnen een redelijke termijn, op zich te nemen.

Ondanks dit eerder ingenomen standpunt heeft de Commissie onmiddellijk bij de publicatie van de wet beslist de opdracht van de wetgever te aanvaarden en waren alle leden bereid om constructief samen te werken ten einde voor 3 augustus 2010 een gedragscode te kunnen voorleggen aan de minister.

Zoals verder toegelicht, heeft de Commissie in haar vergadering van 17 juni 2010 beslist om de werkzaamheden tot het opstellen van de gedragscode te beëindigen. Conform artikel 138ter-1, §2 WLVO geniet in dat geval de Koning de bevoegdheid om de gedragscode op te stellen.

Hierna volgt vooreerst een verslag van het verloop van de werkzaamheden van de Commissie en de toelichting van het standpunt van de diverse delegaties in de Commissie en van de bij deze werkzaamheden betrokken organisaties (punt 2).

Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de interpretaties en voorstellen, die tijdens de besprekingen werden meegedeeld of waarover nota's werden neergelegd, bij elk van de negen punten van de op te stellen gedragscode zoals bepaald in artikel 138ter-1, §1 WLVO. Deze kunnen dienstig zijn voor de Koning bij het opstellen van een gedragscode (punt 3).

2. VERLOOP VAN DE WERKZAAMHEDEN VAN DE COMMISSIE

2.1. Algemeen

Zoals ook het geval was bij de in de Inleiding vermelde eerdere werkzaamheden van de Commissie betreffende de verzekerbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico, werden bij de besprekingen voor het opstellen van de gedragscode de vertegenwoordigers betrokken van het Vlaams Patiëntenplatform, de Vlaamse Liga tegen Kanker, de Ligue des Usagers des Services de Santé (hierna patiëntenverenigingen), de Association du Diabète, het Centrum voor Gelijkheid van kansen en Racismebestrijding en de Ombudsman van de Verzekeringen.

l'article 41 et à l'article 96, § 1er, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances. Elle a souligné que le fait de lui confier la mission d'élaborer un code de bonne conduite revenait à lui assigner un rôle réglementaire. Elle a émis des réserves sur la possibilité d'assumer un tel engagement et de l'honorer dans un délai raisonnable.

Alors qu'elle avait fait valoir ce point de vue, la Commission a décidé, dès la publication de la loi, d'accepter la mission que lui confiait le législateur. Tous ses membres étaient disposés à collaborer de manière constructive afin de soumettre un code de bonne conduite au ministre pour le 3 août 2010.

Comme l'expliquent les développements qui suivent, la Commission a néanmoins décidé, lors de sa réunion du 17 juin 2010, de mettre fin à ses travaux menés dans le cadre de l'élaboration du code de bonne conduite. L'article 138ter-1, § 2, de la LCAT prévoit que, dans ce cas, le Roi est habilité à élaborer lui-même ce code de bonne conduite.

Le présent rapport expose tout d'abord le déroulement des travaux qui ont pris place au sein de la Commission, ainsi que le point de vue défendu par les diverses délégations représentées au sein de la Commission et par les organisations qui ont été associées à ces travaux (point 2).

Il donne ensuite un aperçu des interprétations et des propositions qui ont été émises lors des discussions ou qui ont été présentées dans des notes en ce qui concerne chacun des neuf points du code de bonne conduite à élaborer, tels qu'énumérés à l'article 138ter-1, § 1er, de la LCAT. Ces interprétations et propositions pourront être utiles au Roi lors de l'élaboration d'un code de bonne conduite (point 3).

2. DÉROULEMENT DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

2.1. Généralités

Comme lors de ses travaux précédents - évoqués au point 1 ci-dessus - concernant l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru, la Commission a mené ses débats portant sur l'élaboration d'un code de bonne conduite en y associant des représentants de la Vlaams Patiëntenplatform, de la Vlaamse Liga tegen Kanker, de la Ligue des usagers des services de santé (ci-après « les associations de patients »), de l'Association du diabète, du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, ainsi que de l'Ombudsman des Assurances.

De Commissie heeft 5 vergaderingen gewijd aan de bespreking van de gedragscode.

Tijdens de vijfde vergadering, op 17 juni 2010, hebben de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gemeld dat in de schoot van Assuralia de beslissing was genomen om bij het Grondwettelijk Hof een vordering tot vernietiging van de wet van 21 januari 2010 in te stellen.

De andere delegaties in de Commissie en de patiëntenverenigingen hebben uitdrukkelijk gesteld dat deze procedure voor hen geen bezwaar inhoudt om de besprekingen voor het opstellen van de gedragscode verder te zetten. Zij verwijzen daarbij naar de opdracht die de wetgever aan de Commissie heeft toevertrouwd en die blijft bestaan tot zolang artikel 3 van de wet van 21 januari 2010 tot invoering van 138ter-1, §1 WLVO niet vernietigd is en de in dit artikel vooropgestelde termijn niet verstreken is. Zij benadrukken tevens het belang van deze gedragscode voor de kandidaat-verzekerden.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen op de onduidelijkheden in de wet van 21 januari 2010 die in de loop van de besprekingen in de Commissie zijn vastgesteld en wensen de uitspraak van het Grondwettelijk Hof af te wachten vooraleer een voorstel van gedragscode op te stellen, omdat zij er van uitgaan dat dit arrest meer duidelijkheid zal brengen over de lezing die aan de wet dient gegeven te worden en over de inhoud van de gedragscode. Dienvolgens werd beslist om de werkzaamheden van de Commissie te beëindigen.

2.2. Het standpunt van de diverse delegaties

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen de opzet en het maatschappelijke belang van de wet van 21 januari 2010 ten volle te begrijpen en betwisten deze ook niet. Zij begrijpen dat de (on)verzekeraarbaarheid van sommige personen met een verhoogd gezondheidsrisico inderdaad vragen doet rijzen binnen de maatschappij. Maar volgens deze vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen is het aanbieden van een verzekeringsoplossing helaas niet altijd mogelijk. Zij wijzen er op dat aan de grondslag van “verzekeren” een aantal rechtsregels en economische wetmatigheden liggen die absoluut geëerbiedigd moeten worden om het aanbieden van verzekeringen mogelijk te maken (en te houden).

Daarbij benadrukken zij dat het bestaan van een onzekere gebeurtenis, een wezenlijk element van de verzekering is (wat uitdrukkelijk wordt bevestigd in artikel 1, A en artikel 97 WLVO). Vertaald naar de schuldsaldoverzekering betekent dit dat er geen verzekering aangeboden kan wor-

La Commission a consacré 5 réunions à la discussion du code de bonne conduite.

Lors de la cinquième réunion, le 17 juin 2010, les représentants des entreprises d'assurances ont fait savoir que la décision avait été prise, au sein d'Assuralia, d'introduire un recours en annulation auprès de la Cour constitutionnelle contre la loi du 21 janvier 2010.

Les autres délégations représentées au sein de la Commission et les associations de patients ont déclaré que cette procédure ne constituait pas pour elles un obstacle à la poursuite des discussions devant déboucher sur l'élaboration d'un code de bonne conduite. Elles ont rappelé, à cet égard, que le législateur avait confié une mission à la Commission et que cette mission continuait à exister aussi longtemps que l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010, qui a introduit l'article 138ter-1, § 1er, dans la LCAT, n'était pas annulé et que le délai prévu par cet article n'avait pas expiré. Elles ont également souligné l'importance de ce code de bonne conduite pour les candidats à l'assurance.

Les représentants des entreprises d'assurances ont mis l'accent sur les imprécisions de la loi du 21 janvier 2010, constatées lors des discussions au sein de la Commission, et ont déclaré préférer attendre l'arrêt de la Cour constitutionnelle avant d'élaborer une proposition de code de bonne conduite, partant du point de vue que cet arrêt ferait la clarté sur la manière dont il convenait de lire la loi et sur le contenu du code de bonne conduite. Il a par conséquent été décidé de mettre un terme aux travaux de la Commission.

2.2. Le point de vue des différentes délégations

Les représentants des entreprises d'assurances affirment qu'ils comprennent parfaitement la finalité et l'importance sociale de la loi du 21 janvier 2010 et ils ne les contestent pas. Ils reconnaissent que l'assurabilité ou non de certaines personnes présentant un risque de santé accru soulève des questions au sein de la société. Malheureusement, il n'est pas toujours possible, selon eux, d'offrir une solution en termes d'assurance. Ces représentants font observer que le métier de l'assurance repose sur un certain nombre de règles de droit et d'exigences économiques qui doivent impérativement être respectées pour permettre (et maintenir) l'offre d'assurances.

Ils soulignent, à cet égard, que l'existence d'un événement incertain constitue un élément essentiel de l'assurance (ce que confirment explicitement l'article 1er, A, et l'article 97 de la LCAT). Traduit sur le plan de l'assurance du solde restant dû, ce principe signifie qu'il ne peut être of-

den indien het overlijden nakend is. Een verzekeringsonderneming dient dan ook vrij te kunnen beslissen of zij een verzekering aanbiedt (net zoals een kandidaat-verzekerde vrij mag beslissen of hij op dit aanbod ingaat). Bovendien wijzen zij er op dat de verzekeringsvoorwaarden en -tarieven steunen op een indeling van de verzekerden in homogene risicogroepen, waarbij de verzekeringspremie afgestemd is op het risicoprofiel van de kandidaat-verzekerde (cfr. art. 12 KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen). Personen met een hogere (lagere) overlijdenskans, betalen in deze zin een hogere (lagere) premie.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat de door de wet van 21 januari 2010 vastgestelde regeling zeer sterk ingrijpt op het métier van verzekeren en op verschillende vlakken haaks staat op de grondbeginselen van verzekeren. Om die reden hebben zij beslist om de vernietiging van de wet van 21 januari 2010 te vragen voor het Grondwettelijk Hof.

Zij stellen dat deze beslissing evenwel niets wijzigt aan het feit dat zij voorstander zijn van het uitwerken van een oplossing voor de personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Zij verwijzen daarvoor naar een voorstel (dat niet aan bod is gekomen in de werkzaamheden tot het opstellen van de gedragscode) dat grotendeels overeenstemt met het zogenaamde Voorstel-Assuralia dat eerder in de Commissie voor Verzekeringen werd besproken en waarover het advies [DOC-C-2009-1 van 25 juni 2009](#) over de problematiek van de verzekeraarbaarheid van personen met een verhoogd gezondheidsrisico: voorstel voor een tarifieringsbureau schuldsaldoverzekering, werd gegeven. Dit uitgewerkte voorstel omvat een stapsgewijze procedure die de kandidaat-verzekerde kan volgen ingeval een schuldsaldoverzekering wordt aangevraagd voor een hypothecair krediet voor het verwerven of verbouwen van de enige eigen woning, met de eventuele tussenkomst van een tarifieringsbureau. Om de behandeling van een aanvraag van een schuldsaldoverzekering transparanter te maken voor de kandidaat-verzekerde met een verhoogd gezondheidsrisico zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen ook bereid om termijnen na te leven voor het behandelen van de aanvraag voor een schuldsaldoverzekering, om de beslissingen van weigering van de schuldsaldoverzekering of tot toepassing van een medische bijpremie te motiveren op een duidelijke en begrijpelijke wijze en om zowel in het algemeen als op individueel niveau bekendheid te geven aan de voorgestelde oplossing van het tarifieringsbureau. Zij verwijzen ook naar de brochures die Assuralia heeft opgesteld betreffende medische standaardvragen en betreffende het gebruik van medische gegevens door verzekeringsondernemingen (www.assuralia.be).

fert d'assurance si le décès est imminent. Une entreprise d'assurances doit dès lors pouvoir décider librement d'offrir ou non une assurance (tout comme un candidat à l'assurance peut décider librement de répondre ou non à l'offre). Ces représentants font encore observer que les conditions et tarifs d'assurance reposent sur une répartition des assurés en groupes de risques homogènes, la prime d'assurance étant déterminée en fonction du profil de risque du candidat à l'assurance (cf. l'article 12 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances). Les personnes présentant un risque de décès plus (moins) élevé paient, dans ce sens, une prime plus (moins) élevée.

