

Commissie voor Verzekeringen

Brussel, 23 december 2022

DOC/C2022/8

Advies

Over de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar

I. INLEIDING

Op 13 september 2021 heeft de heer Pierre-Yves Dermagne, Vice-Eersteminister en Minister van Economie en Werk, de Commissie voor Verzekeringen gevraagd een advies te verlenen en een ontwerp van wet op te stellen betreffende de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar. De Minister licht zijn verzoek toe als volgt: *“Momenteel is de schadevergoeding slecht in sommige verzekeringstakken gekoppeld aan termijnen. In het kader van de consumentenbescherming lijkt het wenselijk om te voorzien in een algemeen wettelijk kader voor de afwikkeling van schadegevallen. In de algemeen beleidsnota economie d.d. 4 november 2020 wordt bovendien vermeld: “Op het gebied van verzekeringen gaan er verschillende stemmen op voor een snellere schadevergoeding (...). Bovendien zal, overeenkomstig de aanbeveling van de Ombudsman van de Verzekeringen, een wettelijk kader worden onderzocht voor de vergoeding van schadegevallen, waaraan ook sancties worden gekoppeld.”.* “

De Commissie voor Verzekeringen heeft dit verzoek besproken tijdens tien vergaderingen in de periode tussen 18 november 2021 en 15 december 2022, en verleent hierbij volgend advies.

II. ALGEMEEN

1. De Commissie voor Verzekeringen legt hierna volgende twee ontwerpen voor:

- een ontwerp van nieuwe wetbepalingen en een toelichting.

Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft vier aspecten. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (zie infra, III).

- een ontwerp tot vervanging van de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (WAM-wet) (zie infra, IV).

2. Daarnaast worden enkele punten onder de aandacht gebracht die gerelateerd zijn aan de afwikkeling van schadegevallen, doch buiten het bestek vallen van een regeling van de termijnen en de sancties voor prestaties van de verzekeraar (zie infra, V).

III. ONTWERP VAN NIEUWE WETSBEPALINGEN EN TOELICHTING

De Commissie voor Verzekeringen legt hierbij volgend ontwerp van nieuwe wetbepalingen en toelichting voor. Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft twee aspecten waarover de vertegenwoordigers van de verbruikers en deskundigen het standpunt van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen niet delen, een aspect in de drie assen waarover de vertegenwoordigers van de verbruikers van mening verschillen en een overgangsregeling. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (zie infra, III).

A. Samenvatting

De kwestie van de betalingstermijnen voor de verzekeringsprestaties van de verzekeraars is nauwgezet geregeld voor bepaalde takken: BA Motorrijtuigen, Brand, Leven en Aanvullende Pensioenen. Voor de andere takken zijn er dan weer geen bepalingen.

Om deze lacune op te vullen stoelt het voorstel op drie assen:

- *Aansprakelijkheidsverzekeringen* (bv. BA privéleven, objectieve BA Brand en ontploffing in voor het publiek toegankelijke inrichtingen): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de verzekering BA Motorrijtuigen;
- *Zaakverzekeringen* (bv. autoverzekeringen voor materiële schade, diefstal ...): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de brandverzekering;
- *Andere verzekeringen* (bv. gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen, uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt): invoering van een algemene bepaling die erin voorziet dat de verzekeraar de overeengekomen prestatie uitvoert zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt, en uiterlijk binnen 30 dagen na die datum.

Bijzondere aandacht wordt gegeven aan de kwestie van de voorschotten, hun bedrag en de termijnen waarbinnen ze worden toegekend.

Algemeen kan worden gesteld dat een goede wederzijdse communicatie tussen verzekeraars en verzekerden of benadeelden, in het bijzonder met betrekking tot de informatie die relevant en noodzakelijk is voor de schaderegeling, de beste garantie biedt op een optimale schaderegeling zonder ongerechtvaardigde vertraging.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er hierbij op dat vertragingen bij betalingen van verzekeringsprestaties meestal niet toe te schrijven zijn aan het toedoen van de verzekeraar, maar verband houden met andere factoren, zoals de complexiteit van het schadegeval, de duur van de expertises, moeilijkheden om toegang tot het strafdossier te krijgen, niet-meewerkende partijen enz. Het opleggen van strikte termijnen en van sancties bij de niet-naleving van deze termijnen zal er dus niet toe leiden dat vertragingen bij de betalingen in alle gevallen zullen verdwijnen.

B. Bestaande wetgeving

Voor sommige verzekeringstakken regelen bijzondere wetsbepalingen de termijnen waarbinnen verzekeraars hun contractuele prestaties moeten uitvoeren.

