

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

6 mei 2009

WETSVOORSTEL

tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft

(ingediend door mevrouw Katrien Partyka, de heer Joseph George, mevrouw Sofie Staelraeve, de heren David Clarinval, Servais Verherstraeten en Willem-Frederik Schiltz en mevrouw Freya Van den Bossche)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

6 mai 2009

PROPOSITION DE LOI

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

(déposée par Mme Katrien Partyka, M. Joseph George, Mme Sofie Staelraeve, MM. David Clarinval, Servais Verherstraeten et Willem-Frederik Schiltz et Mme Freya Van den Bossche)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe de toegang tot schuldsaldoverzekeringen te verbeteren voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

De indieners stellen voor een standaard vragenformulier in te voeren en een tariferingsbureau en een compensatiekas op te richten. Zij stellen tevens voor de Koning de mogelijkheid te bieden deze regeling uit te breiden tot invaliditeitsverzekeringen.

RÉSUMÉ

Cette proposition de loi vise à améliorer l'accès aux assurances de solde restant dû pour les personnes qui présentent des risques sanitaires accrus.

Les auteurs proposent d'instaurer un questionnaire standardisé et de créer un bureau de tarification ainsi qu'une caisse de compensation. Ils proposent en outre de permettre au Roi d'étendre cette réglementation à l'assurance contre l'invalidité.

cdH	:	centre démocrate Humaniste
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
FN	:	Front National
LDD	:	Lijst Dedecker
MR	:	Mouvement Réformateur
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	:	Parti Socialiste
sp.a	:	socialistische partij anders
VB	:	Vlaams Belang

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 52 0000/000:	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 52 0000/000:	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Een levensverzekering aangaan is niet zo makkelijk voor mensen met gezondheidsproblemen. Eén van de ernstigste problemen is dat chronisch zieken of (ex-) kankerpatiënten het nog altijd moeilijk hebben om een schuldsaldoverzekering te verkrijgen. Ofwel worden ze gewoon geweigerd door de verzekeraar ofwel worden zulke hoge premies gevraagd dat het in de praktijk op een weigering neerkomt. Jonge kankerpatiënten, zelfs indien ze als genezen worden beschouwd, krijgen moeilijk een schuldsaldoverzekering en kunnen hierdoor ook niet lenen om bijvoorbeeld een huis te kopen. In de meeste gevallen wordt zo een verzekering door de kredietgever gevraagd als waarborg voor het hypothe-cair krediet. De wet op het hypothecair krediet laat dit trouwens toe.

Patiëntenverenigingen vragen een aantal maatregelen:

- de verzekeraars zouden rekening moeten houden met de meest recente ontwikkelingen van de wetenschap: sommige kankers of ziekten (bvb. HIV) waren vroeger misschien dodelijk, maar hebben ondertussen een hoog tot zeer hoog genezings- of stabiliseringspercentage en toch worden (ex-)patiënten geweigerd omdat ze als een te hoog risico worden beschouwd;
- de medische vragenlijsten die maatschappijen hanteren bij het aanvragen van de verzekeringen moeten objectiever en neutraler opgesteld worden, dit in overleg met de patiëntenorganisaties;
- in het algemeen is een gestructureerd overleg wenselijk van de organisaties en het middenveld die de belangen van de patiënten behartigen met de verzekeringssector.

Niet alleen uit sociaal maar ook uit economisch oogpunt heeft deze problematiek een belangrijke impact. Bij een substantiële verbetering van de toegang tot schuldsaldoverzekeringen zullen mensen met een verhoogd risico een eigen woning kunnen verwerven. Voor de sedert 1 januari 2007 verbeterde toegang in Frankrijk via de zgn. «*Convention Aeras*» wordt geraamd dat 6,5% van de aanvragers van een hypothe-cair krediet een verhoogd gezondheidsrisico hebben.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les personnes dont la santé est chancelante éprouvent souvent des difficultés pour contracter une assurance sur la vie. L'un des problèmes les plus graves concerne les malades chroniques et les (anciennes) victimes du cancer qui, aujourd'hui encore, obtiennent difficilement une assurance de solde restant dû. Ou cette assurance leur est simplement refusée par leur assureur, ou les primes demandées sont tellement élevées qu'elles s'assimilent, en pratique, à un refus. Les jeunes cancéreux obtiennent difficilement cette assurance, même lorsqu'ils sont considérés comme guéris, et ce refus les empêche de contracter un emprunt, par exemple pour acheter une maison. Généralement, cette assurance est demandée par le prêteur pour garantir le crédit hypothécaire, ce qu'autorise d'ailleurs la loi sur le crédit hypothécaire.

Les associations de patients demandent plusieurs mesures:

- les assureurs devraient tenir compte des derniers progrès de la science. Pour certains cancers et certaines maladies (par exemple le VIH), qui pouvaient autrefois être mortelles, les taux de guérison ou de stabilisation sont aujourd'hui élevés, voire très élevés. Or, les (ex-) patients concernés essuient un refus dès lors qu'ils sont considérés comme présentant des risques trop élevés;
- les questionnaires médicaux utilisés par les compagnies lors de la demande des assurances doivent être rédigés d'une manière plus objective et plus neutre, en concertation avec les organisations de patients;
- d'une manière générale, il est souhaitable d'organiser une concertation structurée entre le secteur de l'assurance et les organisations et instances de la société civile qui défendent les intérêts des patients.

Cette problématique a des répercussions importantes tant sur le plan social que sur le plan économique. Une amélioration substantielle de l'accès aux assurances de solde restant dû permettrait aux personnes présentant un risque accru d'acquérir leur propre logement. En France, on évalue que depuis l'amélioration de cet accès depuis le 1^{er} janvier 2007 grâce à la «*Convention Aeras*», 6,5% des demandeurs d'un crédit hypothécaire présentent un risque sanitaire aggravé. Parmi ces

Ongeveer 90% van deze personen met een verhoogd risico kregen via de *Convention Aeras* toegang tot een schuldsaldoverzekering¹.

Indien voor ons land een min of meer gelijkaardig percentage geldt, kan het aantal betrokken personen op basis van de cijfers van de Nationale Bank op ongeveer 17 000 per jaar worden geraamd. In totaal zou het over ongeveer 140 000 personen kunnen gaan die geconfronteerd worden met de problematiek².

Inzake deze problematiek werden reeds diverse wetsvoorstellen ingediend: het wetsvoorstel

strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en teneinde de verzekeraarbaarheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand (DOC 52 0823/001, van de heer Wathelet c.s.), het wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen betreft (DOC 52 1252/001, van mevrouw Partyka c.s.) en het wetsvoorstel strekkende tot het verhogen van de toegankelijkheid van schuldsaldoverzekeringen voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico (DOC 52 1764/001, van mevrouw Staelraeve c.s.).

