

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

14 september 2018

WETSVOORSTEL

betreffende de schuldsaldoverzekeringen en tot instelling van een “recht om te worden vergeten” voor wie lijdt of heeft geleden aan een kankeraandoening of aan een andere, in het bijzonder chronische, aandoening

(ingediend door mevrouw Karine Lalieux c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

14 septembre 2018

PROPOSITION DE LOI

relative aux assurances solde restant dû et établissant un “droit à l’oubli” pour les personnes souffrant ou ayant souffert de pathologies cancéreuses et d’autres pathologies, notamment chroniques

(déposée par Mme Karine Lalieux et consorts)

SAMENVATTING

Mensen die aan chronische ziekten lijden of kanker hebben gehad, ondervinden om verzekeringstechnische redenen vaak moeilijkheden wanneer zij een hypotheeklening willen aangaan om een huis te kopen of te bouwen, of om van woning te veranderen.

Op 22 juni 2018 heeft de Commissie voor verzekeringen haar eerste evaluatieverslag over de reglementering inzake de schuldsaldoverzekeringen aan de Kamer van volksvertegenwoordigers bezorgd. Daaruit blijkt dat de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten veel kritiek en verzoeken hebben.

RÉSUMÉ

Les personnes atteintes de maladies chroniques ou ayant souffert d’un cancer éprouvent souvent, pour des raisons d’assurances, des difficultés à souscrire un emprunt hypothécaire pour acheter ou faire construire une maison ou changer d’habitation.

Le 22 juin 2018, la Commission des assurances a transmis à la Chambre des représentants son premier rapport d’évaluation sur la réglementation concernant les assurances solde restant dû. Il en ressort que de nombreuses critiques et demandes sont formulées par les représentants tant des patients que des consommateurs.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
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:	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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

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
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

Dit wetsvoorstel beoogt dan ook het volgende:

- *de instelling van een “recht om te worden vergeten”, vergelijkbaar met wat in de Franse reglementering betreffende de Convention AERAS is opgenomen;*
- *een gemakkelijkere toegang tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering (het orgaan dat de rechtmatigheid van de door de verzekeringen opgelegde bijpremies of van de verzekeringsweigeringen nagaat);*
- *een gemakkelijkere toegang tot de Compensatiekas (het orgaan dat de hoge bijpremies, die thans tussen 125 % en 800 % van de basispremie bedragen, over de verzekeraars verdeelt);*
- *een striktere vertrouwelijkheidsverplichting in het kader van de verwerking van de medische gegevens;*
- *de toepassing van de in de reglementering inzake de schuldsaldoverzekering vervatte beschermingsmechanismen op de betrokkenen die een huis of een appartement bouwen, een woonboot verwerven of van woning wensen te veranderen;*
- *het verzamelen van statistische gegevens die een objectieve kijk bieden op de verzekerbaarheid van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico;*
- *het aanbrengen van meerdere door de Commissie voor verzekeringen aanbevolen technische wijzigingen.*

La présente proposition de loi prévoit dès lors:

- *la mise en place d’un “droit à l’oubli”, comparable à ce qui existe dans la réglementation française concernant la Convention AERAS;*
- *une facilitation de l’accès au Bureau du suivi de la tarification (organe vérifiant la légitimité des surprimes imposées par les assureurs ou des refus d’assurance);*
- *une facilitation de l’accès à la Caisse de compensation (organe répartissant entre les assureurs les surprimes importantes, comprises actuellement entre 125 % et 800 % de la prime de base);*
- *un renforcement de l’obligation de confidentialité dans le cadre du traitement des données médicales;*
- *l’application des mécanismes de protection de la réglementation concernant les assurances solde restant dû aux personnes qui construisent une maison, un appartement, qui acquièrent un bateau d’habitation ou qui souhaitent changer d’habitation;*
- *des données statistiques permettant d’objectiver l’évolution de l’assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru;*
- *plusieurs modifications techniques recommandées par la Commission des assurances.*

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Mensen die aan chronische ziekten lijden of in het verleden een ernstige kwaal, zoals kanker, hebben gehad, ondervinden vaak moeilijkheden wanneer zij een hypotheeklening willen aangaan om een huis of appartement te kopen of te bouwen, of om van woning te veranderen.

Doorgaans eist de kredietverstrekker immers een schuldsaldoverzekering om het hypothecair krediet te waarborgen. Aan de betrokkenen wordt een dergelijke verzekering echter vaak geweigerd. Ofwel wordt hen een premie voorgesteld dan wel opgelegd die dermate hoog is dat ze neerkomt op een weigering.

Om die situatie te verhelpen, heeft de wetgever de wet aangenomen van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft.