Les représentants des entreprises d'assurances estiment que le régime établi par la loi du 21 janvier 2010 s'immisce très fortement dans le métier de l'assurance et qu'il est à différents égards en contradiction flagrante avec les principes fondamentaux de l'assurance. C'est la raison pour laquelle ils ont décidé de demander l'annulation de la loi du 21 janvier 2010 devant la Cour constitutionnelle.

Ils affirment que cette décision ne change rien au fait qu'ils souhaitent la mise au point d'une solution pour les personnes présentant un risque de santé accru. Ils renvoient à cet égard à une proposition (dont il n'a pas été question lors des travaux menés dans le cadre de l'élaboration du code de bonne conduite) qui correspond en grande partie, à la proposition d'Assuralia qui avait déjà été discutée au sein de la Commission des Assurances et qui avait donné lieu à l'avis [DOC-C-2009-1 du 25 juin 2009](#) sur « l'assurabilité des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé : création d'un bureau de tarification pour les assurances solde restant dû ». Cette proposition prévoit une procédure par étapes que le candidat à l'assurance peut suivre dans l'hypothèse où il demande une assurance du solde restant dû pour un crédit hypothécaire contracté en vue de l'acquisition ou de la transformation d'une habitation propre et unique, avec l'intervention éventuelle d'un bureau de tarification. Afin que le traitement de la demande d'assurance du solde restant dû soit plus transparent pour le candidat présentant un risque de santé accru, les représentants des entreprises d'assurances sont également disposés à respecter certains délais pour le traitement de ce type de demande d'assurance, à motiver de manière claire et compréhensible leur décision éventuelle de refuser l'assurance ou d'appliquer une surprime médicale, et à communiquer, tant de manière générale qu'au candidat concerné, la solution proposée par le bureau de tarification. Ils se réfèrent également aux brochures établies par Assuralia concernant les questions types d'ordre médical et concernant l'utilisation de données médicales par les entreprises d'assurances (www.assuralia.be).

Deze alternatieve regeling is volgens de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen evenwichtig, uitvoerbaar en realistisch vanuit verzekeringstechnisch oogpunt. Aangezien het verzekeren van personen met een verhoogd gezondheidsrisico een maatschappelijke uitdaging is, is het voor hen ook belangrijk dat er een publiek-private samenwerking is. Voor hen is een medefinanciering door de overheid essentieel om de leefbaarheid van het tarifieringsbureau te waarborgen. Door de lasten te spreiden over de hele bevolking, via een tussenkomst van de overheid, kunnen bovendien ruimere verzekeringsoplossingen aangeboden worden aan personen met een verhoogd gezondheidsrisico (cfr. verzekering terrorisme of verzekering natuurrampen). Verder is het de taak van de overheid om te bepalen via welke werkwijze en tot welke hoogte zij financieel tussenkomt om de schuldsaldoverzekering betaalbaar te houden. De verzekeringssector kan een eventuele financiële tussenkomst niet verplicht ten laste nemen (tariefvrijheid, prudentiële regels, ...) en deze kan ook niet omgeslagen worden over de bestaande portefeuille van schuldsaldoverzekeringen, die immers een vaste premie voorzien over de hele duur van het lopende contract.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verkiezen een regeling via een gedragscode binnen de sector boven een wettelijke regeling. De ervaringen in Frankrijk, waar eveneens geopteerd werd voor een conventie, bevestigen volgens hen dat dit de aangewezen weg is om soepel en snel te kunnen inspelen op verbeteringen of verfijningen die in de praktijk voorgesteld kunnen worden.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en van de verbruikers betreuren dat er door het inleiden van de gerechtelijke procedure door Assuralia en het afbreken van het overleg in de Commissie veel tijd zal verloren gaan voor de personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Zij vrezen dat dit de uitvoering van de wet, die nu eindelijk belangrijke en langverwachte oplossingen biedt, zal vertragen. De vertraging betekent een zware ontgoocheling voor de kandidaat-verzekerden die omwille van gezondheidsredenen geen of slechts zeer moeilijk toegang krijgen tot de schuldsaldoverzekering voor de financiering van een woning en in de gedragscode een oplossing zien voor hun problemen om een schuldsaldoverzekeringsovereenkomst te kunnen onderschrijven. Zij menen ook dat de verzekeraars de besprekingen in de schoot van de Commissie voor Verzekeringen hadden kunnen gebruiken om te onderhandelen over mogelijke knelpunten van de wet van 21 januari 2010. Potentiële gebreken van de wet zouden ook kunnen bijgestuurd worden naar aanleiding van de tweejaarlijkse evaluatie die de wet voorziet en waaraan alle betrokken actoren (verzekeraars, verzeke-

Ce régime alternatif est, selon les représentants des entreprises d'assurances, équilibré, exécutable et réaliste du point de vue de la technique de l'assurance. Dès lors que le fait d'assurer les personnes présentant un risque de santé accru constitue un défi social, il est également important pour elles qu'il y ait une collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Un cofinancement par les pouvoirs publics est, pour elles, essentiel afin de garantir la viabilité du bureau de tarification. Si l'on répartit les charges sur l'ensemble de la population par le biais d'une intervention des pouvoirs publics, des solutions plus larges en termes d'assurance peuvent en outre être offertes aux personnes présentant un risque de santé accru (cf. l'assurance terrorisme et l'assurance catastrophes naturelles). Il appartient par ailleurs aux pouvoirs publics de déterminer selon quelles procédures et jusqu'à quel montant ils interviendront financièrement pour maintenir l'assurance du solde restant dû à un prix abordable. Pour plusieurs raisons (liberté tarifaire, règles prudentielles, ...), le secteur des assurances ne peut pas se voir obligé de prendre en charge une éventuelle intervention financière et celle-ci ne peut pas non plus être répartie sur l'ensemble des assurances du solde restant dû en cours, lesquelles prévoient en effet une prime fixe pour la durée totale du contrat.

Les représentants des entreprises d'assurances donnent la préférence à un régime mis en place par le biais d'un code de bonne conduite au sein du secteur plutôt qu'à un régime instauré par la loi. Un système tel que le système français, qui repose également sur l'adoption d'une convention, constitue selon eux la voie indiquée pour pouvoir répondre de manière souple et rapide aux ajustements ou affinements susceptibles d'être proposés dans la pratique.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs déplorent que le lancement d'une procédure judiciaire par Assuralia et la rupture de la concertation au sein de la Commission soient source d'une perte de temps considérable pour les personnes présentant un risque de santé accru. Ils craignent que cette situation ne ralentisse la mise en œuvre de la loi, qui apporte enfin des solutions importantes et attendues de longue date. Ce ralentissement ne peut que décevoir lourdement les candidats à l'assurance qui - pour des raisons de santé - n'ont pas accès ou n'ont que très difficilement accès à l'assurance du solde restant dû pour le financement d'une habitation et qui voient dans le code de bonne conduite une solution à leur difficulté de souscrire un contrat d'assurance du solde restant dû. Ces représentants estiment également que les assureurs auraient pu profiter des discussions menées au sein de la Commission des Assurances pour négocier les points d'achoppement possibles de la loi du 21 janvier 2010. Les lacunes potentielles de la loi peuvent par ailleurs être rectifiées à l'occasion de l'évaluation bisannuelle que la loi prévoit et à laquelle tous les acteurs con-

ringstussenpersonen, consumenten- en patiëntenvertegenwoordigers, ...) kunnen deelnemen.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en van de verbruikers zijn van mening dat het zeer voorbarig is om al uitspraken te doen over de impact van de nieuwe wettelijke regeling van de schuldsaldoverzekering op de sector, nu de limieten voor een maximum-premie nog moeten opgesteld worden, de verzekeraars als lid van het Opvolgingsbureau voor tarifiering mede de tarieven zullen kunnen bepalen en de Compensatiekas tot taak heeft de last van de bijpremies te verdelen (solidariteitsmechanisme). Over het alternatief voorstel van de verzekeraars en hun bemerkingen hierbij, ondermeer inzake het tarief van de herverzekeraars, verwijzen zij naar het advies DOC-C-2009-1 van 25 juni 2009 met toelichting waarom dit naar hun mening ontoereikend is. Ze merken op dat anderzijds verschillende elementen van dit voorstel werden opgenomen in de wet van 21 januari 2010.

Zij drukken de hoop uit dat de volgende regering de feitelijke inwerkingtreding van de wet verzekert door de nodige uitvoeringsbesluiten te nemen. Zij blijven bereid om hieraan constructief verder te werken zodra de werkzaamheden binnen de Commissie voor Verzekeringen hervat kunnen worden.

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers hadden een eerste voorstel van gedragscode uitgewerkt, dat ze bij het begin van de vergadering van 17 juni 2010 aan de Voorzitster overmaakten. Aangezien de werkzaamheden in de loop van die vergadering beëindigd werden, is dit voorstel niet overgemaakt aan de andere delegaties. Dit voorstel kan geraadpleegd worden op de websites www.abvv.be en www.acv-online.be.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen benadrukken dat er op dit ogenblik in de markt geen oplossing is voor de problemen waarmee personen met een verhoogd gezondheidsrisico geconfronteerd worden wanneer ze een schuldsaldoverzekeringsovereenkomst wensen af te sluiten. Deze vertegenwoordigers zijn dan ook vragende partij om voor deze problematiek een aanvaardbaar systeem uit te werken, dat voor rechtszekerheid kan zorgen. Bij het zoeken naar een oplossing dient voor hen rekening gehouden te worden met de ervaring dat bij moeilijk verzekerbare risico's de belangen van de verzekeringnemer vaak best gediend zijn door de flexibiliteit van onderhandelde en dus bemiddelde marktwerking. Dit geldt voor de premie, en zeker ook voor de dekkingsvoorwaarden. Zij vragen ook dat een mogelijke oplossing het vrij verkeer van diensten en de vrijheid van contracteren niet zou belemmeren.

cernés (assureurs, intermédiaires d'assurances, représentants des consommateurs et des patients, ...) pourront participer.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs estiment qu'il est tout à fait prématuré de se prononcer sur l'impact que le nouveau régime légal de l'assurance du solde restant dû aura sur le secteur, dans la mesure où les limites de la prime maximale doivent encore être établies, où les assureurs pourront, en tant que membres du Bureau du suivi de la tarification, participer à la fixation des tarifs et où la Caisse de compensation a pour mission de répartir la charge des surprimes (mécanisme de solidarité). S'agissant de la proposition alternative des assureurs et des remarques qu'ils ont formulées à ce sujet, concernant notamment le tarif des réassureurs, ces représentants renvoient à l'avis DOC-C-2009-1 du 25 juin 2009 qui explique pourquoi cette proposition est à leur avis inadéquate. Ils font observer que, d'un autre côté, plusieurs éléments de cette proposition ont été repris dans la loi du 21 janvier 2010.