De Commissie voor de Verzekeringen sprak zich op 22 januari 2009 in een advies uit over de problematiek. Wij hebben een synthesevoorstel uitgewerkt dat rekening houdt met de opmerkingen en bedenkingen van de Commissie en de belangrijkste doelstellingen van de reeds genoemde voorstellen.

personnes, environ 90% ont eu accès à une assurance de solde restant dû grâce à la Convention Aeras¹.

Si on applique un pourcentage plus ou moins équivalent à notre pays, le nombre de personnes concernées se chiffrerait à environ 17 000 par an sur la base des statistiques de la Banque nationale. Au total, on estime que quelque 140 000 personnes seraient confrontées à la problématique².

Diverses propositions de loi concernant cette problématique ont déjà été déposées: la proposition de loi visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé (DOC 52 0823/001 de M. Wathelet et consorts), la proposition de loi modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû (DOC 52 1252/001 de Mme Partyka et consorts) et la proposition de loi augmentant l'accessibilité des assurances de solde restant dû pour les personnes présentant un risque sanitaire accru (Doc 52 1764/001, de Mme Staelraeve et consorts).

La Commission des assurances a rendu un avis sur la problématique le 22 janvier 2009.

Nous avons élaboré une proposition de synthèse qui tient compte des observations et des réflexions de la Commission ainsi que des objectifs principaux des propositions précitées.

¹ Parlementaire vraag nr. 13310 van Frans volksvertegenwoordiger Stéphane DEMILLY over de toepassing van de *Convention Aeras*, antwoord door mevrouw Christine LAGARDE, minister van Economie, Financiën en Tewerkstelling (*Journal Officiel* van 25 maart 2008):

«Les données statistiques du 1^{er} semestre 2007 montrent que sur 2 millions de demandes d'assurance déposées depuis le 1^{er} janvier 2007 pour des crédits immobiliers (dont 1,6 million concernent une garantie décès invalidité) 125 000 demandes concernent des risques aggravés de santé soit 6,5% du total. Sur ces 125 000 demandes, plus de 90% ont fait l'objet d'une proposition d'assurance, 5% des dossiers étaient en attente de décision à la fin du semestre, 2% étaient irrecevables et 3% sont remontés au pool des risques très aggravés (3e niveau d'examen des demandes d'assurance).»

² In 2007 werden 263 250 nieuwe hypothecaire kredieten geregistreerd, 6,5% hiervan is 17 111. In totaal waren er 2 210 350 hypothecaire kredieten geregistreerd, 6,5% hiervan bedraagt 143 673 (bron: Nationale Bank van België, Statistieken – Centrale voor Kredieten aan Particulieren 2007, p. 30 en 28).

¹ Question parlementaire n° 13310 du député français Stéphane DEMILLY sur l'application de la Convention Aeras, réponse de Mme Christine LAGARDE, ministre de l'Économie, des Finances et de l'Emploi (*Journal Officiel* du 25 mars 2008):

«Les données statistiques du 1^{er} semestre 2007 montrent que sur 2 millions de demandes d'assurance déposées depuis le 1^{er} janvier 2007 pour des crédits immobiliers (dont 1,6 million concernent une garantie décès invalidité) 125 000 demandes concernent des risques aggravés de santé soit 6,5% du total. Sur ces 125 000 demandes, plus de 90% ont fait l'objet d'une proposition d'assurance, 5% des dossiers étaient en attente de décision à la fin du semestre, 2% étaient irrecevables et 3% sont remontés au pool des risques très aggravés (3e niveau d'examen des demandes d'assurance).»

² En 2007, on a enregistré 263 250 nouveaux crédits hypothécaires, un pourcentage de 6,5% correspond à 17 111. Au total, on a enregistré 2 210 350 crédits hypothécaires, un pourcentage de 6,5% correspond à 143 673 (source: Banque nationale de Belgique, Statistiques – Centrale des Crédits aux particuliers 2007, p. 28 et 30).

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Art. 2

Nieuw artikel 95/1 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

De invoering van een gedragscode en de invoering van een standaard medische vragenlijst kadert in de algemene problematiek van de ondoorzichtigheid van medische vragenlijsten en onderzoeken bij het verkrijgen van persoonsverzekeringen. In dit voorstel wordt voor deze problematiek voor de sector van de schuld-saldooverzekeringen een oplossing met twee doelstellingen nagestreefd.

Enerzijds moet een vragenlijst een evenwicht bieden tussen de bescherming van de privacy van de kandidaat verzekerde en de noodzaak van de verzekeraar om het gezondheidsrisico te bepalen. Onrechtstreeks zal de gedragscode wellicht ook, zoals in Nederland, de toegang tot de markt eenvoudiger en doorzichtiger maken.

Anderzijds moet een standaardvragenlijst de werking van het tarifieringsbureau schuld-saldooverzekeringen (zie artikel 3) vergemakkelijken omdat de informatie inzake gezondheidsrisico's door alle verzekeraars op dezelfde wijze zal opgevraagd worden.

Omdat kan worden verondersteld dat de betrokken actoren (verzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties) hiertoe de nodige expertise in huis hebben, wordt in eerste instantie in de mogelijkheid van een vragenlijst gebaseerd op een gedragscode voorzien. In Nederland slaagde de verzekeringssector en het middenveld er in een dergelijke gedragscode uit te werken, het Protocol verzekeringskeuringen 2003 en het Model

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2

Nouvel article 95/1 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

L'introduction d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé s'inscrit dans le cadre de la problématique générale du manque de clarté des questionnaires et des examens médicaux préalables à l'octroi de toute assurance personnelle. La présente proposition de loi vise à y répondre, pour le secteur des assurances de solde restant dû, grâce à une solution dont l'objectif est double.

D'une part, un questionnaire doit offrir un équilibre entre la protection de la vie privée du candidat-assuré et la nécessité pour l'assureur de déterminer le risque sanitaire. Indirectement, le code de conduite permettra sans doute également de rendre l'accès au marché plus simple et plus transparent, comme c'est le cas aux Pays-Bas.

D'autre part, un questionnaire standardisé doit faciliter le fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû (voir article 3) dès lors que toutes les questions relatives aux risques sanitaires seront formulées de la même manière par tous les assureurs.

L'on peut supposer que les acteurs concernés (assureurs, organisations de consommateurs et de patients) disposent de l'expertise requise à cet effet, c'est pourquoi nous prévoyons, en premier lieu, la possibilité d'un questionnaire basé sur un code de conduite. Aux Pays-Bas, le secteur de l'assurance et la société civile sont parvenus à élaborer un tel code de conduite, à savoir le Protocol verzekeringskeuringen 2003 et le

gezondheidsverklaring 2004. Dit kwam mede doordat de wetgever tegelijk voorzag in ruimte voor zelfregulering en in de mogelijkheid op dwingende maatregelen³.

Voor het uitwerken van een gedragscode hoeft geen nieuw orgaan te worden gecreëerd. De Commissie voor verzekeringen kan hiervoor op basis van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen een sectie oprichten. Deze sectie is paritair samengesteld uit enerzijds vertegenwoordigers van de verzekeraars en anderzijds vertegenwoordigers van de consumenten en patiënten.