De bepalingen daarvan zijn thans opgenomen in de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekering, hierna de “verzekeringwet” genoemd (Deel 4, titel IV, hoofdstuk 5: Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen, artikelen 212 tot 224).

Er moet ook rekening worden gehouden met:

— het koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet;

— artikel 19 van voormeld koninklijk besluit, waarin de regels inzake de erkenning van de in artikel 220 van de verzekeringwet van 4 april 2014 bedoelde Compensatiekas worden vastgelegd;

— het koninklijk besluit van 4 maart 2015 tot erkenning van voornoemde Compensatiekas (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 12 maart 2015);

— het ministerieel besluit van 24 december 2014 tot vaststelling van het huishoudelijk reglement van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les personnes atteintes de maladies chroniques ou ayant souffert d'une maladie grave par le passé, par exemple le cancer, éprouvent souvent des difficultés à souscrire un emprunt hypothécaire pour acheter ou faire construire une maison ou un appartement, ou changer d'habitation.

En effet, une assurance solde restant dû est généralement demandée par le prêteur pour garantir le crédit hypothécaire. Or, ces personnes se voient souvent refuser l'accès à une telle assurance ou proposer/imposer une prime à ce point conséquente que l'offre peut être assimilée à un refus.

Pour remédier à cette situation, le législateur a adopté la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Ces dispositions figurent aujourd'hui dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ci-après “loi relative aux assurances”, (titre IV, chapitre 5: Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit, articles 212 à 224).

Il y a lieu de prendre en compte également:

— l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire;

— l'article 19 de l'arrêté royal précité qui détermine les règles relatives à l'agrément de la Caisse de compensation visée à l'article 220 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances;

— l'arrêté royal du 4 mars 2015 portant l'agrément de cette même Caisse de compensation (publié au *Moniteur belge* du 12 mars 2015);

— l'arrêté ministériel du 24 décembre 2014 visant à établir le règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi de la tarification.

In de verzekeringswet et de uitvoeringsbesluiten ervan zijn meerdere regelingen opgenomen, namelijk:

1. regels inzake de medische vragenlijsten en de bijkomende medische onderzoeken;

2. de verplichting voor de verzekeraar om zijn aanbod expliciet toe te lichten en te motiveren, en daarbij een onderscheid te maken tussen de basispremie en de eventuele bijpremie (die de verzekeraar aanrekent omdat er, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de aanvrager en de duur van het contract, een hoger overlijdensrisico bestaat);

3. de oprichting van een Opvolgingsbureau voor de tarifiering; wanneer de bijpremie hoger is dan 75 % van de basispremie, moet die instantie nagaan of de voorgestelde bijpremie of de verzekeringsweigering vanuit medisch en verzekeringstechnisch standpunt gerechtvaardigd is; binnen 15 dagen moet zij dan een dwingend voorstel formuleren.

4. de oprichting van een Compensatiekas; wanneer de gevraagde bijpremie meer dan 125 % van de basispremie bedraagt, verleent die instantie financiële steun door een deel van de bijpremie bij te passen, met een maximum van 800 % van de basispremie.

Het heeft lang geduurd vooraleer die bepalingen realiteit zijn geworden, maar thans zijn ze ten uitvoer gelegd.

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering brengt jaarlijks een activiteitenverslag uit.

Overeenkomstig artikel 218 van de verzekeringswet heeft de Commissie voor verzekeringen (een raadgevend orgaan binnen de FSMA) op 22 juni 2018 zijn eerste evaluatieverslag van de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen uitgebracht (DOC C2018/1)¹; de tekst dateert van 29 mei 2018 en gaat over de jaren 2015 en 2016.

Hieruit blijkt dat het succes niet onverdeeld is.

Weliswaar heeft die reglementering volgens veel waarnemers voor een positieve evolutie gezorgd wat de verzekeraarbaarheid van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft. Tevens heeft ze onrechtstreeks een mentaliteitswijziging bij de verzekeraars teweeggebracht. Desalniettemin hebben de vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten veel kritiek en verzoeken geformuleerd. Zo bestaan er nog talrijke verschillen tussen de premies die worden

¹ https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf.

La loi relative aux assurances et ses arrêtés d'exécution prévoient plusieurs mécanismes:

1. un encadrement des questionnaires médicaux et des examens médicaux complémentaires;

2. l'obligation pour l'assureur d'explicitier et de motiver son offre en distinguant la prime de base et l'éventuelle surprime (qui correspond à la prise en compte par l'assureur d'un risque plus élevé de décès compte tenu de l'état de santé et de la durée du contrat);

3. la création d'un Bureau du suivi de la tarification chargé, lorsque la surprime est supérieure à 75 % de la prime de base, de vérifier si la surprime proposée ou le refus de l'assurance se justifient, tant du point de vue médical que du point de vue assurantiel, et de formuler une proposition contraignante dans les 15 jours;

4. la création d'une Caisse de compensation qui, dans l'hypothèse où la surprime qui est réclamée est supérieure à 125 % de la prime de base, intervient financièrement en prenant en charge une partie de la surprime, avec un maximum de 800 % de la prime de base.