Dat is het geval voor:

- de verzekering BA Motorrijtuigen: art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verzekering BA Motorrijtuigen;
- de brandverzekering: art. 121 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen; zie ook artikel 9 van het koninklijk besluit van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft;

- de levensverzekering: art. 197/1 en 197/2 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
- de aanvullende pensioenen (2e pijler):
 - art. 27 van de wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen,
 - art. 49 van de programmawet van 24 december 2002,
 - art. 40 van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen,
 - art. 7 van de wet van 18 februari 2018 houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen en tot instelling van een aanvullend pensioen voor de zelfstandigen actief als natuurlijk persoon, voor de meewerkende echtgenoten en voor de zelfstandige helpers,
 - art. 11 van de wet van 6 december 2018 tot instelling van een vrij aanvullend pensioen voor de werknemers en houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen.

Er bestaat daarentegen geen algemene bepaling die van toepassing is voor alle verzekeringstakken.

C. Toelichting van de voorgestelde nieuwe bepalingen

Men kan alleen maar vaststellen dat de huidige wetgeving een gebrekkige samenhang vertoont wat de betalingstermijnen voor verzekeringsprestaties betreft: enerzijds voorziet ze voor een aantal verzekeringstakken in zeer precieze regels die gepaard gaan met sancties (BA Motorrijtuigen, Brand en Leven). Anderzijds zijn de takken die niet onder deze bepalingen vallen aan geen enkele regel onderworpen.

Deze situatie laat duidelijk te wensen over voor de verzekerden en de benadeelden die schade hebben geleden. Om hieraan te verhelpen, heeft de Commissie het hierna volgend voorstel uitgewerkt op basis van de volgende drie assen:

- aansprakelijkheidsverzekeringen;
- zaakverzekeringen;
- andere verzekeringen.

De derde categorie is de restcategorie waartoe de verzekeringen behoren die aansprakelijkheidsverzekeringen noch zaakverzekeringen zijn en die niet reeds het voorwerp uitmaken van specifieke wetsbepalingen (bv. gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen ...).

1. Aansprakelijkheidsverzekeringen

Er worden bepalingen ingevoegd in de afdeling “Aansprakelijkheidsverzekeringen” van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (bv. art. 146-1). Deze nemen de krachtlijnen over van de toepasselijke regelgeving voor de verzekering BA Motorrijtuigen (art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), namelijk:

- voorlegging van een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding binnen drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, wanneer:

- het schadegeval binnen de perimeter valt van de waarborg waarin de verzekeringsovereenkomst voorziet;
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist;
- de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd;

o voorlegging binnen deze termijn van een voorstel tot voorschot wanneer de schade, onder de hierboven genoemde voorwaarden, niet volledig gekwantificeerd werd. Het voorstel heeft de formulering van de tekst in de wet BA Motorrijtuigen aangepast en verduidelijkt, in het bijzonder wat betreft de voorschotten in geval van lichamelijke letsels. Deze bepaling impliceert dat de verzekeraar correct door de benadeelde wordt geïnformeerd over bijvoorbeeld eventuele stortingen die deze laatste zou hebben ontvangen van andere tussenkomende partijen, zoals de arbeidsongevallenverzekeraar of het ziekenfonds;

uiteraard mag de verzekeraar mag van deze voorschotregeling geen gebruikmaken om kwitanties voor saldo van rekening te laten ondertekenen; elke kwitantie dient te worden gezien als zijnde onder alle voorbehoud en zonder enige verzaking of erkenning door de benadeelde;

o de mogelijkheid om ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek bij de verzekeraar in te dienen, en dit op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan;

o de verzekeraar mag aan de benadeelde enkel documenten en inlichtingen vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen;

o de tekst verduidelijkt bovendien dat de verzekeraar de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, medische expertiseverslagen in aanmerking neemt. Om transparanteredenen deelt hij de conclusies van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise spontaan aan de benadeelde mee (indien een dergelijk verslag beschikbaar is), waarbij hij duidelijk vermeldt dat het om een unilateraal en voorlopig verslag gaat en de benadeelde aanmoedigt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