Indien de Commissie voor verzekeringen er niet in slaagt een gedragscode uit te werken, kan – eveneens naar Nederlands model – de Koning een code en standaardvragenlijst opleggen.

De Nederlandse wet voorziet niet in de verplichting om kandidaat-verzekerden te aanvaarden. Maar de overkoepelende patiëntenorganisatie is van oordeel dat «sinds de nieuwe gezondheidsverklaring minder lichamelijke keuringen plaatsvinden en dat er meer mensen probleemloos geaccepteerd worden voor de levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekering».

Model gezondheidsverklaring 2004. Cette réalisation n'aurait pas été possible si le législateur n'avait prévu, en parallèle, un cadre pour l'autorégulation et la possibilité de prendre des mesures contraignantes³.

Pour élaborer le code de conduite, il n'est pas nécessaire de mettre en place un nouvel organe. La Commission des assurances pourra, à cet effet, créer une section en vertu de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances. Cette section sera composée paritairément, d'une part, de représentants des assureurs et, d'autre part, de représentants des consommateurs et des patients.

Si la Commission des assurances ne parvient pas à rédiger un code de conduite, le Roi peut, à l'instar du modèle néerlandais, imposer un code et un questionnaire standardisé.

La loi néerlandaise ne prévoit pas d'obligation d'accepter les candidats à l'assurance. Mais l'organisation faitière des patients considère que «depuis la nouvelle déclaration de santé, le nombre d'examens physiques a diminué et davantage de personnes peuvent contracter sans problème une assurance sur la vie et une assurance contre l'incapacité de travail».

³ Wet van 7 juli 1997, houdende regels tot versterking van de rechtspositie van hen die een medische keuring ondergaan, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 21 augustus 1997, artikel 9: Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8. Art. 14 van de wet geeft, indien na 3 jaar geen afspraken gemaakt zijn, de overheid de mogelijkheid regels hierover uit te vaardigen. De wet handelt ook over medische onderzoeken bij aanwerving van werknemers. Zij voorziet in geen maatregelen inzake toegankelijkheid tot persoonsverzekeringen. Voor een evaluatie van de wet, zie het rapport *Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen*. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. Den Haag, ZonMw, maart 2007.

³ Loi du 7 juillet 1997 renforçant le statut juridique des personnes qui subissent un examen médical, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 21 août 1997, article 9: Les organisations patronales, les assureurs, les organisations syndicales, les associations de consommateurs et les organisations de patients ainsi que les organisations représentatives du corps médical peuvent conclure des accords sur la description de la finalité de l'examen médical visé à l'article 2, alinéa 1er, sur la réalisation des examens médicaux visés à l'article 4, alinéa 1er, et sur les questions et les examens médicaux visés aux articles 3, 5, 6, 7 et 8 (traduction). L'article 14 de la loi habilite les autorités, à défaut d'un accord dans un délai de 3 ans, à prendre des mesures dans cette matière. La loi régit également les examens médicaux réalisés dans le cadre du recrutement de travailleurs. Elle ne prévoit pas de mesures en matière d'accessibilité aux assurances de personnes. Pour une évaluation de la loi, voir le rapport *Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen*. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. La Haye, ZonMw, mars 2007.

Dit blijkt ook uit evaluatie van de wet⁴.

Uit de opmerkingen van de vertegenwoordigers van de verbruikers in het advies van de Commissie Verzekeringen van 22 januari 2009 blijkt terecht dat het aangewezen is dwingende termijnen op te leggen binnen dewelke de verzekeraar zijn voorstel of afwijzing moet formuleren. De bedoeling hiervan is te vermijden dat een eventuele gedragscode dode letter blijft doordat kandidaat-verzekerden maandenlang moeten wachten op een beslissing van de verzekeraar. Er kan van worden uitgegaan dat de betrokken groepen (verzekeraars, consumenten, patiënten) in staat zijn binnen de sectie een akkoord uit te werken dat een termijn van behandeling van de aanvraag vaststelt die voor alle partijen redelijk en aanvaardbaar is. Er kan ook verondersteld worden dat zij er in slagen te bepalen na hoeveel weigeringen een consument een beroep kan doen op het tarifieringsbureau, en hoe hoog de premies zijn die met een feitelijke weigering worden gelijkgesteld.

Consumentenorganisaties vragen ook dat de kredietgevers eventuele andere waarborgen dan een schuldsaldoverzekering in aanmerking nemen; deze mogelijkheid wordt ook in de gedragscode bepaald. Het lijkt logisch de kredietsector – als betrokken partij – deel te laten uitmaken van de sectie.

⁴ Reactie van het Breed Platform Verzekerden & Werk van 19 juli 2007 aan de Minister van Volksgezondheid n.a.v. de tweede evaluatie van de wet. Voor een evaluatie van de wet, zie het rapport Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. Den Haag, ZonMw, maart 2007: «De meerderheid van aspirant-verzekerden wordt zonder problemen geaccepteerd voor de verzekering. de nieuwe gezondheidsverklaring lijkt de acceptatie te hebben versoepeld. Uitsluitingen of eventuele aanvullende voorwaarden zijn bovendien toegestaan. Voor zelfstandigen met gezondheidsproblemen lijken deze voorwaarden (en dan met name de hoogte van de premie) echter een probleem. Van de aspirant-verzekerden wordt blijkens de TNS-NIPO enquête 80% probleemloos geaccepteerd – voor een levensverzekering duidelijk vaker dan voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit percentage strookt met de gegevens van het Verbond van Verzekeraars. Daadwerkelijke afwijzing voor de verzekering komt voor bij 7% van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en 2% van de levensverzekeringen. In 23 respectievelijk 14% wordt gewerkt met aanvullende voorwaarden. Van de aspirant-verzekerden die worden afgewezen of geaccepteerd onder aanvullende condities, krijgt blijkens de evaluatie van het Verbond van Verzekeraars 39% geen of onduidelijke redenen voor de afwijzing of de aanvullende condities. Wel blijkt uit de evaluatie van het Verbond van Verzekeraars dat het percentage aspirant-verzekerden dat zonder problemen wordt toegelaten tot een verzekering sinds de introductie van de nieuwe gezondheidsverklaring duidelijk is gestegen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van 60 naar 78%».

Ce constat ressort également de l'évaluation de la loi⁴.

Selon les observations formulées par les représentants des consommateurs dans l'avis de la Commission des assurances du 22 janvier 2009, il s'avère légitime d'imposer des délais contraignants dans lesquels l'assureur doit exprimer son acceptation ou son refus. L'objectif est d'éviter qu'un éventuel code de conduite reste lettre morte, les candidats à l'assurance devant attendre des mois une réponse de l'assureur. L'on peut supposer que le groupe concerné (assureurs, consommateurs, patients) est en mesure d'élaborer, au sein de la section, un accord fixant un délai de traitement de la demande, qui soit raisonnable et acceptable pour toutes les parties. Il parviendra aussi sans doute à déterminer le nombre de refus que doit essuyer un consommateur avant de pouvoir faire appel au bureau de tarification, ainsi que la hauteur des primes assimilées à un refus de fait.