Ces représentants formulent l'espoir que le prochain gouvernement assurera la mise en œuvre réelle de la loi en prenant les arrêtés d'exécution nécessaires. Ils sont disposés à continuer à travailler de manière constructive dans ce sens, dès que les travaux au sein de la Commission des Assurances pourront reprendre leur cours.

Certains représentants des consommateurs avaient élaboré une première proposition de code de bonne conduite, qu'ils avaient remise à la Présidente au début de la réunion du 17 juin 2010. Comme il a été mis fin aux travaux de la Commission au cours de cette réunion, cette proposition n'a pas été transmise aux autres délégations. Il est possible d'en prendre connaissance sur les sites www.fgtb.be et www.csc-en-ligne.be.

Les représentants des intermédiaires soulignent qu'il n'existe pas actuellement sur le marché de solution apte à pallier les problèmes auxquels sont confrontées les personnes présentant un risque de santé accru lorsqu'elles souhaitent conclure un contrat d'assurance du solde restant dû. Ces représentants souhaitent dès lors que l'on règle cette problématique en instaurant un système acceptable, qui apporte la sécurité juridique nécessaire. Pour trouver une solution, il convient selon eux de tenir compte de l'expérience qui montre que, dans le cas de risques difficilement assurables, la meilleure façon de servir les intérêts du preneur d'assurance est souvent de préserver la flexibilité du fonctionnement du marché que permettent la négociation et, partant, l'intermédiation. Cela vaut pour la prime, mais également pour les conditions d'assurance. Ils demandent également que la solution dégagée n'entrave pas la libre circulation des services et la liberté contractuelle.

3. DE PUNTEN VAN DE GEDRAGSCODE

Hierna volgt het overzicht van de interpretaties en voorstellen die tijdens de werkzaamheden door de verschillende delegaties van de Commissie en de betrokken organisaties werden meegedeeld, mondeling of in nota's, bij elk van de negen punten van de gedragscode zoals bepaald in artikel 138ter-1, §1 WLVO. Deze kunnen dienstig zijn voor de Koning bij het opstellen van een gedragscode. Zoals hierna ook vermeld wordt, is er niet voor alle punten overleg geweest in de schoot van de Commissie.

3.1 In welke gevallen en voor welk soort krediet of welke verzekerde bedragen moet de standaard medische vragenlijst worden ingevuld (138ter-1, §1, 1°, WLVO)

De inhoud van dit onderdeel houdt verband met het toepassingsgebied van de gedragscode.

Het toepassingsgebied ratione materiae van de gedragscode is omschreven in artikel 138ter-13 WLVO. Dit artikel bepaalt dat de artikelen 138ter-1 tot 138ter-12 van toepassing zijn op de verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling waarborgen van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer.

Er wordt vanuit gegaan dat dit de schuldsaldoverzekering als tijdelijke overlijdensdekking betreft die tot waarborg strekt van de terugbetaling van het krediet zoals bedoeld in artikel 6, §1, van de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet, namelijk het aangehechte contract van "schuldsaldoverzekering die het overlijden dekt ten einde contractueel de terugbetaling van het krediet te waarborgen". Met "krediet" worden de aflossingskredieten beoogd, gezien deze door de schuldsaldoverzekering gewaarborgd worden qua terugbetaling.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen wijzen er op dat een schuldsaldoverzekering in hoofdzaak dient ter bescherming van de kredietnemende partijen zelf (of althans de partner van de overledene). Een overlijden kan, bij afwezigheid van overlijdensdekking op het hoofd van de overledene, de andere partner in financiële moeilijkheden brengen, maar de kredietinstelling beschikt nog over de hypotheek. Wat verzekeringen betreft, is de brandverzekering voor de hypotheekonderneming van grotere waarde. Zij dient ter bescherming van de waarborg. In

3. LES POINTS DU CODE DE BONNE CONDUITE

Cette partie présente les interprétations et les propositions qui ont été communiquées, lors des travaux, par les différentes délégations représentées au sein de la Commission et par les organisations associées à ces travaux, que ce soit oralement ou par voie de notes, pour chacun des neuf points du code de bonne conduite tels qu'énumérés à l'article 138ter-1, § 1er, de la LCAT. Ces interprétations et ces propositions pourront être utiles au Roi lors de l'élaboration d'un code de bonne conduite. Comme expliqué ci-dessous, les points susvisés n'ont pas tous fait l'objet d'une concertation au sein de la Commission.

3.1 Dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété (article 138ter-1, § 1er, 1°, de la LCAT)

Ce point a trait au champ d'application du code de bonne conduite.

Le champ d'application ratione materiae du code de bonne conduite est défini à l'article 138ter-13 de la LCAT. Cet article dispose que les articles 138ter-1 à 138ter-12 sont d'application aux contrats d'assurance qui garantissent 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 preneur d'assurance.

L'on part du principe que cette disposition vise l'assurance du solde restant dû en tant que couverture décès temporaire servant de garantie au remboursement du crédit, telle que visée à l'article 6, § 1er, de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire, c'est-à-dire le contrat annexé consistant en «une assurance du solde restant dû couvrant le risque de décès, destinée conventionnellement à garantir le remboursement du crédit». Par «crédit», il faut entendre le crédit d'amortissement, puisque son remboursement est garanti par l'assurance du solde restant dû.

Les représentants des établissements de crédit soulignent qu'une assurance du solde restant dû sert essentiellement à protéger les parties emprunteuses elles-mêmes (ou du moins le partenaire de la personne décédée). Un décès peut, en l'absence de couverture décès sur la tête de la personne décédée, mettre l'autre partenaire dans des difficultés financières, mais l'établissement de crédit dispose encore de l'hypothèque. Du côté des assurances, c'est l'assurance incendie qui, pour l'entreprise hypothécaire, revêt la plus grande importance. Cette assurance sert à

geval van brand vermindert immers de waarde van de hypotheek waarborg en het voorrecht van de hypotheekschuldeiser op de vergoeding maakt het mogelijk, ofwel het hypotheekkrediet gedeeltelijk terug te betalen, ofwel het gehypotheekte goed in zijn oorspronkelijke staat te herstellen. Wanneer van de schuldsaldoverzekering echter een aangehecht contract wordt gemaakt, wordt deze verzekering een waarborg voor de kredietnemer en een bijkomende waarborg voor de kredietgever.

Dat het de eigen en enige gezinswoning betreft, kan de kredietgever op het ogenblik van het afsluiten van het krediet niet controleren of bevestigen. Daarom moet dit bewijs in een verklaring op eer opgenomen worden. Het moet gaan om de eigen en enige woning van de kredietnemer- en dit overeenkomstig de voorwaarden uit de fiscale wetgeving. Het betreft dus de enige woning die de kredietnemer zelf betreft.

Voor de omschrijving van het toepassingsgebied ratione personae waren in de Commissie twee strekkingen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en patiëntenverenigingen stellen dat de gedragscode en de standaard medische vragenlijst dienen gebruikt te worden voor alle kandidaat-verzekerden van een schuldsaldoverzekering die onder het toepassingsgebied ratione materiae van artikel 138ter-13 WLVO vallen. Zij zijn van oordeel dat pas kan geoordeeld worden dat een kandidaat-verzekerde een verhoogd gezondheidsrisico heeft nadat deze een medische vragenlijst heeft ingevuld en op basis hiervan de verzekeraar een (eerste) beoordeling heeft gemaakt.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen stellen dat alleen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico de standaard medische vragenlijst en de gedragscode zal gelden. Deze leden zijn van oordeel dat de wetgever aan de Commissie een bijzondere en beperkte opdracht heeft gegeven. Zij verwijzen naar de tituluur van de wijzigende wet van 21 januari 2010 die in artikel 138ter-1 vermeld wordt en die bepaalt dat het om personen met een verhoogd gezondheidsrisico gaat, alsook naar de bewoordingen van artikel 138ter-1, §1, 8° WLVO. Het toepassingsgebied van de gedragscode kan naar hun mening niet losgekoppeld worden van de overige bepalingen tot regeling van de toegang tot een schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd risico.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen zijn van oordeel dat de gedragscode alleen van toepassing is voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Voor de verdere werkzaamheden van de Commissie werd

protéger la garantie. En cas d'incendie, la valeur de la garantie hypothécaire diminue en effet et le privilège du créancier hypothécaire sur l'indemnité permet, soit de rembourser partiellement le crédit hypothécaire, soit de rétablir dans son état initial le bien hypothéqué. Lorsque, toutefois, l'assurance du solde restant dû est transformée en un contrat annexé, cette assurance devient une garantie pour l'emprunteur et une garantie supplémentaire pour le prêteur.

Le fait qu'il s'agisse bien de l'habitation propre et unique de l'emprunteur ne peut être contrôlé ni confirmé par le prêteur au moment de la conclusion du crédit. C'est la raison pour laquelle l'emprunteur doit l'attester dans une déclaration sur l'honneur. Il doit s'agir de l'habitation propre et unique de l'emprunteur, conformément aux conditions prévues par la législation fiscale. Autrement dit, il doit s'agir de la seule habitation dans laquelle l'emprunteur en question s'installe.

S'agissant de la définition du champ d'application ratione personae, deux tendances se sont dessinées au sein de la Commission.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients soutiennent que le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé doivent être utilisés pour tous les candidats à la souscription d'une assurance du solde restant dû tombant dans le champ d'application ratione materiae de l'article 138ter-13 de la LCAT. Ils estiment que l'on ne peut juger qu'un candidat à l'assurance présente un risque de santé accru que s'il a complété un questionnaire médical et que l'assureur a, sur cette base, procédé à une (première) évaluation du risque.

Les représentants des intermédiaires allèguent que le questionnaire médical standardisé et le code de bonne conduite ne s'appliqueront qu'aux personnes présentant un risque de santé accru. Ces représentants estiment que la mission particulière que le législateur a confiée à la Commission a une portée limitée. Ils se réfèrent à cet égard à l'intitulé de la loi modificative du 21 janvier 2010, qui est mentionné à l'article 138ter-1 et dont il ressort que cette loi vise les personnes présentant un risque de santé accru, ainsi qu'aux termes de l'article 138ter-1, § 1er, 8°, de la LCAT. Le champ d'application du code de bonne conduite ne peut, selon eux, être dissocié de celui des autres dispositions régissant l'accès à l'assurance du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Les représentants des établissements de crédit sont d'avis que le code de bonne conduite s'applique uniquement aux personnes présentant un risque de santé accru.

Avant d'adopter un point de vue sur la question, la Com-

er voor gekozen om, alvorens hierover een standpunt in te nemen, de bespreking van de gedragscode verder te zetten vanuit de hypothese dat zowel de standaard medische vragenlijst als de gedragscode gelden voor alle kandidaat-verzekerden van schuldsaldoverzekeringen die onder het toepassingsgebied van artikel 138ter-13 WLVO vallen.