Ces dispositions ont pris du temps à être mises en œuvre mais sont désormais exécutées.

Le Bureau du suivi de la tarification publie un rapport d'activités annuel.

Le 22 juin 2018, conformément à l'article 218 de la loi relative aux assurances, la Commission des assurances, organe consultatif au sein de la FSMA, a rendu son premier rapport d'évaluation sur la réglementation concernant les assurances solde restant dû, du 29 mai 2018, portant sur les années 2015 et 2016 (DOC C2018/1)¹.

Il en ressort un bilan mitigé.

En effet si, pour de nombreux observateurs, cette réglementation a permis une évolution positive sur l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru et a entraîné, indirectement, un changement de mentalité des assureurs, de nombreuses critiques et demandes sont toutefois formulées par les représentants tant des patients que des consommateurs. Ainsi, il existe encore de nombreuses différences entre les primes portées en compte, d'une part, aux personnes

¹ https://www.fsma.be/sites/default/files/public/content/advorg/2018/advice_c_2018_1.pdf.

aangerekend aan mensen “in goede gezondheid” en “in minder goede gezondheid”.

In talrijke gevallen wordt vastgesteld dat bij een 35-jarige verzekeringsnemer met een verzekerd kapitaal van 150 000 euro het totale premieverschil meer dan 10 000 euro bedraagt.

Voorts lijken sommige verzekeraars de grenzen van de wetgeving op te zoeken en aldus de toegang tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering te beperken. De Ombudsman van de verzekeringen geeft ter zake aan dat in talrijke dossiers die de dienst worden voorgelegd de bijpremie oploopt tot 74 % of 75 %.

Algemeen menen de vertegenwoordigers van de consumenten dat de reglementering onvoldoende bijdraagt tot een voor elkeen betaalbare toegang tot de schuldsaldoverzekering en dat de toegevoegde waarde van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering niet is aangetoond.

De vertegenwoordigers van de patiënten benadrukken dan weer dat op korte termijn sommige aspecten van de reglementering moeten worden bijgestuurd, teneinde de toegang tot de schuldsaldoverzekering voor de mensen met een verhoogd gezondheidsrisico aanzienlijk te verbeteren.

In die context menen de indieners van dit wetsvoorstel dat de reglementering inzake schuldsaldoverzekeringen moet worden herwerkt, teneinde een betere bescherming tot stand te brengen voor de mensen die aan kankeraandoeningen en aan andere, met name chronische, aandoeningen lijden.

Dit wetsvoorstel beoogt dan ook het volgende:

— de instelling van een “recht om te worden vergeeten”, vergelijkbaar met wat sinds september 2015 in de Franse reglementering betreffende de *Convention AERAS* bestaat;

— een gemakkelijkere toegang tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, door het concept basispremie te verduidelijken en de toegangsdrempel te verlagen, meer bepaald van 75 % naar 50 %;

— een gemakkelijkere toegang tot de Compensatiekas, door het concept basispremie te verduidelijken,

en “bonne santé” et, d’autre part, aux personnes “en moins bonne santé”.

Dans de nombreux cas, on observe une différence de prime de plus de 10 000 euros au total pour un preneur d’assurance de 35 ans avec un capital assuré de 150 000 euros.

Par ailleurs, il semble que certains assureurs travaillent aux limites de la législation, de manière à restreindre l’accès au Bureau du suivi de la tarification; le Service de l’Ombudsman des assurances indique à cet égard que, dans de nombreux dossiers dont il est saisi, la surprime atteint 74 % ou 75 %.

De manière générale, les représentants des consommateurs estiment que la réglementation ne contribue pas suffisamment à un accès abordable pour tous à l’assurance solde restant dû et que la valeur ajoutée du Bureau du suivi de la tarification n’a pas été démontrée.

Les représentants des patients soulignent quant à eux la nécessité d’améliorer, à court terme, certains points de la réglementation, afin d’augmenter sensiblement l’accès à l’assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Dans ce contexte, les auteurs de la présente proposition de loi considèrent qu’il est nécessaire de remettre sur le chantier la réglementation en matière d’assurances solde restant dû et de la faire évoluer dans un sens qui protège davantage les personnes qui souffrent ou ont souffert de pathologies cancéreuses et d’autres pathologies, notamment chroniques.