Les organisations de consommateurs demandent également que les prêteurs prennent éventuellement en compte d'autres garanties qu'une assurance de solde restant dû; cette possibilité est également prévue dans le code de conduite. Il semble logique que le secteur du crédit – en tant que partie prenante – soit intégré à la section.

⁴ Réaction de la *Breed Platform Verzekerden & Werk* du 19 juillet 2007 au ministre de la Santé à la suite de la deuxième évaluation de la loi. Pour une évaluation de la loi, voir le rapport *Tweede Evaluatie*.

Wet op de medische keuringen. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. La Haye, ZonMw, mars 2007:

«La majorité des candidats à l'assurance sont acceptés sans problème par leur assureur. La nouvelle déclaration de santé semble avoir assoupli l'acceptation. Les exclusions et les éventuelles conditions supplémentaires sont en outre autorisées. Ces conditions semblent néanmoins poser problème (en particulier la hauteur de la prime) aux indépendants qui ont des problèmes de santé.

Selon l'enquête de TNS-NIPO, 80% des candidats à l'assurance sont admis sans problème – pour une assurance sur la vie, clairement plus souvent que pour une assurance contre l'incapacité de travail. Ce pourcentage confirme les données de la fédération des assureurs. Un refus véritable du candidat est enregistré dans 7% des demandes d'assurance contre l'incapacité de travail et dans 2% des demandes d'assurance sur la vie. Dans respectivement 23% et 14%, des conditions supplémentaires sont prévues. Selon l'évaluation de la fédération des assureurs, parmi les candidats à l'assurance refusés ou acceptés moyennant des conditions supplémentaires, 39% ne sont pas informés, ou pas clairement, du motif de ce refus ou de ces conditions supplémentaires. Il ressort néanmoins de l'évaluation de la fédération des assureurs que le pourcentage des candidats à l'assurance pouvant accéder sans problème à une assurance depuis l'introduction de la nouvelle déclaration de santé a clairement augmenté, pour les assurances contre l'incapacité de travail, et est passé de 60% à 78%».

Art. 3

Nieuw artikel 95/2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

De werking van het op te richten tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen kan worden uitgebreid tot invaliditeitsverzekeringen die de terugbetaling van een krediet waarborgen. Dit is vooral belangrijk voor zelfstandigen bij dewelke wegens de lage ziekteuitkeringen de terugbetaling van een krediet problematisch kan worden. Er kan ook verwezen worden naar de uitbreiding van de Franse Convention Aeras tot invaliditeitsverzekeringen voor hypothecair en professioneel krediet. Over deze eventuele uitbreiding is een breed maatschappelijk draagvlak gewenst, reden waarom eerst in het advies van de Commissie voor Verzekeringen voorzien wordt.

Het tarifieringsbureau wordt paritair beheerd door de verzekeraars enerzijds, en door vertegenwoordigers van consumenten en patiënten anderzijds.

De twee reeds functionerende tarifieringsbureaus (verplichte aansprakelijkheidsverzekering motor-rijtuigen en natuurrampendeckking) worden beheerd door het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds. Het lijkt dan ook het meest efficiënt het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen daar onder te brengen. De Koning kan echter anders beslissen.

In tegenstelling tot de autoverzekering zal het tarifieringsbureau zelf geen polissen aanbieden. Wel wordt, gelijklopend met de natuurrampenverzekeringen, iedere verzekeraar die schuldsaldoverzekeringen aanbiedt verplicht om polissen aan de voorwaarden van het bureau aan te bieden.

De tweejaarlijkse rapportering door het bureau aan het Parlement loopt parallel met de verplichte tweejaarlijkse herziening van de tarieven en voorwaarden van het bureau.

Art. 4

Nieuw artikel 95/3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Het voorstel werd deels gebaseerd op de natuurrampendeckking. Wel is er een belangrijk verschil: het bureau kan mensen weigeren. Het gaat er om een evenwichtige oplossing te vinden voor de zogenaamde «brandend huis» problematiek.

Art. 3

Nouvel article 95/2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Le fonctionnement du futur bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû peut être étendu aux assurances contre l'invalidité qui garantissent le remboursement d'un crédit. Cet élément revêt surtout un intérêt pour les indépendants pour lesquels le remboursement d'un crédit peut s'avérer problématique, eu égard à la modicité des indemnités de maladie qui leur sont allouées. L'on peut également renvoyer à l'extension de la Convention française Aeras aux assurances contre l'invalidité garantissant un crédit hypothécaire ou professionnel. Il serait souhaitable que cette extension éventuelle bénéficie d'une large assise sociale. C'est la raison pour laquelle il est prévu de demander tout d'abord l'avis de la Commission des assurances.

Le bureau de tarification est géré paritairement par des assureurs, d'une part, et par des représentants des consommateurs et des patients, d'autre part.

Les deux bureaux de tarification déjà mis en place (assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs et couverture des catastrophes naturelles) sont gérés par le Fonds commun de garantie automobile. Le plus efficace serait donc sans doute d'intégrer le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû dans ce cadre. Le Roi peut toutefois en décider autrement.

Contrairement à la situation prévalant en matière d'assurances automobiles, le bureau de tarification ne proposera pas lui-même de polices. Par contre, tout comme dans le cas des assurances contre les catastrophes naturelles, tout assureur qui propose des assurances de solde restant dû est tenu de respecter, dans ses offres, les conditions fixées par le bureau.

Le rapport fait tous les deux ans au Parlement par le bureau coïncide avec la révision bisannuelle des tarifs et conditions du bureau.

Art. 4

Nouvel article 95/3 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

La proposition s'inspire en partie de la couverture des catastrophes naturelles. On note toutefois une différence importante: le bureau peut refuser des demandeurs. Il s'agit de trouver une solution équilibrée à la problématique de la «maison en flammes».

In tegenstelling tot de natuurrampenverzekering kan men niet verwachten dat inzake schuldsaldooverzekeringen iedereen een absoluut recht op verzekering heeft. Zo zou bijvoorbeeld iemand die weet dat hij nog maar een jaar of twee te leven heeft gebruik kunnen maken van het bureau om nog gauw een huis of auto op krediet te kopen bedoeld voor zijn erfgenamen na zijn overlijden. Dit zou de werking van het bureau onmogelijk en onbetaalbaar maken.

Zo moet bijvoorbeeld rekening worden gehouden met de sterk variërende overlevingspercentages bij de diagnose kanker, wat klaarblijkelijk niet bij alle verzekeraars geschiedt. Het is duidelijk dat in het geval van ernstige ongeneeslijke en op korte termijn dodelijke ziektes geen verzekering zal toegestaan worden, zelfs niet door het tarifieringsbureau.