In ieder geval blijft onzekerheid over wat dient verstaan te worden onder het begrip "personen met een verhoogd gezondheidsrisico", nu de wet van 21 januari 2010 hiervan geen nadere definitie, noch omschrijving geeft. De vertegenwoordigers van de tussenpersonen zijn van mening dat niet op unieke wijze kan gedefinieerd worden wat een verhoogd gezondheidsrisico is. Volgens hen moeten verschillen naar gelang de betrokken verzekeringsonderneming mogelijk blijven en dit om de vrije concurrentie te vrijwaren. Er kan wel via algemene richtlijnen bepaald worden dat er sprake is van een verhoogd gezondheidsrisico wanneer een schuldsaldoverzekering door de verzekeraar, omwille van de gezondheidstoestand, geweigerd wordt of enkel aanvaard wordt met bepaalde bijpremie of enkel aanvaard wordt met bepaalde uitsluiting(en).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat de standaard medische vragenlijst alleen verplicht kan gelden voor een standaardsituatie. De vertegenwoordigers van de tussenpersonen zijn voorstander om het gebruik van de standaard medische vragenlijst te beperken tot schuldsaldoverzekeringen met een maximaal verzekerd bedrag. Zij verwijzen in dit opzicht ook naar voormeld advies DOC-C-2009-1 van de Commissie waarin de toepassing van een maximaal verzekerd bedrag wordt gemotiveerd.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de verbruikers stellen dat de wetgever niet de bedoeling heeft gehad om verzekeringsondernemingen die op dit ogenblik kandidaat-verzekerden aanvaarden zonder vooraf een medische vragenlijst voor te leggen, maar bv. enkel op basis van een verklaring op erewoord, te verplichten een medische vragenlijst te gebruiken. Zodra evenwel de verzekeringsonderneming gebruik maakt van een medische vragenlijst, pleiten zij voor het gebruik van een standaard medische vragenlijst voor alle aanvragen voor een schuldsaldoverzekering en dit ongeacht het verzekerd bedrag of de leeftijd van de kandidaat-verzekerde.

Met het oog op het totstandkomen van een gedragscode binnen de Commissie, waren deze vertegenwoordigers bereid tot een compromis inzake het toepassingsgebied ratio personae van de standaard medische vragenlijst, mits volgende twee aanpassingen. Ten eerste, wanneer er voor de bepaling van de standaardsituatie zou geopteerd worden om het gebruik van de standaard medische vragenlijst te beperken tot aanvragen van een schuldsaldoverzekering

mission a décidé de poursuivre ses débats sur le code de bonne conduite en partant de l'hypothèse que tant le questionnaire médical standardisé que le code de bonne conduite s'appliqueront à tous les candidats à la souscription d'une assurance du solde restant dû tombant dans le champ d'application de l'article 138ter-13 de la LCAT.

La notion de «personnes présentant un risque de santé accru» n'en reste pas moins confuse, étant donné que la loi du 21 janvier 2010 n'en donne ni une définition précise, ni une description. Les représentants des intermédiaires estiment que l'on ne peut imposer une définition unique du «risque de santé accru». Des différences entre les entreprises d'assurances doivent, selon eux, pouvoir subsister, afin de préserver la libre concurrence. L'on pourrait, en revanche, préciser par voie d'instructions générales qu'il est question d'un risque de santé accru lorsqu'une assurance du solde restant dû est, en raison de l'état de santé de l'intéressé, refusée par l'assureur ou uniquement acceptée par ce dernier moyennant l'imputation d'une surprime ou l'exclusion de certains risques.

Les représentants des entreprises d'assurances estiment que le questionnaire médical standardisé ne peut être imposé que dans une situation standard. Les représentants des intermédiaires souhaitent que l'utilisation du questionnaire médical standardisé soit limitée aux assurances du solde restant dû couvrant un montant maximum déterminé. Ils se réfèrent à cet égard à l'avis DOC-C-2009-1 précité, dans lequel la Commission motive l'application d'un montant assuré ne dépassant pas un certain plafond.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs affirment que le législateur n'a pas eu l'intention d'imposer l'usage d'un questionnaire médical aux entreprises d'assurances qui, à l'heure actuelle, acceptent des candidats à l'assurance sans leur faire préalablement remplir un tel questionnaire, mais en leur demandant par exemple simplement une déclaration sur l'honneur. En revanche, ils plaident pour que toute entreprise d'assurances, dès le moment où elle utilise un questionnaire médical, fasse usage d'un questionnaire médical standardisé pour toutes les demandes d'assurance du solde restant dû, quel que soit le montant assuré ou l'âge du candidat à l'assurance.

Pour permettre l'élaboration d'un code de bonne conduite au sein de la Commission ces représentants étaient disposés à accepter un compromis concernant le champ d'application ratio personae du questionnaire médical standardisé, à condition qu'il soit procédé à deux adaptations. Premièrement, si l'on choisit de limiter l'utilisation du questionnaire médical standardisé aux demandes d'assurance du solde restant dû en retenant, pour détermi-

met een bepaald maximaal verzekerd bedrag, vragen zij dat dit verzekerd bedrag geïndexeerd wordt op basis van de Abex-index. Er wordt geopteerd voor de Abex-index omdat de verzekering en de lening betrekking heeft op het verwerven van een onroerend goed.

Ten tweede, wanneer er voor de bepaling van de standdaardsituatie zou geopteerd worden om een leeftijdscriterium toe te passen, kunnen zij niet akkoord gaan met de voorwaarde die de leeftijd van de kandidaat-verzekerde op het ogenblik van het onderschrijven van de verzekeringsovereenkomst als criterium neemt voor het gebruik van de standaard medische vragenlijst. Enkel diens wettelijke pensioenleeftijd gecombineerd met de looptijd van de overeenkomst zou kunnen toegepast worden. Zij wijzen erop dat men niet kan uitgaan van een standaardhypothese waarbij de looptijd van een schuldsaldoverzekerings 20 jaar bedraagt. Deze vertegenwoordigers verwijzen daarbij naar de huidige sociale realiteit waarbij steeds meer personen ouder dan 45 jaar voor de enige woning (eerste of vervanging) een lening aangaan en de looptijd van deze lening zal onvermijdelijk korter zijn dan 20 jaar.

Nu de Commissie echter geen gedragscode heeft kunnen opstellen, herhalen deze vertegenwoordigers hun oorspronkelijk standpunt dat er geen fundamentele verantwoording is voor discriminatie op het vlak van leeftijd noch voor het toepassen van een maximumbedrag.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding wijst bovendien op art. 7 van de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie waarin wordt bepaald dat een onderscheid dat wordt gemaakt op grond van leeftijd, 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.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de verbruikers aanvaarden dat voor de niet-standaardsituatie, d.w.z. de gevallen die niet voldoen aan de desgevallend uitgewerkte criteria voor de toepassing van de standaard medische vragenlijst, bijkomende vragen kunnen gesteld worden en dit op voorwaarde dat deze bijkomende vragen ook alle geldende wetten respecteren.

3.2 De inhoud van de standaard medische vragenlijst (art. 138ter-1, §1, 2°, WLVO)

Voor het uitwerken van de standaard medische vragenlijst is de Commissie in haar werkzaamheden uitgegaan van de vragen die zijn opgenomen in de Assuralia-brochure 2009 "Lijst met medische standaardvragen die de verzekeringsonderneming aan kandidaat-verzekerden stelt" (zie www.assuralia.be). Deze (niet-limitatieve) lijst met medi-

ner la situation standard, le critère du montant maximum assuré, ils demandent que ce montant assuré soit indexé sur la base de l'indice ABEX. Le choix de l'indice ABEX s'explique par le fait que l'assurance et le prêt portent sur l'acquisition d'un bien immobilier.

Deuxièmement, si l'on choisit de régler l'utilisation du questionnaire médical standardisé en retenant, pour déterminer la situation standard, le critère de l'âge, ils ne peuvent marquer leur accord sur le fait que l'on se base sur l'âge du candidat-assuré au moment de la souscription du contrat d'assurance. Seul l'âge légal de la pension, combiné à la durée du contrat, pourrait être appliqué. Ces représentants font observer que l'on ne peut partir de l'hypothèse type selon laquelle la durée d'une assurance du solde restant dû s'élève à 20 ans. Ils se réfèrent à cet égard à la réalité sociale actuelle où l'on voit de plus en plus de personnes de plus de 45 ans contracter un emprunt pour une habitation unique (première ou destinée à en remplacer une autre) et où la durée de l'emprunt sera inévitablement inférieure à 20 ans.

Dès lors que la Commission n'a pas pu établir de code de bonne conduite, ces représentants reviennent à leur point de vue initial, selon lequel rien ne justifie fondamentalement que l'on opère une discrimination en fonction de l'âge ou que l'on applique un montant maximum.

Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme attire de son côté l'attention sur l'article 7 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, article qui précise que toute distinction directe fondée sur l'âge 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.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs acceptent que, dans le cas d'une situation non standard, c'est-à-dire ne répondant pas aux critères retenus pour l'application du questionnaire médical standardisé, des questions supplémentaires puissent être posées, à condition que ces questions respectent également toutes les lois en vigueur.

3.2 Le contenu du questionnaire médical standardisé (article 138ter-1, § 1er, 2°, de la LCAT)

Pour élaborer le questionnaire médical standardisé, la Commission est partie, dans ses travaux, des questions figurant dans la brochure Assuralia 2009 intitulée «Liste des questions types d'ordre médical posées au candidat-assuré par l'entreprise d'assurances» (voir www.assuralia.be). Cette liste (non limitative) de questions types

sche standaardvragen dient als model voor de individuele verzekeringsondernemingen.

Tijdens de besprekingen werd de inhoud van deze vragen en de medische relevantie ervan bij de beoordeling van het risico in persoonsverzekeringen, toegelicht door raadsgeneesheren van verzekeringsondernemingen.

Aan de vertegenwoordigers van de verschillende delegaties werd gevraagd om op basis van het huidige wettelijke kader (onder meer op basis van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de wet van 6 april 2010 betreffende de marktpraktijken en consumentenbescherming), bij de diverse (medische en administratieve) vragen uit deze vragenlijst concrete, gemotiveerde bemerkingen en/of voorstellen tot aanpassing te formuleren. Deze opmerkingen (gesteund op wetgeving en rechtspraak) zijn overgemaakt aan de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen die de bemerkingen hebben bestudeerd en een gemotiveerd antwoord hebben verstrekt.