Voorschotten berekend op basis van dit voorlopige verslag en van stukken waarover de verzekeraar beschikt, worden door deze laatste betaald binnen de wettelijk bepaalde termijnen (zie hierboven), en dit zonder de conclusies van de tegensprekelijke expertise af te wachten. Ze hebben met name tot doel het "onbetwistbaar verschuldigde bedrag" te dekken, namelijk de reeds door het slachtoffer geleden schade (bv. loonverlies) alsook het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst voor de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

o de betaling van een bijkomend bedrag, berekend tegen de wettelijke interestvoet, indien er geen voorstel tot schadevergoeding of tot voorschot is voorgelegd binnen die termijn van drie maanden, of wanneer het bedrag niet betaald wordt binnen 30 dagen die volgen op de ontvangst van de aanvaarding van dit voorstel, of wanneer het bedrag in het voorstel kennelijk ontoereikend is; concreet moet de verzekeraar wegens de vertraging tweemaal de wettelijke interestvoet betalen, eenmaal op basis van de gemeenrechtelijke regels en een tweede maal als bijkomende sanctie;

o bij een betwisting van de dekking, de aansprakelijkheden of de schade, of als de schade niet gekwantificeerd werd: formulering, binnen drie maanden na de indiening van het verzoek tot

schadevergoeding, van een met redenen omkleed antwoord op de elementen die de benadeelde aanhaalt. Betaling van een forfaitair bedrag van € 250 per dag als deze termijn niet nageleefd wordt.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en deskundigen vragen dat deze sanctie afhankelijk wordt gesteld van de voorwaarde van een ingebrekestelling door de benadeelde per aangetekende brief (op papier of digitaal) of met een gelijkgesteld middel. Deze vormvoorschriften zijn overgenomen uit de wet van 1989 betreffende de motorrijtuigverzekering. Ze zijn gerechtvaardigd door de ernst van de sanctie waarin is voorzien. Het moet zeker en duidelijk zijn dat de verzekeraar de ingebrekestelling zal ontvangen en dat hij er kennis van neemt of kan nemen vóór de inwerkingtreding van de sanctie. Bovendien belet dit de benadeelde niet om, al dan niet schriftelijk, eenvoudige herinneringen aan de verzekeraar over te maken, ook als deze niet tot de toepassing van de sanctie zouden leiden.

Het met een aangetekende brief "gelijkgesteld middel" is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende brief aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is angekommen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen van de identiteit van de benadeelde, de kennisgevingsdatum, de identificatie van de verzekeringsovereenkomst waarop men zich beroept alsook de inhoud van de verzonden boodschap. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme. Een eenvoudige e-mail (met of zonder digitale handtekening) biedt geen toereikende mate van veiligheid (cf. Commissie voor Verzekeringen DOC/C2022/1 van 10 maart 2022 over de regeling van de opzegging van verzekeringsovereenkomsten (etc.) pp. 8-10).

De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van de vereiste om een herinnering te sturen in deze 1e As. Het versturen van een herinnering door de benadeelde persoon/de verzekerde vormt een beperking die nalatigheid in de hand werkt van de verzekeraar die de dominante partij is bij de verzekeringsovereenkomst en bij de schaderegeling. Volgens de vertegenwoordigers van de consumenten moet zowel naar de letter als naar de geest van Richtlijn 2009/103 verzekering BA Auto (40ste considerans en de artikelen 22 en 27) worden overwogen om de doeltreffende, evenredige en afschrikkende sancties waarvan sprake, toe te passen op de betalingstermijnen die door de verzekeraar worden verwaarloosd.

De vertegenwoordigers van de consumenten gaan bijgevolg niet akkoord met de volgende tekst: Art. 145-3, § 2, lid 2 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervalddag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd. »

- o De motivering mag niet louter vormelijk zijn. Zij kan op de volgende zaken berusten:
 - het feit dat de overeenkomst het schadegeval niet dekt,
 - de betwisting van de aansprakelijkheid van de verzekerde of van de schade,
 - de onvolledigheid van de door de verzekerde verstrekte informatie en documenten,
 - het feit dat de verzekeraar niet weet aan wie hij de vergoeding moet betalen (bv. bij een geschil tussen rechthebbenden na het overlijden van de benadeelde),
 - ...

2. Zaakverzekeringen

Dit betreft de verzekeringen die stoffelijke zaken dekken, zoals de omniumverzekering voor auto's (stoffelijke schade), diefstal, enz. ... (met uitsluiting van met name de krediet- en borgtochtverzekeringen, die in de wet betreffende de verzekeringen bij de zaakverzekeringen zijn ondergebracht).