De Vlaamse Liga tegen Kanker signaleerde daarnaast ook als knelpunt dat de verzekeraars weinig informatie geven over de berekeningswijze van de meestal veel hogere bijpremies.

Gelet op de voortdurende nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap moet het tarifieringsbureau aan de hand van de meest recente statistische en medische gegevens het risico op sterfte inschatten van personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Een verhoogd gezondheidsrisico of een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld diabetes) hoeft immers niet noodzakelijk te leiden tot een hoger risico op overlijden. Een tweejaarlijkse herziening van de acceptatie- en tarificatievoorwaarden van het bureau in functie van de meest recente ontwikkelingen lijkt hierbij aangewezen. De Koning neemt hiervoor de nodige maatregelen en kan hiervoor binnen de Commissie voor Verzekeringen een paritair samengestelde wetenschappelijke commissie oprichten.

Verzekeraars zijn jammer genoeg niet altijd even open over de samenstelling en berekening van premies.⁵ Het artikel stelt een informatie- en motiveringsverplichting in tegenover de kandidaat-verzekerde. De verzekeraar die de verzekering weigert of die tarieven hanteert die hoger zijn dan die van het tarifieringsbureau:

– geeft informatie over de acceptatie- en tariefvoorwaarden van het bureau en de mogelijkheid de verzekering van het tarifieringsbureau aan te gaan bij elke verzekeraar in België;

⁵ Nochtans hebben de verzekeraars er alle belang bij transparant te zijn. Zie bijvoorbeeld Pascal BIED-CHARRETTON, directeur van de *Fédération française des sociétés d'assurances*: « *Parce qu'elle est indispensable, l'assurance doit être transparente* », in *Risques* n° 63, septembre 2005.

On ne peut espérer qu'en matière d'assurances de solde restant dû, tout le monde dispose d'un droit absolu à l'assurance comme c'est le cas pour l'assurance contre les catastrophes naturelles. Ainsi par exemple, une personne sachant qu'elle n'en a plus que pour un an ou deux à vivre pourrait recourir au bureau pour encore vite acquérir à crédit une maison ou une voiture destinée à ses héritiers après son décès. Une telle situation rendrait le fonctionnement du bureau impossible et impayable.

Ainsi faut-il, par exemple, tenir compte des fortes variations dans les taux de survie en cas de diagnostic du cancer, ce que ne font de toute évidence pas tous les assureurs. Il est évident qu'aucune assurance ne sera accordée, même par le bureau de tarification, en cas de maladie grave incurable et mortelle à court terme.

La Ligue flamande contre le cancer a également pointé du doigt le manque d'informations données par les assureurs quant au mode de calcul des surprimes généralement beaucoup plus élevées.

Compte tenu des progrès constants dans les sciences médicales, le bureau de tarification doit, à la lumière des données statistiques et médicales les plus récentes, évaluer le risque de mortalité des personnes présentant un risque de santé accru. Un risque de santé accru ou un diagnostic donné (par exemple, de diabète) ne doit en effet pas nécessairement induire un risque de décès accru. Il paraît indiqué à cet égard de procéder à une révision bisannuelle des conditions d'acceptation et de tarification du bureau en fonction des évolutions les plus récentes. Le Roi prend les mesures nécessaires à cette fin et peut créer, dans ce but, une commission scientifique paritaire au sein de la Commission des assurances.

Les assureurs ne font malheureusement pas toujours preuve d'ouverture en ce qui concerne la composition et le calcul des primes.⁵ L'article impose une obligation d'information et de motivation à l'égard du candidat à l'assurance. L'assureur qui refuse l'assurance ou qui pratique des tarifs supérieurs à ceux du bureau de tarification:

– donne des informations concernant les conditions d'acceptation et de tarifs du bureau et la possibilité de souscrire l'assurance du bureau de tarification auprès de tout assureur en Belgique;

⁵ Pourtant, les assureurs ont tout intérêt à faire preuve de transparence. Voir par exemple Pascal BIED-CHARRETTON, directeur de la *Fédération française des sociétés d'assurances*, *Parce qu'elle est indispensable, l'assurance doit être transparente*, in *Risques* n° 63, septembre 2005.

– geeft een duidelijke, ondubbelzinnige en expliciete schriftelijke motivering van de exacte redenen waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt toegepast, over de samenstelling hiervan of desgevallend over de weigering van de verzekering.

Vooraf door de invoering van een verplichte motivering van de bijpremies of weigeringen kan worden verondersteld dat de markt op termijn doorzichtiger zal worden.

Art. 5

Nieuw artikel 95/4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Naar analogie van de natuurrampenverzekering wordt een compensatiekas opgericht. De oprichting van deze kas is cruciaal om antiselectie en onverzekerbaarheid te voorkomen en de schadelast van de hoge risico's te spreiden over de markt.

De premies voor de polissen aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau worden afgedragen aan de compensatiekas. Omgekeerd zullen de verzekeraars hun tussenkomsten kunnen verhalen op de kas. De middelen in de kas, zowel winst of verlies, worden verdeeld over de verzekeraars. Verzekeringsmaatschappijen zullen hogere risico's niet weren omdat deze via polissen van het tarifieringsbureau worden overgedragen aan de compensatiekas, die het beheer en de risicolast solidair gaat spreiden over de totale markt van levensverzekeraars. De kas verdeelt de lasten van het beheer en de uitbetalingen en de premies over de verzekeraars. Zo treedt er geen uitstoot van slechte risico's op, worden de risico's solidair gespreid en wordt antiselectie voorkomen.

Omdat zij onrechtstreeks ook begunstigden zijn van de hogere toegankelijkheid van schuldsaldoverzekeringen nemen de kredietgevers deel aan de compensatiekas en dragen financieel bij aan het resultaat van het tarifieringsbureau.

Art. 6

Nieuw artikel 95/5 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Het lijkt nuttig om het bemiddelingsorgaan dat reeds bestaat voor discussies of geschillen m.b.t. private ziekteverzekeringsovereenkomsten voor chronisch zieken en personen met een handicap ook bevoegd te maken

– fournit une motivation écrite claire, univoque et explicite des motifs exacts de l'application d'une surprime ou d'une franchise majorée, de la composition de celle-ci ou, le cas échéant, du refus d'assurance.

On peut supposer que c'est principalement l'introduction d'une obligation de motivation des surprimes ou des refus qui permettra à terme d'accroître la transparence du marché.

Art. 5

Nouvel article 95/4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

Par analogie avec l'assurance contre les catastrophes naturelles, il est créé une caisse de compensation. La création de cette caisse est cruciale afin de prévenir l'antiselection et l'inassurabilité et de répartir sur le marché la charge des sinistres des gros risques.