Het toepassingsgebied van deze vragen uit deze Assuralia-brochure 2009 omvat het ruimere domein van de persoonsverzekeringen. Het toepassingsgebied van de standaard medische vragenlijst blijft echter beperkt tot de schuldsaldoverzekeringen die onder het toepassingsgebied van art. 138ter-13 WLVO vallen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de finaliteit van de vragenlijst bestaat in het helpen van de kandidaat-verzekerde bij het vervullen van zijn verplichting vervat in artikel 5 WLVO, namelijk het risico correct omschrijven. De evaluatie van het risico gebeurt door de raadsgeneesheer op basis van de door de kandidaat-verzekerde verstrekte informatie waarbij de gezondheidstoestand globaal wordt beoordeeld. Zij zijn geen voorstander van "gesloten" vragen. Immers, de medische wetenschap, de soorten sporten en hobby's die beoefend worden, evolueren voortdurend waardoor het niet mogelijk is om dit op adequate wijze op te volgen in gesloten vragen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen menen dat de vragenlijst beperkt dient te worden tot duidelijke en nauwkeurige vragen over het gezondheidsrisico. Het doel van die vragen is na te gaan of een extra onderzoek nodig is opdat de verzekeraar het risico zou kunnen beoordelen. Voor de kandidaat-verzekerde dient er zekerheid te zijn dat hij voldoende en correcte informatie heeft verstrekt en niet het risico blijft lopen dat de verzekeraar de nietigverklaring van de over-

d'ordre médical sert de modèle pour chaque entreprise d'assurances.

Lors des discussions, le contenu de ces questions et leur pertinence médicale pour l'appréciation du risque dans les assurances de personnes ont été commentés par des médecins-conseils d'entreprises d'assurances.

Les représentants des différentes délégations ont été invités à formuler, sur la base du cadre légal actuel (notamment la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur), des remarques et/ou des propositions d'adaptation concrètes et motivées pour les différentes questions (médicales et administratives) figurant dans ce questionnaire. Ces observations (fondées sur la législation et la jurisprudence) ont été transmises aux représentants des entreprises d'assurances qui les ont étudiées et ont formulé une réponse motivée.

Les questions contenues dans la brochure Assuralia 2009 portent sur le domaine plus vaste des assurances de personnes. Le champ d'application du questionnaire médical standardisé reste, en revanche, limité aux assurances du solde restant dû tombant sous le coup de l'article 138ter-13 de la LCAT.

Les représentants des entreprises d'assurances font observer que la finalité du questionnaire est d'aider le candidat-assuré à accomplir l'obligation qui lui incombe en vertu de l'article 5 de la LCAT, à savoir décrire correctement le risque qui le caractérise. L'appréciation de ce risque est opérée par le médecin-conseil sur la base des informations fournies par le candidat-assuré, dont l'état de santé est évalué dans sa globalité. Ces représentants ne sont pas partisans de questions « fermées ». En effet, la science médicale ainsi que les types de sports et de hobbies pratiqués évoluant sans cesse, il n'est pas possible de suivre la situation de manière adéquate si l'on met en place des questions fermées.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients estiment que le questionnaire doit se borner à poser des questions claires et précises sur le risque de santé encouru. Le but de ces questions est de vérifier si un examen complémentaire est nécessaire pour que l'assureur puisse apprécier le risque. Le candidat-assuré doit, de son côté, être certain d'avoir fourni une information suffisante et correcte, et de ne pas courir le risque que l'assureur demande l'annulation du contrat pour cause d'omission

eenkomst vordert wegens opzettelijke verzwijging, of dat enige sanctionering wegens onopzettelijke verzwijging wordt toegepast. In die optiek vragen deze vertegenwoordigers dat zou gewerkt worden met "gesloten" vragen. Zij zijn van oordeel dat een kandidaat-verzekerde geen zekerheid heeft bij het gebruik van "open" vragen. Zij vragen te streven naar zekerheid voor de verzekeraar én voor de kandidaat-verzekerde.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen pleiten voor één standaard medische vragenlijst met een maximaal aantal vragen. De betrokken verzekeringsonderneming kan, per verzekeringsaanvraag, uit deze standaard medische vragenlijst kiezen welke en hoeveel vragen zij wenst te stellen. De gedragscode dient geen verplichting op te leggen om de standaard medische vragenlijst te gebruiken in situaties waarin er naar de huidige praktijk een verzekering wordt gesloten zonder medische vragenlijst. Op die manier blijven er tevens voldoende negotiatiemogelijkheden bestaan voor verzekeringsstussenpersonen. Indien een verzekeringsonderneming werkt met een beperkte gezondheidsverklaring, vragen zij dat de kandidaat-verzekerde grondig zou worden geïnformeerd over zijn mededelingsplichten.

Deze vertegenwoordigers vragen ook het engagement van de verzekeringsstussenpersonen om de kandidaat-verzekerden grondig te informeren over de mededelingsplicht. Veel kandidaten weten immers niet welke informatie relevant kan zijn voor de verzekeraar om het risico te beoordelen en kunnen dan ook bij het ondertekenen van een gezondheidsverklaring bepaalde zaken over het hoofd zien die gemeld dienden te worden.

Om die reden dient volgens hen de verzekeraar zelf het risico te dragen van het verzuim van het voorleggen van de standaard vragenlijst en kan deze de verzwijging niet meer inroepen voor deze vragen van de standaard vragenlijst waarvan de verzekeraar zelf oordeelde om deze niet voor te leggen aan de kandidaat-verzekerde.

De vertegenwoordigers van de tussenpersonen beamen dat het de wettelijke plicht van de verzekeringsstussenpersoon is om de kandidaat-verzekerden grondig te informeren, dus ook over de mededelingsplicht. In het kader van een schuldsaldoverzekering is het inderdaad van belang dat een kandidaat-verzekerde de relevante informatie waarover hij beschikt, meedeelt en specificeert. Het is de taak van de verzekeringsstussenpersoon de klant op deze mededelingsplicht te wijzen, maar de verzekeringsstussenpersoon kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor informatie die zijn klant niet zou hebben meegedeeld aan de verzekeraar. Bij de uitoefening van zijn activiteiten dient de verzekeringsstussenpersoon ook rekening te houden met de wet, ondermeer met de wet van 8 december 1992 tot

intentionnelle ou qu'une quelconque sanction soit appliquée pour cause d'omission non intentionnelle. Dans cette optique, ces représentants demandent que l'on opère avec des questions « fermées ». Ils estiment qu'un candidat à l'assurance ne peut acquérir la certitude requise si on lui soumet des questions « ouvertes ». Ils demandent de chercher à instaurer cette certitude tant pour l'assureur que pour le candidat-assuré.

Les représentants des consommateurs et des associations de patients plaident pour l'adoption d'un seul questionnaire médical standardisé comportant un nombre maximal de questions. Chaque entreprise d'assurances pourra, par demande d'assurance, choisir dans ce questionnaire médical standardisé les questions qu'elle souhaite poser et en déterminer le nombre. Le code de bonne conduite ne doit pas imposer l'utilisation du questionnaire médical standardisé dans les situations où il est d'usage, selon la pratique actuelle, de conclure une assurance sans recourir à un questionnaire médical. Les intermédiaires d'assurances conservent ainsi une marge de négociation suffisante. Ces représentants demandent que si l'entreprise d'assurances opère avec une déclaration de santé limitée, le candidat-assuré soit pleinement informé de son obligation de déclaration.

Ces représentants demandent en outre que les intermédiaires d'assurances s'engagent eux aussi à informer pleinement les candidats-assurés de leur obligation de déclaration. En effet, de nombreux candidats ne savent pas quelles sont les informations pertinentes à fournir pour permettre à l'assureur d'apprécier le risque et peuvent dès lors oublier de signaler certaines choses lors de la signature d'une déclaration de santé.

Ils estiment, pour ce motif, que c'est à l'assureur d'assumer le risque résultant de la non-utilisation du questionnaire standardisé. Ce dernier ne peut plus invoquer l'omission dans le chef du candidat-assuré pour les questions du questionnaire standardisé qu'il n'a pas jugé nécessaire de lui soumettre.

Les représentants des intermédiaires reconnaissent qu'il est du devoir légal de l'intermédiaire d'assurances d'informer pleinement les candidats-assurés, notamment sur leur obligation de déclaration. Dans le cadre d'une assurance du solde restant dû, il est en effet important qu'un candidat-assuré communique, de manière détaillée, les informations pertinentes dont il dispose. S'il est clair qu'il appartient à l'intermédiaire d'assurances d'attirer l'attention du client sur cette obligation de déclaration, il ne peut pas pour autant être tenu responsable de la non-communication éventuelle d'informations à l'assureur par le client. Dans l'exercice de ses activités, l'intermédiaire d'assurances doit également tenir compte de la législation, en particulier de la loi du 8 décembre 1992 relative à la

bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, waardoor hij vaak geen kennis kan krijgen of krijgt van de medische informatie.

3.3 Op welke wijze houden de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toekennen van de verzekering en het bepalen van de premie rekening met de vragenlijst (138ter-1, §1, 3°, WLVO)

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen stellen dat art. 138ter-1, §1, 3° WLVO een individuele motiveringsplicht oplegt aan de verzekeringsonderneming ten aanzien van de kandidaat-verzekerde die zich toespitst op de bijpremie en de reden van weigering betreffende de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde. Deze individuele motiveringsplicht heeft tot doel dat de kandidaat-verzekerde de redenen begrijpt waarom een bepaalde aandoening of gezondheidsfactor van hem een verhoogd gezondheidsrisico vormt. Op basis van deze motivering heeft hij de mogelijkheid om informatie op te zoeken of op te vragen en de verzekeraar bijkomende informatie te geven over zijn gezondheidstoestand zodat een herziening van de risicobeoordeling door de verzekeraar mogelijk wordt. De motivering omvat de referentie van de pertinente, recente, relevante en accurate studies/statistieken. Deze vertegenwoordigers vragen dat ook de contactgegevens van de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming worden vermeld, opdat de kandidaat-verzekerde of zijn arts zonder problemen met hem/haar contact kan opnemen voor bijkomende toelichting. De verzekeraar dient de beslissing en de voornoemde motivering duidelijk, op begrijpelijke wijze en uitdrukkelijk per brief of mail mee te delen.

Sommige vertegenwoordigers van de verbruikers wensen dat de verzekeraar in de motivering meer precieze informatie geeft over de gevraagde bijpremie, in het bijzonder welk deel van die bijpremie toegewezen wordt aan de ervarings- en sterftetafels, welk deel aan de kosten voor de verzekeraar en voor de tussenpersonen en welk deel aan veiligheidsmarges.

De vertegenwoordigers van de Ombudsman van de Verzekeringen en van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding hebben het vraagstuk van de individuele motivering ten aanzien van de kandidaat-verzekerde bestudeerd vanuit de door hen onderhandelde klachten. Deze vertegenwoordigers menen dat de motiveringsplicht van de artikelen 138ter-1, §1, 3° en 138ter-2 van de wet van 21 januari 2010 dient ingevuld te worden overeenkomstig de Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie (hierna, "de anti-discriminatiwet"). Deze motiveringsplicht moet het mogelijk maken om in concreto te onderzoeken of de verze-

protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, de sorte qu'il arrive souvent qu'il n'aie pas ou ne puisse pas prendre connaissance des informations médicales.