Er wordt in de wet betreffende de verzekeringen, in de afdeling zaakverzekeringen, een artikel ingevoegd (bv. art. 111-1) dat de beginselen overneemt die in de brandverzekering van toepassing zijn in geval van dekking, namelijk (zie art. 121, § 2, 2°, § 3 en § 7 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen):

- o betaling van de vergoeding die zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen 30 dagen die volgen op dit akkoord;

- in geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experten een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experten genomen met meerderheid van de stemmen. De term "*definitief*" geeft hier aan dat de beslissing in kwestie de minnelijke fase van de procedure afsluit en houdt niet in dat er tegen de beslissing geen beroep in rechte kan worden ingesteld;

- beëindiging van de expertise of vaststelling van het bedrag van de schade binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert;

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om het huidige geldend principe te behouden op basis waarvan de kosten van de door de verzekerde aangewezen expert en in voorkomend geval van de derde expert door de verzekeraar worden voorgeschoten en ten laste zijn van de partij die in het ongelijk wordt gesteld. Dit betekent in de praktijk dat deze kosten ten laste van de verzekeraar zullen zijn zodra de verzekerde voor een deel van zijn vordering, hoe beperkt ook, in het gelijk wordt gesteld. Alleen wanneer de verzekerde niets zou hebben verkregen, draagt hij zelf de kosten van de tweede en de derde expert. Deze regeling is te rechtvaardigen door de noodzaak om ongerechtvaardigde betwistingen door verzekerden te voorkomen. Uiteraard staat het verzekeraars vrij om in hun contracten hiervan af te wijken in bepalingen die gunstiger zijn voor de verzekerden en de benadeelden.

De vertegenwoordigers van de consumenten zijn het niet eens met dit voorstel om de bepaling van artikel 121, § 2 van de wet van 4 april 2014 te handhaven. Volgens hen mogen de nieuwe wettelijke bepalingen het niet makkelijker maken om te komen tot een veralgemeende regel, geschraagd door deze bepaling. Voorts moet worden vastgesteld dat de (bijzonder) grote meerderheid van de huidige brandverzekeringsovereenkomsten voorziet in de dekking van dergelijke kosten tot een percentage van de verschuldigde schadevergoeding (barema met degressieve percentages voor de dekking van de kosten voor een deskundige).

De deskundigen stellen zich eveneens vragen bij het behoud van de regel in artikel 121, §2 van de wet van 4 april 2014, gelet op de uitgebreide praktijk om in de algemene voorwaarden van de

brandverzekeringen daarvan af te wijken en te werken met barema's. Deze praktijk beschermt de verzekerde omdat hij er niet van wordt weerhouden om de eerste beoordeling door de expert van de verzekeraar aan te vechten, en beschermt eveneens de verzekeraar tegen ongefundeerde betwistingen van het deskundigen verslag door de verzekerde.

Bijgevolg is er geen akkoord over de volgende tekst:

Art. 111-1-§3, lid 2 : « De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in voorkomend geval de derde expert worden voorgeschoten door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij. »

- betaling van de schadevergoeding binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;
- in geval van niet-eerbiediging van de termijnen: betaling van een boete, berekend tegen tweemaal de wettelijke interestvoet.
- een paragraaf verduidelijkt dat de verzekeraar, als hij de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, een met redenen omkleed antwoord dient te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van € 250 per dag betalen als hij deze termijn niet naleeft.

Zoals hierboven is toegelicht, vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de deskundigen om aan deze sanctie als voorwaarde te koppelen dat de verzekerde een herinnering stuurt per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel. De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van deze vereiste om een herinnering te sturen in deze As 2.

De vertegenwoordigers van de consumenten stemmen dus niet in met de volgende tekst:

Art. 111-1-§2, lid 3 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de verzekerde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd.»

- Tot slot is erin voorzien dat de verzekeraar de verzekerde alleen om documenten en inlichtingen kan vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen.

3. Andere verzekeringen

(bv. gezondheidsverzekeringen, bedrijfsschadeverzekeringen, ongevallenverzekeringen uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt):

Een algemene bepaling, geïnspireerd op de Luxemburgse wet van 27 juli 1997 betreffende de verzekeringsovereenkomst (art. 29), wordt ingevoegd in de wet betreffende de verzekeringen (bv. art. 67-1). De Luxemburgse wet bepaalt het volgende:

- de verzekeraar voert de overeengekomen prestatie uit zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt;

- de verschuldigde sommen worden betaald binnen 30 dagen vanaf de vaststelling van hun bedrag, op straffe van een sanctie (moratoriuminteressen tegen de wettelijke interestvoet).

De volgende verduidelijkingen worden toegevoegd:

- de bepaling geldt niet in de gevallen waarin de kwestie wordt geregeld door specifieke bijzondere wetsbepalingen;
- wanneer de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, is hij verplicht een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van € 250 per dag betalen als hij deze termijn niet naleeft.

Zoals hierboven is toegelicht, vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de deskundigen om aan deze sanctie als voorwaarde te koppelen dat de verzekerde een herinnering heeft gestuurd per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel. De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van deze vereiste om een herinnering te sturen in deze As 3.