Les primes des polices souscrites aux conditions du bureau de tarification sont versées à la caisse de compensation. À l'inverse, les assureurs pourront récupérer leur intervention auprès de la caisse. Les moyens de la caisse, tant les profits que les pertes, seront répartis entre les assureurs. Les compagnies d'assurance ne refuseront pas les gros risques, dès lors que ceux-ci seront transférés, par le biais de polices du bureau de tarification, à la caisse de compensation, qui répartira la gestion et la charge des risques de façon solidaire sur l'ensemble du marché des assureurs-vie. La caisse répartit les charges de la gestion et des versements ainsi que les primes entre les assureurs. Dans ces conditions, il n'y a pas de rejet des mauvais risques, il y a une répartition solidaire des risques et l'on prévient l'antiselection.

Comme ils tirent aussi indirectement profit de l'augmentation de l'accessibilité des assurances de solde restant dû, les prêteurs participent à la caisse de compensation et contribuent financièrement au résultat du bureau de tarification.

Art. 6

Nouvel article 95/5 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

Il semble utile d'étendre aux assurances de solde restant dû la compétence de l'organe de conciliation, qui existe déjà dans le cadre de discussions ou de litiges portant sur des contrats privés d'assurance maladie

voor schuldsaldoverzekeringen. Om administratief zo eenvoudig en efficiënt mogelijk te werken wordt voorgesteld hetzelfde bemiddelingsorgaan de opdracht te geven, i.p.v. nog een nieuw orgaan op te richten.

Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de vraag van de consumentenorganisaties. Momenteel is dit bemiddelingsorgaan, de «Bemiddelingscommissie Ziektekostenverzekering» krachtens het koninklijk besluit van 20 december 2007 reeds paritair samengesteld (twee vertegenwoordigers van de representatieve verbruikersorganisaties in de Raad voor het Verbruik, twee voor de representatieve beroepsvereniging van de verzekeraars). Het opereert volgens het koninklijk besluit autonoom binnen het kader van de Ombudsdienst verzekeringen.

Art. 7

Er wordt in een termijn van ongeveer één jaar voorzien om het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen op te richten, de gedragscode en vragenlijst uit te werken en de verzekeringssector toe te laten zijn werking en organisatie aan te passen aan de nieuwe regelgeving.

Katrien PARTYKA (CD&V)
Joseph GEORGE (cdH)
Sofie STAELRAEVE (Open Vld)
David CLARINVAL (MR)
Servais VERHERSTRAETEN (CD&V)
Willem-Frederik SCHILTZ (Open Vld)
Freya VAN DEN BOSSCHE (sp.a)

pour les malades chroniques et les personnes handicapées. Afin de simplifier le travail administratif et d'en optimiser l'efficacité autant que faire se peut, il est proposé de confier cette mission au même organe de conciliation plutôt que d'en créer un nouveau.

Cette mesure répond à la demande des associations de consommateurs. Actuellement, cet organe de conciliation, soit la «Commission de conciliation Assurance soins de santé», est déjà composé paritairement en vertu de l'arrêté royal du 20 décembre 2007 (deux représentants des associations de consommateurs représentatives au sein du Conseil de la Consommation, deux représentants de l'association professionnelle représentative des assureurs). Conformément à l'arrêté royal, cet organe opère de manière autonome dans le cadre de l'Ombudsman des Assurances.

Art. 7

En ce qui concerne l'entrée en vigueur, il est prévu un délai d'un an environ pour permettre la création du bureau de tarification des assurances de solde restant dû, élaborer le code déontologique et un questionnaire et permettre au secteur des assurances d'adapter son fonctionnement et son organisation à la nouvelle réglementation.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een artikel 95/1 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/1. Invoering van een gedragscode en een standaard medische vragenlijst.

§ 1. De Commissie voor Verzekeringen ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen richt op basis van artikel 41, § 3, van deze wet een sectie op die paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector en de kredietsector enerzijds en vertegenwoordigers van de consumenten en patiëntenorganisaties anderzijds.

Onverminderd de toepassing van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt werkt deze sectie, vóór de inwerkingtreding van de artikelen 3 tot 6 van de wet van ... tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, een gedragscode uit die van toepassing is bij het aanvragen van een levensverzekering die een hypotheccair, professioneel of consumentenkrediet waarborgt.

De gedragscode bepaalt:

1° in welke gevallen en voor welke soorten krediet of welke verzekerde bedragen een standaard medische vragenlijst van toepassing is;

2° de inhoud van de standaard medische vragenlijst;

3° op welke wijze de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toestaan 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 binnen dewelke de verzekeraars hun beslissing over de aanvraag van de verzekering aan de kandidaat-verzekerde meedelen;

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Un article 95/1, rédigé comme suit, est inséré dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre:

«Art. 95/1. Instauration d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé

§ 1^{er}. La Commission des assurances créée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances constitue, sur la base de l'article 41, § 3, de cette loi, une section composée paritairement de représentants du secteur des assurances et du secteur du crédit, d'une part, et de représentants des organisations de consommateurs et de patients, d'autre part.

Sans préjudice de l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, cette section élabore, avant l'entrée en vigueur des autres articles de la présente loi un code de conduite qui s'applique en cas de demande d'une assurance sur la vie garantissant un crédit hypothécaire, un crédit professionnel ou un crédit à la consommation.

Le code de conduite précise:

1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé est d'application;

2° le contenu du questionnaire médical standardisé;

3° de quelle manière 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;

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

7° onder welke voorwaarden op het in artikel 95/2 bedoelde tarifieringsbureau een beroep kan gedaan worden door de kandidaat-verzekerden die geen toegang krijgen tot een schuldsaldoverzekering. De voorwaarden definiëren onder meer na hoeveel door de verzekeringsinstellingen geweigerde aanvragen een kandidaat-verzekerde zich kan wenden tot het tarifieringsbureau, evenals de hoogte van de premies die met een weigering van de aanvraag gelijkgesteld worden.

§ 2. Indien de Commissie voor Verzekeringen er niet in slaagt binnen de termijn bedoeld in § 1 de gedragscode uit te werken, vaardigt de Koning, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de gedragscode uit.».

Art. 3

In dezelfde wet wordt een artikel 95/2 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/2. Tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen

§ 1. De Koning richt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad een tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen op met als doel het verzekeren van personen die als gevolg van hun gezondheidstoestand een verhoogd overlijdensrisico lopen. Het bureau handelt uitsluitend in het domein van levensverzekeringen die als waarborg fungeren voor hypothecaire kredieten, consumentenkredieten en professionele kredieten.

§ 2. Na advies van de Commissie voor Verzekeringen ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen kan de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen uitbreiden tot invaliditeitsverzekeringen voor het waarborgen van de in § 1 bedoelde kredieten.

§ 3. Het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen is samengesteld uit zes leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen, drie leden die de consumenten vertegenwoordigen en drie leden die de patiënten vertegenwoordigen. De leden worden benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar.