3.3 La manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime (article 138ter-1, § 1er, 3°, de la LCAT)

Les représentants des consommateurs et des associations de patients soutiennent que l'article 138ter-1, § 1er, 3°, de la LCAT impose à l'entreprise d'assurances l'obligation de motiver, à l'intention du candidat-assuré concerné, la décision qu'elle a prise de lui imputer une surprime ou de lui refuser l'assurance en raison de son état de santé. Cette obligation de motivation individuelle a pour but de faire comprendre au candidat-assuré les raisons pour lesquelles une affection ou un facteur de santé déterminé constitue, dans son chef, un risque de santé accru. Se fondant sur cette motivation, le candidat-assuré a la possibilité de rechercher ou de demander des informations et de fournir à l'assureur des renseignements complémentaires sur son état de santé, permettant ainsi à ce dernier de procéder à une nouvelle appréciation du risque. La motivation de la décision doit comporter une référence à des études et/ou statistiques pertinentes, récentes et précises. Ces représentants demandent que les coordonnées du médecin-conseil de l'entreprise d'assurances y soient également mentionnées, afin que le candidat-assuré ou son médecin puisse aisément prendre contact avec lui pour obtenir des explications supplémentaires. L'assureur doit communiquer sa décision et la motivation qui l'accompagne de manière claire, compréhensible et explicite, par lettre ou par e-mail.

Certains représentants des consommateurs souhaitent que l'assureur fournisse, dans la motivation de sa décision, des informations plus précises sur la surprime demandée, en indiquant notamment quelle partie de cette surprime sera affectée aux tables d'expérience et de mortalité, quelle partie le sera aux frais pour l'assureur et les intermédiaires, et quelle partie aux marges de sécurité.

Les représentants de l'Ombudsman des Assurances et du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme ont analysé la question de la motivation individuelle de la décision à l'égard du candidat-assuré en partant des plaintes qu'ils sont amenés à traiter. Ces représentants estiment que l'obligation de motivation prévue par les articles 138ter-1, § 1er, 3°, et 138ter-2 de la loi du 21 janvier 2010 doit être accomplie conformément aux dispositions de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination (ci-après « la loi anti-discrimination »). Cette obligation de motivation doit permettre d'examiner concrètement si l'assureur a satisfait

keraar aan de rechtvaardigingsverplichting vooropgesteld door de antidiscriminatiwet heeft voldaan. Op basis van de door de verzekeraar verstrekte gegevens moet aldus kunnen nagegaan worden of de gezondheidstoestand een doorslaggevende factor was bij de beoordeling van het risico en bijgevolg een objectief significant hoger risico vormt, of de door de verzekeraar en herverzekeraar gehanteerde gegevens accuraat, recent en relevant zijn en of het gehanteerde onderscheid een legitiem doel dient, en passend en noodzakelijk is om dit doel te bereiken en er geen mogelijkheid tot een alternatieve oplossing is.

Deze vertegenwoordigers zijn van oordeel dat de betrokken verzekeringsonderneming bij de beoordeling van de verzekeringsaanvraag idealiter rekening houdt met het bedrag van het verzekerd kapitaal, de duur van de overeenkomst, de leeftijd van de kandidaat-verzekerde, diens gezondheidstoestand en of deze kandidaat alleenstaand is. De noodzakelijkheid en de objectiviteit van zijn beslissing tot weigering van dekking, toepassing van een bijpremie of van een uitsluiting moet de verzekeraar rechtvaardigen op basis van wettelijk erkende sterftetafels en recente, relevante en accurate wetenschappelijke studies. De motivering die aan de kandidaat-verzekerde wordt gegeven moet enerzijds begrijpbaar en niet te overweldigend zijn en anderzijds objectieve elementen bevatten. Het lijkt voor deze vertegenwoordigers aangewezen dat exacte referenties worden gegeven van studies of statistieken waarop de verzekeringsonderneming zich steunt, zodat de kandidaat-verzekerde die meer informatie wenst zelf de nodige navraag kan doen. In die optiek steunen deze vertegenwoordigers ook de vraag van de patiënten- en verbruikersverenigingen om de contactgegevens mee te delen van de raadsgeneesheer.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn daarentegen van oordeel dat het derde onderdeel van de gedragscode zoals bepaald in artikel 138ter-1, §1, 3° WLVO enkel een omschrijving van de algemene acceptatiepolitiek van de verzekeraar vereist en dat de individuele motivering niet in de gedragscode moet uitgewerkt worden. Zij erkennen dat artikel 138ter-2 WLVO een individuele motiveringsplicht oplegt aan de verzekeraar ten aanzien van de kandidaat-verzekerde. Deze plicht dient echter niet opgenomen te worden in de gedragscode zoals voorzien door art. 138ter-1 WLVO. Ook al is dit onderwerp geen discussiematerie voor de Commissie bij het opstellen van een gedragscode, toch kunnen zij zich erin vinden dat de verzekeraar zijn beslissing om geen schuldsaldoverzekering aan te bieden aan een persoon met een verhoogd gezondheidsrisico of mits betaling van een bijpremie, op een duidelijke en voor de kandidaat-verzekerde begrijpelijke wijze motiveert en daarbij aangeeft door welke aandoening hij in casu een verhoogd overlijdensrisico vertoont. Zij verwerpen evenmin de mogelijkheid dat de verzekerde die dat wenst, zelf of via zijn

à l'obligation de justification imposée par la loi anti-discrimination. Sur la base des données fournies par l'assureur, il doit ainsi être possible de vérifier si l'état de santé était un facteur déterminant lors de l'appréciation du risque et constitue dès lors un risque plus élevé significatif et objectif, si les données utilisées par l'assureur et le ré-assureur sont précises, récentes et pertinentes et si la distinction opérée sert un but légitime, est appropriée et nécessaire pour atteindre ce but et ne laisse pas place à une solution alternative.

Ces représentants sont d'avis que l'entreprise d'assurances concernée, lors de l'appréciation de la demande d'assurance, doit idéalement tenir compte du montant du capital assuré, de la durée du contrat, de l'âge du candidat-assuré, de son état de santé et de sa situation ou non de personne isolée. L'assureur doit justifier la nécessité et l'objectivité de sa décision de refus de couverture, d'imputation d'une surprime ou d'exclusion de certains risques sur la base de tables de mortalité légalement reconnues et d'études scientifiques récentes, pertinentes et précises. La motivation donnée au candidat-assuré doit, d'une part, être compréhensible et rester simple, et, d'autre part, contenir des éléments objectifs. Ces représentants estiment indiqué que l'entreprise d'assurances fournisse les références exactes des études ou des statistiques sur lesquelles elle s'est fondée, de façon à ce que le candidat-assuré qui le souhaite puisse rechercher des informations supplémentaires. Dans cette optique, ces représentants soutiennent également la demande des associations de patients et de consommateurs visant la communication des coordonnées du médecin-conseil.

Les représentants des entreprises d'assurances pensent, en revanche, que le troisième point du code de bonne conduite, tel qu'énoncé à l'article 138ter-1, § 1er, 3°, de la LCAT, exige uniquement une description de la politique d'acceptation générale de l'assureur et que la question de la motivation individuelle ne doit pas être traitée dans le cadre du code de bonne conduite. Ils reconnaissent que l'article 138ter-2 de la LCAT impose à l'assureur une obligation de motivation individuelle à l'égard du candidat-assuré. Cette obligation ne doit toutefois pas être intégrée dans le code de bonne conduite, tel que prévu par l'article 138ter-1 de la LCAT. Même si ce sujet ne constitue pas une matière à débattre par la Commission lors de l'élaboration du code de bonne conduite, ils déclarent accepter l'idée que l'assureur motive sa décision de ne pas offrir d'assurance du solde restant dû, ou de n'offrir celle-ci que moyennant le paiement d'une surprime, à une personne présentant un risque de santé accru, d'une manière claire et compréhensible pour le candidat-assuré et qu'il indique à cet égard l'affection faisant en sorte que ce dernier présente un risque de décès accru. Ils ne rejettent pas

eigen arts, schriftelijk bijkomende inlichtingen zou kunnen vragen aan de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming over de genomen beslissing.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen een gedetailleerde splitsing van de premiecomponenten af omdat deze in geen enkel verband staat tot het doel van de wet dat er in bestaat de toegankelijkheid van de schuldsaldoverzekerings te verhogen.

3.4 In welke gevallen mogen de verzekeraars een bijkomend medisch onderzoek vragen aan de kandidaat-verzekerde, en welk is de inhoud van dit onderzoek en welk is het recht op informatie over de resultaten van deze onderzoeken (138ter-1, §1, 4°, WLVO)

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de patiëntenverenigingen hebben aan de verzekeringssector gevraagd de elementen te geven die zij voldoende achten om een bijkomend onderzoek te vragen.

Wat de inhoud van een medisch onderzoek betreft, verwijzen deze vertegenwoordigers naar de bestaande wetgeving die dient gerespecteerd te worden, namelijk het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (artikel 8), de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (artikel 7), de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, de rechtspraak ter zake, de adviezen van de Orde van Geneesheren en de algemene horizontale wetgeving zoals de antidiscriminatiewetgeving.

Ondanks dit bestaande juridisch kader, stellen deze vertegenwoordigers vast dat de rechten van de kandidaat-verzekerden in de praktijk niet steeds gerespecteerd worden. Zij verwijzen hierbij naar het recht op informatie over het doel en de inhoud van het medisch onderzoek en pleiten voor een duidelijk gesprek tussen de raadsgeneesheer en de patiënt alvorens het eigenlijke onderzoek plaatsvindt. Dit kan beschouwd worden als een kennismakingsgesprek met als doel de patiënt te informeren over het doel, de vragen en de onderzoeken en over zijn rechten bij het medisch onderzoek. Voorafgaand is het wenselijk aan de kandidaat-verzekerde een document te bezorgen met informatie over een gepland medisch onderzoek. Zij verwijzen ook naar het recht op inzage in het patiëntendossier van de raadsgeneesheer en het recht op een afschrift. Tegelijkertijd pleiten zij voor een recht op voorafgaande kennisgeving van de resultaten van het medisch onderzoek. De kandidaat-verzekerde zou dan zelf kunnen beslissen of het advies van de raadsgeneesheer, dat resulteert uit het medisch onderzoek, mag worden doorge-

non plus l'idée que l'assuré qui le souhaite puisse, lui-même ou par le biais de son médecin personnel, demander par écrit des informations complémentaires au médecin-conseil de l'entreprise d'assurances sur la décision prise et sur les références des études et/ou statistiques utilisées.

Les représentants des entreprises d'assurances sont, en revanche, opposés à une ventilation détaillée des composantes de la prime, alléguant que cet aspect est totalement étranger à la finalité de la loi, qui est d'accroître l'accessibilité de l'assurance du solde restant dû.

3.4 Les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen (article 138ter-1, § 1er, 4°, de la LCAT)

Les représentants des consommateurs et des associations de patients ont demandé au secteur des assurances d'indiquer les éléments qu'il juge suffisants pour demander un examen complémentaire.

En ce qui concerne le contenu de l'examen médical, ces représentants rappellent la nécessité de respecter la législation existante, à savoir la Convention européenne des droits de l'homme (article 8), la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (article 7) et la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, et de tenir compte de la jurisprudence en la matière, des avis de l'Ordre des médecins et de la législation horizontale générale telle que la législation anti-discrimination.