De vertegenwoordigers van de consumenten stemmen dus niet in met de volgende tekst:

Art. 73-1, §2, lid 3 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de begunstigde van de prestatie, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd. »

- wanneer het schadegeval gedekt is, is de sanctie bij het niet-naleven van de betalingstermijn voor de verzekeringsprestatie vastgesteld op tweemaal de wettelijke interestvoet, om redenen van parallelisme met de eerste twee assen;
- de verzekeraar betaalt het bedrag dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de prestatie is vastgesteld wanneer het exacte en definitieve bedrag van de verzekeringsprestatie niet onmiddellijk kan worden vastgesteld;
- de verzekeraar mag aan de begunstigde van de prestatie enkel documenten en inlichtingen vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de prestatie vast te stellen.

De voorgestelde tekst voor deze derde as is algemeen van toepassing en betreft de verschillende soorten verzekeringen die niet door specifieke teksten geregeld worden, of het nu gaat om schade- of persoonsverzekeringen, om verzekeringen tot vergoeding van schade of tot uitkering van een vast bedrag. De terminologie is in die zin aangepast. Termen die eigen zijn aan schadeverzekeringen, zoals "slachtoffer", "schade" en "schadevergoeding", worden vermeden. Daarentegen worden in de tekst de begrippen "verzekeringsprestatie" en "begunstigde van de prestatie" gebruikt.

Onder "specifieke teksten" moet worden verstaan de bestaande of toekomstige bepalingen zoals deze gelden voor de verzekering BA Motorrijtuigen (art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), de brandverzekering of de levensverzekering, alsook de situaties bedoeld in de nieuwe voorgestelde bepalingen voor aansprakelijkheidsverzekeringen (as 1) en zaakverzekeringen (as 2).

4. *Gemeenschappelijke bepalingen voor de drie hierboven uitgewerkte assen*

a) *Informatie over de expertise*

De verzekeraar moet aan de verzekerde/benadeelde duidelijke informatie verstrekken over met name het verloop van de expertise (cf. onder meer de brochure van Assuralia), naast de lijst van documenten die relevant en noodzakelijk zijn voor de schaderegeling.

b) *Opschorting van de termijnen in bepaalde bijzondere gevallen*

Naar het voorbeeld van wat artikel 121 § 3 van de wet van 4 april 2014 regelt met betrekking tot de brandverzekering, zouden de teksten bepalen dat de termijnen in bepaalde situaties zouden worden opgeschort, bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of de begunstigde van de prestatie de verplichtingen die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt niet heeft vervuld op de datum van de beëindiging van de expertise, of bij een vermoeden van een opzettelijk veroorzaakt schadegeval, of wanneer de termijnen niet kunnen worden nageleefd om redenen buiten de wil van de verzekeraar en zijn gemachtigden om die dan door de verzekeraar aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden meegedeeld (bv. bij meervoudige schadegevallen, bij zeer complexe schadegevallen of omdat de verzekeraar door een geschil tussen erfgenamen niet weet aan wie hij de vergoeding mag betalen).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de opschorting van de betalingstermijnen ook te handhaven ingeval van diefstal in een zaakverzekering, as 2, als bepaald in artikel 121, § 3, 2° van de wet van 4 april 2014. Deze bepaling laat de verzekeraar toe de betaling van de schadevergoeding ingeval van diefstal op te schorten tot hij kennis heeft genomen van het strafrechtelijk dossier, zonder motivering. Huns inziens is de handhaving van de opschorting gerechtvaardigd door het feit dat de verzekeraar, bij twijfel over de precieze omstandigheden van het schadegeval, over de materialiteit van de feiten, enz., vooraf toegang moet hebben tot het strafrechtelijk dossier om te kunnen bepalen of het schadegeval al dan niet gedekt is door de verzekeringsovereenkomst.

De vertegenwoordigers van de consumenten en hun deskundigen zien niet in waarom het loutere feit dat het gaat om een diefstal, een rechtvaardiging zou vormen voor het bevriezen van de mogelijkheden van de verzekerde om voorschotten te krijgen of zelfs een definitieve schadeloosstelling. Deze bepaling is des te minder aanvaardbaar omdat het strafrechtelijk onderzoek en de beschikbaarheid van het strafrechtelijk dossier veel tijd kunnen vergen, terwijl het loutere feit dat het een diefstal betreft, het uiteraard niet per definitie onmogelijk maakt om te beschouwen dat de verzekerde niet de dader van de diefstal is en de waarde van de gestolen zaken te ramen.