6° la manière dont les établissements de crédit prennent également en considération d'autres garanties que l'assurance de 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 de solde restant dû peuvent faire appel au bureau de tarification prévu à l'article 95/2. Les conditions fixent notamment le nombre de refus de la part des entreprises d'assurance que le candidat à l'assurance doit avoir essuyé avant de pouvoir s'adresser au bureau de tarification, ainsi que la hauteur des primes assimilées à un refus de la demande.

§ 2. Si la Commission des assurances ne parvient pas à élaborer le code de conduite dans le délai visé au § 1^{er}, le Roi promulgue un code de conduite après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.».

Art. 3

Dans la même loi, il est inséré un article 95/2 rédigé comme suit:

«Art. 95/2. Bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû

§ 1^{er}. Le Roi crée, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, un bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû, chargé d'assurer les personnes présentant un risque de décès accru en raison de leur état de santé. Ce bureau propose exclusivement des assurances sur la vie garantissant un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

§ 2. Après avoir recueilli l'avis de la Commission des Assurances instituée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre le champ d'activité du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû aux assurances invalidité souscrites en garantie des crédits visés au § 1^{er}.

§ 3. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû se compose de six membres qui représentent les entreprises d'assurances, de trois membres qui représentent les consommateurs et de trois membres qui représentent les patients. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Zij worden gekozen uit een dubbele lijst voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen, door de verenigingen die in aanmerking komen om de belangen van de consumenten en de patiënten te vertegenwoordigen en de ziekenfondsen.

De Koning benoemt, voor een termijn van zes jaar, een voorzitter die niet tot de vorige categorieën hoort.

De Koning bepaalt de vergoedingen waarop de voorzitter en de leden van het bureau recht hebben.

De Koning wijst eveneens voor ieder lid een plaatsvervanger aan. De plaatsvervangers worden op dezelfde manier gekozen als de effectieve leden.

Het Bureau kan een beroep doen op deskundigen die niet stemgerechtigd zijn.

De ministers bevoegd voor Verzekeringen en Consumentenzaken kunnen een waarnemer naar het bureau afvaardigen.

Tenzij de Koning er anders over beslist, oefent het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen zijn activiteiten uit bij het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds bedoeld in artikel 19*bis*-2 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, die er het secretariaat en het dagelijks beheer van waarneemt.

Het bureau wordt niet beschouwd als een verzekeringstussenpersoon als bedoeld in de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringbemiddeling en de distributie van verzekeringen.

§ 4. De Koning stelt de voorwaarden vast van de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen en de verplichtingen van de verzekeraars.

Iedereen kan bij het tarifieringsbureau een aanvraag indienen wanneer zijn aanvraag als geweigerd moet beschouwd worden volgens de voorwaarden bepaald in de gedragscode. Met een weigering wordt gelijkgesteld het voorstel van een premie die hoger is dan de in de gedragscode vastgestelde grens.

De verzekeraar die de verplichtingen bedoeld in dit artikel niet naleeft, wordt geacht niet meer in overeenstemming te zijn met de bepalingen van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen.

Ils sont choisis sur une liste double présentée par les associations professionnelles des entreprises d'assurances, par les associations susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs et des patients et par les mutualités.

Le Roi nomme, pour un terme de six ans, un président n'appartenant pas aux catégories précédentes.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du bureau de tarification ont droit.

Le Roi désigne également pour chaque membre un suppléant. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Le Bureau peut s'adjoindre des experts n'ayant pas voix délibérative.

Les ministres ayant les Assurances et la Protection des consommateurs dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

À moins que le Roi n'en décide autrement, le Bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû exerce ses activités au sein du Fonds commun de garantie automobile visé à l'article 19*bis*-2 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, qui en assure le secrétariat et la gestion journalière.

Le bureau n'est pas considéré comme un intermédiaire d'assurances au sens de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

§ 4. Le Roi détermine les conditions de fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû et les obligations à respecter par les assureurs.

Toute personne peut introduire une demande auprès du Bureau de tarification lorsque sa demande doit être considérée comme refusée selon les conditions prévues dans le code de conduite. Est assimilée à un refus la proposition d'une prime supérieure à la limite fixée dans le code de conduite.

L'assureur qui ne se conforme pas aux obligations visées dans le présent article est présumé ne plus respecter les dispositions de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. De aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen getarifeerde overlijdensrisico's worden verzekerd door al de verzekeraars die in België levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden. Het beheer van deze risico's wordt waargenomen door een door de kandidaat-verzekeringnemer gekozen verzekeraar uit het geheel van de verzekeraars die in België levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden. Het resultaat van dit beheer alsmede de werkingskosten van het bureau worden omgeslagen over voornoemde verzekeraars. Indien de Koning gebruik maakt van zijn bevoegdheid bedoeld in § 2 gelden de bepalingen van § 5, eerste lid, *mutatis mutandis* voor de verzekeraars die dergelijke verzekeringen aanbieden.

§ 6. Het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen maakt tweejaarlijks een verslag op over zijn werking. Dit verslag bevat onder meer een analyse van de door de verzekeraars toegepaste tariefvoorwaarden en wordt onverwijld overgezonden aan de wetgevende kamers.».

Art. 4

In dezelfde wet wordt een artikel 95/3 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/3. Toegang tot verzekeringen aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen.

§ 1. Het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen bepaalt onder welke voorwaarden en tarieven de kandidaat-verzekeringnemer toegang heeft tot een levensverzekering, desgevallend invaliditeitsverzekering, die een hypothecair krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet waarborgt.

Het bureau herziet om de twee jaar zijn toegangsvoorwaarden en tarieven in functie van de meest recente wetenschappelijke gegevens inzake de evolutie van de risico's op overlijden, desgevallend invaliditeit, en de kans op verslechterde gezondheidstoestand van personen met een verhoogd risico ingevolge hun gezondheidstoestand.

§ 2. De verzekeraar die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan de tariefvoorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen informeert de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief over de toegangs- en tariefvoorwaarden van het bureau en deelt hem mee dat hij zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar.

§ 5. Les risques décès tarifiés aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû sont couverts par l'ensemble des assureurs qui proposent en Belgique des assurances sur la vie en garantie de crédits. La gestion de ces risques est assurée par un assureur choisi par le candidat preneur d'assurance parmi l'ensemble des assureurs qui proposent en Belgique des assurances sur la vie en garantie de crédits. Le résultat de cette gestion ainsi que les frais de fonctionnement du bureau sont répartis entre les assureurs précités. Si le Roi fait usage du pouvoir qui lui est conféré au § 2, les dispositions prévues au § 5, alinéa 1^{er}, s'appliquent *mutatis mutandis* aux assureurs qui proposent des assurances de ce type.

§ 6. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû établit tous les deux ans un rapport sur son fonctionnement. Ce rapport comprend entre autres une analyse des conditions tarifaires appliquées par les assureurs et est transmis sans délai aux chambres législatives.».

Art. 4

Dans la même loi, il est inséré un article 95/3 rédigé comme suit:

«Art. 95/3. Accès aux assurances aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû.