Malgré l'existence de ce cadre juridique, force est de constater, selon ces représentants, que les droits des candidats à l'assurance ne sont pas, dans la pratique, toujours respectés. Ils évoquent à cet égard le droit à l'information concernant le but et le contenu de l'examen médical, et plaident pour qu'un entretien clair entre le médecin-conseil et le patient ait lieu avant l'examen proprement dit. Cet entretien peut être considéré comme un entretien préliminaire ayant pour objectif d'informer le patient sur le but de l'examen médical, sur les questions et les tests qu'il comportera, ainsi que sur ses droits lors de cet examen. Ils estiment souhaitable de transmettre préalablement au candidat-assuré un document contenant des informations sur l'examen médical en question. Ces représentants évoquent également le droit pour le candidat-assuré de consulter le dossier constitué par le médecin-conseil et d'en obtenir une copie. Ils plaident en outre pour que le candidat-assuré ait le droit de prendre connaissance préalablement des résultats de l'examen médical. Cela lui permettrait de décider lui-même si l'avis du

speeld aan de verzekeraar. Bij een negatief advies, moet de patiënt de mogelijkheid hebben om zijn verzekeringsaanvraag te annuleren en zijn aanvraag in te dienen bij een andere verzekeringsonderneming. Alle gegevens met betrekking tot de patiënt moeten in dat geval door de raads-geneesheer vernietigd worden. Deze vertegenwoordigers vragen ook het recht op een onafhankelijke herbeoordeling in geval van een negatieve beslissing van de verzekeraar.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen geven algemeen aan dat zij voor de standaardsituaties een bijkomend medisch onderzoek zullen vragen ingeval dit noodzakelijk blijkt op basis van de antwoorden op de standaard medische vragenlijst. De noodzaak ervan wordt beoordeeld door de raads-geneesheer van de verzekeraar. Wat de inhoud van het onderzoek betreft stellen zij dat dit bijkomend medisch onderzoek, binnen de grenzen van artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, betrekking heeft op alle aspecten van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde die relevant zijn in het kader van de aanvraag. Overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt heeft de kandidaat-verzekerde het recht om de resultaten van dit onderzoek die opgenomen zijn in het medisch dossier, te consulteren. De Assuralia-brochure 2009 "De bescherming van uw medische gegevens bij de verzekeraar" geeft algemene toelichting over de wijze waarop de verzekeringsondernemingen binnen het wettelijk kader omgaan met medische gegevens die zij in het kader van een aanvraag van een verzekering verzameld hebben (www.assuralia.be).

3.5 Binnen welke termijn moeten de verzekeraars hun beslissing over de aanvraag van de verzekering aan de kandidaat-verzekerde meedelen (art. 138ter-1, §1, 5°, WLVO)

Dit onderdeel van de gedragscode houdt verband met artikel 138ter-5 WLVO dat een termijn bepaalt van maximaal vijftien dagen tussen het indienen van de vraag tot verzekering en het meedelen van de beslissing. Een nieuwe termijn van vijftien dagen loopt vanaf het ogenblik waarop de verzekeraar kennisneemt van de weigering door de kandidaat-verzekeringnemer van de voorgestelde premie.

De Commissie erkent dat het voor de kandidaat-kredietnemer van het grootste belang is dat zijn dossier binnen een korte termijn behandeld wordt.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en verbruikers staan achter de termijn die in artikel 138ter-5 WLVO wordt vooropgesteld. Zij vragen dat het overschrijden van deze termijnen als een weigering beschouwd wordt en de mogelijkheid geeft aan de kandi-

médecin-conseil, établi à l'issue de l'examen médical, peut être transmis à l'assureur. En cas d'avis négatif, le patient doit avoir la possibilité d'annuler sa demande d'assurance et d'introduire celle-ci auprès d'une autre entreprise d'assurances. Toutes les données relatives au patient devront dans ce cas être détruites par le médecin-conseil. Ces représentants requièrent également le droit pour le patient d'obtenir une réévaluation indépendante de sa demande en cas de décision négative de l'assureur.

Les représentants des entreprises d'assurances indiquent de manière générale que, dans le cas d'une situation standard, ils demanderont un examen médical complémentaire si cela s'avère nécessaire au vu des réponses fournies dans le questionnaire médical standardisé. La nécessité d'un tel examen sera appréciée par le médecin-conseil de l'assureur. S'agissant du contenu de l'examen médical complémentaire, ces représentants précisent qu'il englobera, dans les limites de l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, tous les aspects de l'état de santé du candidat-assuré qui s'avèrent pertinents dans le cadre de la demande. Conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le candidat-assuré a le droit de prendre connaissance des résultats de cet examen, qui seront repris dans le dossier médical. La brochure Assuralia 2009 intitulée «La protection de vos données médicales chez l'assureur» fournit des explications générales sur la manière dont les entreprises d'assurances traitent, au sein du cadre légal, les données médicales qu'elles ont réunies dans le cadre d'une demande d'assurance (www.assuralia.be).

3.5 Le délai dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance (article 138ter-1, § 1er, 5°, de la LCAT)

Ce point du code de bonne conduite est à lire en combinaison avec l'article 138ter-5 de la LCAT qui fixe à quinze jours maximum le délai compris entre l'introduction de la demande d'assurance et la communication de la décision. Un nouveau délai de quinze jours court à dater de la prise de connaissance, par l'assureur, du refus du candidat preneur d'assurance d'accepter la prime proposée.

La Commission reconnaît qu'il est capital pour le candidat-emprunteur que son dossier soit traité dans un délai assez court.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs sont favorables à l'instauration du délai fixé par l'article 138ter-5 de la LCAT. Ils demandent que le dépassement de ce délai soit considéré comme un refus et qu'il donne au candidat preneur d'assurance la possibilité

daat-verzekeringnemer om zich rechtstreeks tot het Opvolgingsbureau te wenden. Dit geldt niet indien aange- toond wordt dat de vertraging door de aanvrager werd veroorzaakt. De totale duur voor het nemen van een krediet- en een verzekeringsbeslissing mag niet meer dan vijf weken bedragen na de ontvangst van het volledige dossier.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen aanvaarden dat een vaste termijn wordt opgelegd, maar merken op dat artikel 138ter-1, §1, 5° WLVO bepaalt dat die termijn loopt vanaf de ontvangst van het volledige dossier (volledig ingevuld verzekeringsvoorstel, compleet medisch dossier). Zij stellen dat deze termijn voldoende lang moet zijn om een kwalitatieve afhandeling van de aanvraagdossiers te garanderen.

De Commissie wijst er op dat artikel 4 WLVO eveneens dient nageleefd te worden. Een verzekeraar is dus verplicht om binnen een termijn van maximaal 30 dagen een verzekeringsaanbod te doen of de verzekering te weigeren of afhankelijk te stellen van een aanvraag tot onderzoek. Deze termijn begint te lopen na de ontvangst van het verzekeringsvoorstel.

3.6 Op welke wijze nemen de kredietinstellingen ook andere waarborgen dan de schuldsaldoverzekering in overweging bij het verstrekken van een krediet (art. 138ter-1, §1, 6°, WLVO)

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen wijzen er op dat het al dan niet toekennen van een hypothecair krediet gebaseerd is op een geheel van factoren en een individuele beoordeling vergt. Een kredietinstelling moet het recht behouden om bepaalde kredieten te weigeren. Het bestaan van een schuldsaldoverzekering als waarborg sluit geenszins het eisen van andere roerende of onroerende waarborgen uit. Deze vertegenwoordigers wijzen er ook op dat de meerderheid van de kredieten wordt afgesloten door twee kredietnemers (waarbij zelden op elk hoofd een 100 % schuldsaldoverzekering wordt gesloten) en dat het zeer uitzonderlijk is dat beide kredietnemers niet of moeilijk verzekeraar zijn.

Indien een schuldsaldoverzekering als voorwaarde gesteld wordt voor het verkrijgen van een krediet en deze verzekering niet kan verleend worden, kunnen lopende verzekeringen in aanmerking komen in de mate dat zij ook een overlijdensdekking op het hoofd van de kandidaat-kredietnemer omvatten. Het kan dan gaan om bestaande verzekeringen die voorzien in de uitkering van een kapitaal ingeval de kandidaat-kredietnemer overlijdt, zowel in de tweede (groepsverzekering), in de derde (pensioenspaarverzekering, VAPZ), als in de vierde pijler (overlijdensluit van beleggingsverzekeringen). Ook effectenrekeningen komen in aanmerking. Borgstellingen door der-

de s'adresser directement au Bureau du suivi, sauf bien entendu s'il est démontré que le non-respect du délai est imputable au demandeur. La durée globale de traitement d'une demande de prêt et d'assurance ne pourra pas excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet.

Les représentants des entreprises d'assurances acceptent qu'un délai fixe soit imposé, mais font observer que l'article 138ter-1, § 1er, 5°, de la LCAT prévoit que ce délai court à dater de la réception du dossier complet (proposition d'assurance dûment remplie, dossier médical complet). Ils soutiennent que ce délai doit être suffisamment long pour garantir la qualité du traitement du dossier de demande d'assurance.

La Commission relève qu'il convient également, à cet égard, de respecter l'article 4 de la LCAT. L'assureur est par conséquent tenu de notifier l'offre d'assurance ou son refus d'assurer ou encore la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, dans un délai de 30 jours maximum. Ce délai commence à courir dès la réception de la proposition d'assurance.

3.6 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 (article 138ter-1, § 1er, 6°, de la LCAT)

Les représentants des établissements de crédit font observer que l'octroi ou non d'un crédit hypothécaire repose sur un ensemble de facteurs et requiert une appréciation au cas par cas. Un établissement de crédit doit conserver le droit de refuser certains crédits. L'existence d'une assurance du solde restant dû comme garantie n'exclut pas que d'autres garanties mobilières ou immobilières soient exigées. Ces représentants soulignent également que la majorité des crédits sont conclus par deux emprunteurs (une assurance du solde restant dû à 100 % étant rarement conclue sur chaque tête) et qu'il est très exceptionnel que les deux emprunteurs ne soient pas ou soient difficilement assurables.

Si l'obtention d'un crédit est subordonnée à la conclusion d'une assurance du solde restant dû et que cette assurance ne peut être accordée, il est possible de prendre en considération des assurances déjà en cours, dans la mesure où celles-ci comportent également une couverture décès sur la tête du candidat-emprunteur. Il peut à cet égard s'agir d'assurances qui prévoient le versement d'un capital en cas de décès du candidat-emprunteur, que ce soit dans le deuxième pilier (assurance de groupe), dans le troisième pilier (assurance d'épargne pension, PCLI) ou dans le quatrième pilier (volet décès des assurances-placements). Les comptes-titres peuvent également entrer en ligne de

den, mogelijkheden voorzien door de Franse Convention Aeras, zijn naar hun mening minder geschikt. Het risico voor de borgen op overlijden binnen korte termijn is in deze gevallen groot, ervan uitgaande dat de borgstelling enkel wordt toegekend in gevallen waarin er geen schuld-saldoverzekering kon bekomen worden. Anderzijds is het risico ook groot voor de partner en kinderen van de kredietnemer indien de borgstelling niet meer zou gelden op het ogenblik van het overlijden.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de verbruikers vragen dat kandidaat-kredietnemers met een verhoogd gezondheidsrisico zowel mondeling als schriftelijk duidelijk geïnformeerd worden over de voor- en nadelen die verbonden zijn aan alternatieve zekerheden en waarborgen.