Zij wijzen er op dat de Ombudsman van de verzekeringen meerdere klachten krijgt van verzekerden die niet begrijpen waarom bij diefstal het dossier volledig geblokkeerd is zonder motivering tot kennisname van het strafdossier dat maanden kan duren. Bovendien heeft de verzekeraar reeds de mogelijkheid om aan de verzekerde gemotiveerd te antwoorden dat er nog niet kan geregeld worden. Zij erkennen het belang van de bestrijding van fraude en dat bij vermoeden van fraude voorzichtigheid geboden is, maar zijn van mening dat de verzekeraar reeds over voldoende middelen beschikt om mogelijke fraude te detecteren en daarvoor niet (moet) wachten op inzage van het strafdossier. Zij menen dat de nieuwe wetgeving duidelijk moet zijn en “wetgevende overkill” moet vermeden worden.

Er is bijgevolg geen akkoord bereikt over de volgende tekst:
Art. 111-1-§4, 2° : « Het gaat om **een diefstal** of (...) ».

c) Beperking van de regeling tot de rechtstreeks begunstigten van de prestatie

De voorgestelde tekst geldt enkel voor de rechtstreeks begunstigde van de verzekeringsprestatie (de verzekerde, de benadeelde, de begunstigde ...), met uitsluiting van gesubrogeerde derden (bv. het ziekenfonds, een andere verzekeraar) en van dienstverleners aan wie de verzekeraar volgens een overeengekomen mechanisme bedragen betaalt als vergoeding voor bepaalde prestaties (bv. experts, raadgevend artsen, advocaten in het kader van rechtsbijstandsverzekering).

Hij geldt bijgevolg evenmin in het geval van een derdebetalersregeling die de verzekeraar in samenwerking met een dienstverlener heeft opgezet, bijvoorbeeld een ziekenhuis in het kader van een ziektekostenverzekering of een garage of carrosseriehersteller in het kader van motorrijtuigverzekeringen (stoffelijke schade of BA). In die gevallen betaalt de verzekeraar de verzekeringsprestatie rechtstreeks aan de dienstverlener die de dienst aan de begunstigde heeft verleend (medische zorg, herstelling van het voertuig ...).

De factuur voor deze dienst wordt aan de verzekeraar gericht en niet aan de verzekerde. In sommige gevallen zal de verzekeraar *a posteriori* bij de begunstigde de terugbetaling vorderen van de contractuele vrijstelling en van eventuele supplementen die niet onder de dekking van de verzekering zouden vallen. In andere gevallen zal de dienstverlener deze bedragen bij de begunstigde invorderen.

De derdebetalersregeling wordt geregeld door contractuele bepalingen die zijn overeengekomen tussen de verzekeraar en de dienstverlener.

De verplichtingen ten laste van de verzekeraar worden in het geval van een derdebetalersregeling uiteraard slechts ingeperkt naargelang de tussenkomst van de derde betaler.

5. Inwerkingtreding – Toepassing in de tijd

De hier voorgestelde wijzigingen vereisen met name aanzienlijke technische aanpassingen bij de verzekeringsondernemingen: interne processen, informatica-ontwikkelingen, contractuele documenten. Men dient hiervoor dan ook een redelijke termijn te hanteren, zodat de verzekeraars zich kunnen voorbereiden.

Daarom wordt voorgesteld:

- de nieuwe wetsbepalingen in werking te laten treden op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze zijn bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad;

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen dat bovendien wordt bepaald dat de nieuwe bepalingen slechts van toepassing zijn op de schadegevallen die voorvallen vanaf de datum van inwerkingtreding ervan, zijnde de eerste dag van de zes maanden na die waarin de wet is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad. Zij wijzen erop dat in hun IT-systemen het schadedossier is gelinkt aan de datum van het schadegeval. Zij zijn van mening dat deze regel duidelijkheid schept en discussies vermijdt.

De deskundigen stellen vragen bij de verantwoording van deze tweede overgangsbepaling die de toepassing van de nieuwe bepalingen enkel beperkt tot schadegevallen die voortvallen na de inwerkingtreding ervan.

Er is bijgevolg geen akkoord bereikt over de volgende tekst:

4. Inwerkingtreding : « Zij is van toepassing op schadegevallen die zich vanaf deze datum hebben voorgedaan. »

D. Voorstel van teksten

1. *Aansprakelijkheidsverzekeringen*: art. 145-1 tot 145-5 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Termijnen voor de betaling van de voorschotten en de schadevergoeding

Art. 145-1 De artikelen 145-2 tot en met 145-5 van deze wet zijn van toepassing voor schade geleden door benadeelden die natuurlijke personen of rechtspersonen zijn.