§ 1^{er}. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû fixe les conditions et les tarifs auxquels le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou, le cas échéant, à une assurance contre l'invalidité qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Le bureau revoit ses conditions d'accès et tarifs tous les deux ans en fonction des données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès ou, le cas échéant, d'invalidité et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé.

§ 2. L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède les conditions tarifaires du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs du bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

De verzekeraar deelt schriftelijk en op duidelijke, uitdrukkelijke en ondubbelzinnige wijze mee om welke redenen de verzekering geweigerd wordt of waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt voorgesteld en hoe deze precies samengesteld is.

§ 3. De Koning bepaalt op welke wijze het tariefingsbureau zijn toegangsvoorwaarden en tarieven tweejaarlijks aanpast aan de evolutie van de medische wetenschap. Hij kan hiervoor binnen de Commissie voor Verzekeringen ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen een wetenschappelijke commissie oprichten die paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers aangewezen door de verzekeraars en kredietgevers enerzijds, en de verbruikers en patiënten anderzijds.».

Art. 5

In dezelfde wet wordt een artikel 95/4 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/4. Compensatiekas voor schuldsaldoverzekeringen

§ 1. De Koning erkent, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een compensatiekas voor schuldsaldoverzekeringen met als opdracht de verdeelsleutel vast te stellen die toelaat de schadelast van de aan de voorwaarden van het tariefingsbureau schuldsaldoverzekeringen getarifeerde risico's te verdelen tussen de verzekeraars die overlijdensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden en al de kredietinstellingen die overlijdensverzekeringen als waarborg voor kredieten vragen.

§ 2. De Koning keurt de statuten goed en reglementeert de controle op de activiteit van de kas. Hij wijst de handelingen aan die in het *Belgisch Staatsblad* worden bekendgemaakt. Zo nodig stelt de Koning de compensatiekas voor schuldsaldoverzekeringen in.

§ 3. Alle verzekeringsondernemingen die in België overlijdensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden en al de kredietinstellingen die overlijdensverzekeringen als waarborg voor kredieten vragen nemen deel aan de door de Koning erkende compensatiekas en dragen financieel bij aan het resultaat van het beheer van de risico's verzekerd aan de voorwaarden van het Tarifieringsbureau Schuldsaldoverzekeringen.

Indien de kas door de Koning is ingesteld, stelt Hij jaarlijks de regels vast voor het berekenen van de stortingen die door de verzekeraars en de kredietinstellingen moeten worden gedaan.

L'assureur communique par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci.

§ 3. Le Roi détermine la manière dont le bureau de tarification adapte ses conditions d'accès et ses tarifs tous les deux ans à l'évolution des sciences médicales. Il peut à cet effet créer au sein de la Commission des assurances instituée en vertu de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances une commission scientifique composée paritairment de représentants désignés par les assureurs et les prêteurs, d'une part, et par les consommateurs et les patients, d'autre part.».

Art. 5

Dans la même loi, il est inséré un article 95/4, rédigé comme suit:

Art. 95/4. Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû

§ 1^{er}. Le Roi agréé, aux conditions qu'il détermine, une Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû, qui a pour mission de fixer la clé de répartition de la charge des sinistres dont les risques ont été tarifés aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû entre les assureurs qui offrent des assurances décès en garantie de crédits et tous les établissements de crédits qui exigent des assurances décès en garantie de crédits.

§ 2. Le Roi approuve les statuts et réglemente le contrôle des activités de la Caisse. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au *Moniteur belge*. Au besoin, le Roi crée la Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû.

§ 3. Toutes les entreprises d'assurance qui offrent en Belgique des assurances décès en garantie de crédits et tous les établissements de crédits qui exigent des assurances décès en garantie de crédits participent à la caisse de compensation agréée par le Roi et contribuent financièrement au résultat de la gestion des risques tarifés aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû.

Si la Caisse est créée par le Roi, Il fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs et les établissements de crédits.

§ 4. De erkenning wordt ingetrokken indien de compensatiekas schuldsaldoverzekerings niet handelt overeenkomstig de wetten, verordeningen of haar statuten. In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen tot vrijwaring van de rechten van de verzekeringnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Zolang de vereffening duurt, blijft de kas aan de controle onderworpen.

De Koning benoemt voor deze vereffening een bijzonder vereffenaar.

§ 5. Indien de Koning gebruik maakt van de bevoegdheid bedoeld in artikel 95/2, § 2, breidt Hij de werking van de compensatiekas schuldsaldoverzekerings uit tot de verzekeraars die invaliditeitsverzekeringen aanbieden in België en kredietgevers die een invaliditeitsverzekering vragen als waarborg.».

Art. 6

In dezelfde wet wordt een artikel 95/5 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/5. Oprichting van een bemiddelingsorgaan inzake schuldsaldoverzekerings

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de in artikel 95/1 bedoelde gedragscode, eerst voorgelegd aan het bemiddelingsorgaan bedoeld in artikel 138bis-6. Indien de Koning geen gebruik maakt van de mogelijkheid het recht op een ziektekostenverzekering te verlengen als bedoeld in het laatste lid van artikel 138 bis-6 blijft het bemiddelingsorgaan bestaan voor de geschillen inzake schuldsaldoverzekerings.».

Art. 7

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de twaalfde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 2 dat in werking treedt de dag waarop deze wet in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

30 april 2009

Katrien PARTYKA (CD&V)
Joseph GEORGE (cdH)
Sofie STAELRAEVE (Open Vld)
David CLARINVAL (MR)
Servais VERHERSTRAETEN (CD&V)
Willem-Frederik SCHILTZ (Open Vld)
Freya VAN DEN BOSSCHE (sp.a)

§ 4. L'agrément est retiré si la Caisse de compensation pour les assurances solde restant dû n'agit pas conformément aux lois, aux règlements ou à ses statuts. Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées.

La caisse reste soumise au contrôle pendant la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation.

§ 5. S'il fait usage du pouvoir visé à l'article 95/2, § 2, le Roi étend le champ d'activité de la Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû aux assureurs qui proposent des assurances invalidité en Belgique et aux prêteurs qui exigent en garantie une assurance invalidité.».

Art. 6

Dans la même loi, il est inséré un article 95/5 rédigé comme suit:

«Art. 95/5. Constitution d'un organe de conciliation en matière d'assurances de solde restant dû

Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application du code de conduite visé à l'article 95/1 sont d'abord soumis à l'organe de conciliation visé à l'article 138bis-6 de la présente loi. Si le Roi ne fait pas usage de la faculté de prolonger le droit à une assurance soins de santé tel qu'il est prévu au dernier alinéa de l'article 138bis-6, l'organe de conciliation est maintenu pour les litiges en matière d'assurances de solde restant dû.».

Art. 7

La présente loi entre en vigueur le premier jour du douzième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 2 qui entre en vigueur le jour de la publication de la présente loi au *Moniteur belge*.

30 avril 2009