3.7 Onder welke voorwaarden kunnen de kandidaat-verzekerden een beroep doen op het in artikel 138ter-6, § 1, bedoelde Opvolgingsbureau voor de tarifiering, indien hen een schuld-saldoverzekering wordt geweigerd (art. 138ter-1, §1, 7°, WLVO)

Dit onderdeel van de gedragscode houdt verband met artikel 138ter-6 en artikel 138ter-8 WLVO.

Dit punt van de gedragscode is niet mondeling besproken tijdens de vergaderingen van de Commissie. Dit punt is wel aan bod gekomen in de neergelegde nota's van enkele delegaties. Maar er is geen toelichting bij de nota's gegeven, en er is hierover geen overleg tussen de delegaties noch mogelijkheid tot het maken van bemerkingen geweest.

In de nota's stellen de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de verbruikers dat elke kandidaat-verzekeringnemer bij weigering van dekking, of bij betwisting van een voorgestelde bijpremie of vrijstelling, omwille van een verhoogd gezondheidsrisico, beroep moet kunnen doen op het Opvolgingsbureau voor tarifiering. De gedragscode moet elke verzekeraar die een kandidaat-verzekeringnemer weigert, of die een premie of vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan de tariefvoorwaarden die door het Opvolgingsbureau werden voorgesteld, opleggen de kandidaat-verzekeringnemer te informeren over de toegangsvoorwaarden en tarieven voorgesteld door het Opvolgingsbureau en meedelen dat hij zich tot een andere verzekeraar kan wenden.

Zij vragen dat het Koninklijk Besluit tot oprichting van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering garanties biedt voor het eerbiedigen van de privacy van de kandidaat-verzekerde. Zij vragen eveneens een strafrechtelijke geheimhoudingsplicht voor alle personen die krachtens de wet of het Koninklijk Besluit toegang hebben tot indivi-

duels. Les cautionnements de tiers, possibilité prévue par la convention française AERAS, sont, selon les représentants susvisés, moins appropriés. Le risque pour les garants d'un décès à bref délai est dans ce cas élevé, sachant que le cautionnement n'est accordé que dans des situations où une assurance du solde restant dû n'a pas pu être obtenue. D'un autre côté, le partenaire et les enfants de l'emprunteur courent également un risque important s'il s'avère que le cautionnement n'est plus valable au moment du décès.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs demandent que les candidats-emprunteurs présentant un risque de santé accru soient clairement informés, tant oralement que par écrit, des avantages et inconvénients liés à des sûretés et garanties alternatives.

3.7 Les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 138ter-6, § 1er (article 138ter-1, § 1er, 7°, de la LCAT)

Ce point du code de bonne conduite est à lire en combinaison avec les articles 138ter-6 et 138ter-8 de la LCAT.

Ce point n'a pas été discuté oralement lors des réunions de la Commission. Il a certes été abordé dans les notes déposées par certaines délégations, mais ces notes n'ont pas été commentées, et n'ont pas fait l'objet d'une concertation entre les délégations, lesquelles n'ont donc pas pu communiquer leurs remarques.

Dans leurs notes, les représentants des associations de patients et des consommateurs soutiennent que tout candidat preneur d'assurance qui se voit refuser l'assurance en raison d'un risque de santé accru ou qui conteste la surprime ou la franchise qui lui est proposée dans ce contexte, doit pouvoir faire appel au Bureau du suivi de la tarification. Le code de bonne conduite doit prévoir que si un assureur refuse un candidat preneur d'assurance ou lui propose une prime ou une franchise excédant celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification, il doit communiquer au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informer qu'il peut s'adresser à un autre assureur.

Ces représentants demandent que l'arrêté royal portant création du Bureau du suivi de la tarification offre des garanties sur le plan du respect de la vie privée du candidat-assuré. Ils demandent également que soit instaurée une obligation de secret sanctionnée pénalement pour toutes les personnes qui, en vertu de la loi ou de l'arrêté royal,

duale medische informatie.

3.8 Hoe zullen de verzekeringsondernemingen en de kredietinstellingen de informatie over het bestaan van dit mechanisme van schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico ruim en op begrijpelijke wijze verspreiden (art. 138ter-1, §1, 8°, WLVO)

Dit punt van de gedragscode is ook niet mondeling besproken tijdens de vergaderingen van de Commissie. Het is wel aan bod gekomen in de neergelegde nota's van delegaties, maar er is betreffende dit punt geen overleg geweest tussen de delegaties, noch mogelijkheid om bemerkingen te formuleren bij de nota's.

De vertegenwoordigers van de kredietinstellingen wijzen er op dat hypotheekondernemingen, die een aangehechte schuldsaldoverzekeringsovereenkomst eisen, beschikken over een prospectus inzake hypothecair krediet om de informatie over het mechanisme ruim en op begrijpelijke wijze te verspreiden.

De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de gebruikers vragen dat een efficiënte promotiecampagne opgezet wordt, met onder meer een informatieve website, folders (verspreid via een netwerk van immobielkantoren, notarissen, verzekeraars, patiënten – en consumentenorganisaties). Bovendien vragen deze vertegenwoordigers dat nagegaan zou worden of de mogelijkheid bestaat dat verzekeringsondernemingen en kredietinstellingen op folders, prospectussen, verzekeringsvoorstellen en andere documenten die betrekking hebben op het verlenen van hypothecaire kredieten en levensverzekeringen die de terugbetaling van kapitalen dekken, op een begrijpelijke wijze alle informatie over het bestaan van deze regeling van schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd risico zouden verspreiden.

3.9. Welke burgerrechtelijke sancties zullen opgelegd worden ingeval de regels van de gedragscode niet worden nageleefd (art. 138ter-1, §1, 9°, WLVO)

Dit onderdeel van de gedragscode houdt verband met het nieuwe artikel 139, §1, 3° WLVO. Dit artikel bepaalt dat zij die als verzekeraar of lasthebber van een verzekeraar de gedragscode bepaald in artikel 138ter-1 of de ervoor in de plaats komende wettelijke regeling bedoeld in de artikelen 138ter-2 tot 138ter-6 niet naleven, gesanctioneerd worden met de straffen genoemd in artikel 139, §1, aanhef.

Bovendien bepaalt artikel 139, §1, 3°: "Het niet naleven van de gedragscode door de verzekeraar of zijn aangestelde wordt beschouwd als een daad die strijdig is met de

auront accès aux informations médicales individuelles.

3.8 L'obligation dans le chef des entreprises d'assurances et des établissements de crédit de diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du présent mécanisme d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (article 138ter-1, § 1er, 8°, de la LCAT)

Ce point du code de bonne conduite n'a pas davantage été discuté oralement lors des réunions de la Commission. Il a certes été abordé dans les notes de certaines délégations, mais il n'a pas fait l'objet d'une concertation entre les délégations et celles-ci n'ont pas eu la possibilité de faire part de leurs remarques sur les notes déposées.

Les représentants des établissements de crédit font observer que les entreprises hypothécaires qui exigent un contrat d'assurance du solde restant dû sous forme de contrat annexé, peuvent utiliser leur prospectus sur le crédit hypothécaire pour diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur le mécanisme.

Les représentants des associations de patients et des consommateurs demandent qu'une campagne de promotion efficace soit mise en place, prévoyant notamment un site web informatif et des dépliants (diffusés via un réseau d'agences immobilières, de notaires, d'assureurs et d'organisations de patients et de consommateurs). Ces représentants demandent en outre d'examiner s'il serait possible que les entreprises d'assurances et les établissements de crédit diffusent de façon compréhensible, par le biais de dépliants, de prospectus, de propositions d'assurance et d'autres documents relatifs à l'octroi de crédits hypothécaires et d'assurances vie couvrant le remboursement de capitaux, toutes les informations sur l'existence de ce régime d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

3.9. Les sanctions civiles prévues en cas de manquement aux règles du code de bonne conduite (article 138ter-1, § 1er, 9°, de la LCAT)

Ce point du code de bonne conduite est à lire en combinaison avec l'article 139, § 1er, 3°, de la LCAT. Cette disposition prévoit que ceux qui, en qualité d'assureur ou de mandataire d'un assureur, ne respectent pas le code de bonne conduite prévu à l'article 138ter-1 ou les dispositions légales qui en tiennent lieu prévues aux articles 138ter-2 à 138ter-6, sont punis des peines citées dans la phrase introductive de l'article 139, § 1er.

L'article 139, § 1er, 3°, dispose en outre ce qui suit : « Le non-respect du code de bonne conduite par un assureur ou son préposé est considéré comme un acte contraire aux

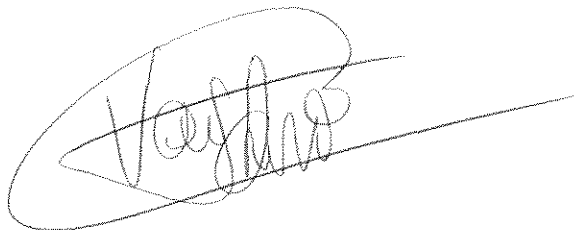
eerlijke gebruiken in de zin van Hoofdstuk VII, afdeling 4 van de wet van 14 juli 1971 betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument. Deze inbreuken worden opgespoord, vastgesteld en vervolgd in overeenstemming met de regels bepaald in de wetgeving op de handelspraktijken. De regels bepaald in de wetgeving over de waarschuwingsprocedures, de minnelijke schikking en vordering tot staking zijn eveneens van toepassing”.

Met ingang van 12 mei 2010 zijn genoemde bepalingen van de wet van 14 juli 1971 opgeheven en vervangen door de wet van 6 april 2010 betreffende de marktpraktijken en consumentenbescherming.

Ook dit punt van de gedragscode is niet besproken tijdens de vergaderingen van de Commissie. In hun neergelegde nota, waarover dus ook geen overleg tussen de delegaties is geweest, noch de mogelijkheid om bemerkingen te formuleren, stellen de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen en de verbruikers dat het niet naleven van de regels van deze gedragscode dient beschouwd te worden als een daad die strijdig is met de eerlijke gebruiken in de zin van Hoofdstuk IV, afdeling 1 van de wet van 6 april 2010 betreffende de marktpraktijken en consumentenbescherming. De regels, bepaald in deze wetgeving, over de waarschuwingsprocedure, de minnelijke schikking en vordering tot staking zijn dan van toepassing.

-♦-

De Voorzitster,



Caroline VAN SCHOU BROECK

usages honnêtes au sens du chapitre VII, section 4, de la loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur. Ces infractions sont recherchées, constatées et poursuivies conformément aux règles prévues dans la législation sur les pratiques du commerce. Les règles prévues dans cette législation sur les procédures d'avertissement, la transaction et l'action en cessation sont également applicables ».

Les dispositions précitées de la loi du 14 juillet 1971 ont été abrogées et remplacées par la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, avec effet au 12 mai 2010.

Ce point du code de bonne conduite n'a pas non plus été discuté lors des réunions de la Commission. Dans leur note, qui n'a donc pas davantage fait l'objet d'une concertation entre les délégations ni donné lieu à la possibilité de formuler des remarques, les représentants des associations de patients et des consommateurs indiquent que le non-respect des règles du code de bonne conduite doit être considéré comme un acte contraire aux usages honnêtes au sens du chapitre IV, section 1re, de la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur. Les règles prévues dans cette législation concernant la procédure d'avertissement, la transaction et l'action en cessation sont dès lors applicables.

-♦-

Le Présidente,