Zij gelden bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

Art. 145-2 - § 1 Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen wanneer:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst niet wordt betwist,
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist,
- en de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeraar of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken of nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2 De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

Dit verzoek is onderworpen aan de regels die zijn bepaald in § 1.

§ 3 Indien geen voorstel is voorgelegd binnen de hierboven bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de genoemde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van genoemde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

§ 4 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 5 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

Art. 145-3 - § 1 Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst wordt betwist,
- de aansprakelijkheid wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld,
- of
- de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

dient de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

§ 2 Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in § 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervaldag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

Art. 145-4 De termijnen waarin de artikelen 145-2 en 145-3 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de benadeelde schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

Art. 145-5 De artikelen 145-2 en 145-3 zijn van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de benadeelde worden gedaan. Zij gelden niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt gestort volgens een met deze dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

2. *Zaakverzekeringen*: art. 111-1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Onderafdeling 3bis – Termijnen voor de betaling van de vergoeding

Betaling van de vergoeding

Art. 111-1 - § 1^{er} Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name artikel 121 van deze wet.

§ 2 Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in lid 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de verzekerde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

§ 3 Voor zover de dekking van het schadegeval door de overeenkomst niet wordt betwist, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord.

In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. **De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in**

voorkomend geval de derde expert worden voorgeschoten door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert.

De schadevergoeding moet betaald worden binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag.

§ 4 De termijnen waarin paragraaf 2 en 3 voorzien, worden opgeschort in de volgende gevallen:

1° De verzekerde heeft op de datum van de beëindiging van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° Het gaat om **een diefstal** of er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet door de verzekeraar worden geformuleerd zodra dit mogelijk is, en in het geval van een expertise uiterlijk binnen dertig dagen na de beëindiging ervan. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling gebeuren binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis heeft genomen van de conclusies van het genoemde dossier;

3° De verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de beëindiging van de expertise of de raming van de schade bedoeld in paragraaf 2 beletten.

§ 5 In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld in paragraaf 3, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 6 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 7 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 8 Dit artikel is slechts van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

3. Andere verzekeringen: art. 73-1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen
(subsidiar van toepassing wanneer er geen enkele andere wetsbepaling van toepassing is)

Prestatie van de verzekeraar

§ 1 Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 111-1, 121, 145-1 tot en met 145-5, 197/1 en 197/2 van deze wet, alsook de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

§ 2 Wanneer iemand naar aanleiding van een schadegeval een verzoek tot betaling van een verzekeringsprestatie indient maar de verzekeraar de dekking van dit schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in lid 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de begunstigde van de prestatie, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de prestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde betalingsvoorstel.

§ 3 De verzekeraar voert de overeengekomen prestatie uit binnen de termijn waarin paragraaf 6 voorziet vanaf het moment waarop:

- hij over alle hiertoe redelijkerwijs benodigde elementen beschikt en
- er geen enkele betwisting meer bestaat betreffende:
 - o de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst;
 - o het bedrag van de verschuldigde prestatie.

§ 4 Wanneer het definitieve bedrag van de prestatie betwist wordt, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de prestatie dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de prestatie is vastgesteld binnen de termijn bepaald in paragraaf 6 .

§ 5 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 6 De verschuldigde bedragen worden betaald binnen 30 dagen na hun vaststelling.

Het gedeelte van de prestatie dat niet binnen die termijn wordt betaald, brengt van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop de termijn verstrijkt tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 7 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 8 De termijnen waarin paragraaf 2 en 6 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de begunstigde van de prestatie schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

§ 9 Dit artikel is van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

4. Inwerkingtreding – Toepassing in de tijd (slotartikel van de nieuwe wet)

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Zij is van toepassing op schadegevallen die zich vanaf deze datum hebben voorgedaan.

IV. ONTWERP VAN WET TOT VERVANGING VAN ARTIKELEN 13 EN 14 WAM-WET

A. Toelichting

Zoals hoger toegelicht, is het ontwerp van nieuwe bepalingen met betrekking tot As 1, geïnspireerd op de artikelen 13 en 14 WAM-wet doch de uiteindelijke tekst van de voorgestelde artikelen 145-1 tot en met 145-5 wijkt daarvan af. Om de verzekerde en de benadeelde in geval van een verzekering BA motorrijtuigen eenzelfde bescherming te bieden en met het oog op rechtszekerheid, acht de Commissie het aangewezen om deze artikelen 13 en 14 WAM-wet in overeenstemming te brengen met het voorgelegde ontwerp.

Daarenboven stelt de Commissie voor om het toepassingsgebied van deze artikelen uit te breiden tot de vergoedingsregeling van artikel 29ter WAM-wet, en daarmee een vergetelheid van de wetgever recht te zetten.

B. Ontwerptekst

De Commissie voor Verzekeringen legt volgend ontwerp voor tot vervanging van de artikelen 13 en 14 WAM-wet.

Artikel 13

- § 1.** Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of de verzekeringsonderneming van de eigenaar, de houder of de bestuurder van het motorrijtuig betrokken in het ongeval in de zin van

artikel 29bis, § 1, eerste lid of artikel 29ter, § 2 of hun mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen, wanneer:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst of de toepassing van artikel 29bis of van artikel 29ter niet wordt betwist,
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist,
- en schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeringsonderneming of haar mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken en nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

- § 2** De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

Dit verzoek is onderworpen aan de regels die zijn bepaald in § 1.

- § 3** Indien er geen voorstel is voorgelegd binnen de hierboven bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de genoemde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van genoemde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

§ 4 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.

§ 5 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

Artikel 14

§ 1 Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst of door toepassing van artikel 29bis of artikel 29ter wordt betwist,
- de aansprakelijkheid of de toepassing van artikel 29bis of artikel 29ter wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld, of
- de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

dient de verzekeringsonderneming die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend of de verzekeringsonderneming van de eigenaar, de houder of de bestuurder van het motorrijtuig betrokken in het ongeval in de zin van artikel 29bis, § 1, eerste lid of artikel 29ter, § 2 of hun mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

§ 2 Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in § 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de eerste dag van de twee volgende dagen:

- 1°) de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervalddag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd;
- 2°) de dag waarop de verzekeraar is verwittigd door het Gemeenschappelijk Waarborgfonds met toepassing van artikel 19bis-13, § 1, tweede lid, 1°).

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

V. ENKELE PUNTEN BETREFFENDE DE AFWIKKELING VAN SCHADEGEVALLEN

De hierna volgende punten zijn gerelateerd aan de afwikkeling van schadegevallen, doch vallen buiten het bestek van een regeling van de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar.

1. De Commissie voor Verzekeringen wijst nogmaals op:

- de noodzaak van een snellere toegang tot het strafdossier, minstens het proces-verbaal. Ze dringt er nogmaals op aan om de vertraging in het bekomen van dit strafdossier op te lossen en om in het kader van de werkzaamheden van het zgn. TransPV tot een concrete regeling te komen;

- de problematiek van de expertises in verzekeringen en het erg beperkt aanbod aan (onafhankelijke) experten. Inzake de medische experten bestaat het initiatief van de vzw Expecto. Dit is een initiatief van Assuralia en de verenigingen van Nederlandstalige raadgevende artsen (Benevermedex) en hun Franstalige collega's (Abefradoc). De missie van Expecto omvat twee luiken: het promoten van de specialisatie in verzekeringsgeneeskunde en medische expertise en stages organiseren voor raadgevende artsen in spe, financieel ondersteund door de verzekeringssector (<https://www.dr-expecto.be/nl/veelgestelde-vragen>);

- het belang van een tijdige voorafgaande communicatie aan de verzekerde en de benadeelde van iedere afspraak voor een medische expertise, alsook van een duidelijke informatie over de taak en rol van deze expert en het recht van de verzekerde en de benadeelde om zich te laten bijstaan door een eigen medisch expert.

De vertegenwoordigers verwijzen hiervoor naar het sectorinitiatief van de soft law en de brochure ter zake die beschikbaar is op de website van Assuralia.

De vertegenwoordigers van de verbruikers wensen echter een wettelijke regeling die de inhoud van de brochure vastlegt, geïnspireerd op de Franse wet Badinter (A.211-11.a du Code des assurances). In geval van ernstige lichamelijke letsels wensen zij een wettelijke regeling die bepaalt dat de verzekerde beroep kan doen op een advocaat onder de voorwaarden van artikel 157 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

VI. **BESLUIT**

De Commissie voor Verzekeringen legt hierna volgende twee ontwerpen voor:

- een ontwerp van nieuwe wetbepalingen en een toelichting tot regeling van de termijnen en sancties voor de prestaties van de verzekeraar die van toepassing zijn voor zover er geen bijzondere regeling geldt.

Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft vier aspecten. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (III).

- een ontwerp tot vervanging van de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (WAM-wet) (IV).

Daarnaast worden enkele punten onder de aandacht gebracht die gerelateerd zijn aan de afwikkeling van schadegevallen, doch buiten het bestek vallen van een regeling van de termijnen en de sancties voor prestaties van de verzekeraar (V).

Caroline Van Schoubroeck
Voorzitster