La présente proposition de loi prévoit dès lors:

— la mise en place d’un “droit à l’oubli”, comparable à ce qui existe dans la réglementation française relative à la Convention AERAS, depuis septembre 2015;

— une facilitation de l’accès au Bureau du suivi de la tarification, en clarifiant le concept de prime de base et en diminuant le seuil d’accès, en le faisant passer de 75 % à 50 %;

— une facilitation de l’accès à la Caisse de compensation, en clarifiant le concept de prime de base et en

de toegangsdrempel van 125 % te verlagen² alsook het tegemoetkomingsplafond van 800 % te verhogen, waarbij rekening wordt gehouden met enerzijds de nodige solidariteit ten opzichte van de betrokken verzekeringnemers en anderzijds de solvabiliteitseisen die bij *Solvency II* (de tweede Europese Solvabiliteitsrichtlijn) aan de verzekeraars wordt opgelegd;

— een striktere vertrouwelijkheidsverplichting in het kader van de verwerking van de medische gegevens;

— de toepassing van de in de reglementering op de schuldsaldoverzekeringen vervatte beschermingsmechanismen op wie een huis verwerft of bouwt, een woonboot verwerft of van woning wil veranderen;

— betere statistische gegevens om de evolutie van de verzekeraarbaarheid van mensen met een hoger gezondheidsrisico objectief in kaart te kunnen brengen;

— het aanbrengen van verscheidene door de Commissie voor verzekeringen aanbevolen technische wijzigingen.

Samen met de aanneming van die maatregelen zouden voorts de verantwoordelijke ministers en de hele regering voor meer controle op de naleving van de wetgeving moeten zorgen, in het bijzonder voor controle op de conformiteit van de medische vragenlijsten met:

— de artikelen 7 en 8 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie;

— artikel 8 van het Verdrag van 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden;

— de motiveringsverplichting met betrekking tot de beslissingen, meer bepaald die welke voortvloeien uit de bovengenoemde bepalingen.

diminuant le seuil d'accès de 125 %² et en augmentant le plafond d'intervention de 800 % tenant compte, d'une part, de la nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés et, d'autre part, des exigences de solvabilité imposées aux assureurs par la directive européenne *Solvency II*;

— un renforcement de l'obligation de confidentialité dans le cadre du traitement des données médicales;

— l'application des mécanismes de protection de la réglementation concernant les assurances solde restant dû aux personnes qui acquièrent ou construisent une maison, qui acquièrent un bateau d'habitation ou qui souhaitent changer d'habitation;

— de meilleures données statistiques permettant d'objectiver l'évolution de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru;

— plusieurs modifications techniques recommandées par la Commission des assurances.

Par ailleurs, il conviendrait, parallèlement à l'adoption de ces mesures, que les ministres responsables et l'ensemble du gouvernement renforcent les contrôles visant à assurer le respect de la législation, en particulier la conformité des questionnaires médicaux:

— aux articles 7 et 8 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne;

— à l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950;

— à l'obligation de motivation des décisions, découlant notamment des dispositions précitées.

² Zie artikel 28 van het koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, uitgevaardigd ter uitvoering van artikel 223, vierde lid, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en met inachtneming van het bij dezelfde bepaling vastgestelde minimum. Het gaat om de drempel van de bijpremie ten opzichte van de basispremie.

² Voir l'article 28 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire, pris en exécution de l'article 223, alinéa 4, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et respectant le minimum fixé par cette même disposition. Il s'agit du seuil de surprime par rapport à la prime de base.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

HOOFDSTUK 1

Algemene bepaling

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

HOOFDSTUK 2

Wijzigingen van de wet van 4 april 2014
betreffende de verzekeringen

Art. 2

Dit artikel strekt ertoe een “recht om te worden vergeeten” in te voeren, vergelijkbaar met wat sinds september 2015 in de Franse wetgeving bestaat in verband met de *Convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)*. Daarmee werd ingespeeld op een nadrukkelijke vraag van de patiënten- en consumentenvertegenwoordigers.

In Frankrijk vindt die overeenkomst haar oorsprong in de uitwerking (sinds september 1991) van een overeenkomst tussen de Staat, vertegenwoordigd door de minister van volksgezondheid, en de verzekeringsondernemingen, waarbij aan seropositieven de mogelijkheid werd geboden een overeenkomst aan te gaan ter waarborging van een onroerend krediet.

De overeenkomst werd later verruimd, telkens na een akkoord tussen de financiële en de verzekeringsinstellingen enerzijds, en de vertegenwoordigers van de patiënten- en consumentenverenigingen anderzijds. De laatste wijziging dateert van 16 juli 2018.

Het recht om te worden vergeten werd in Frankrijk vastgelegd in artikel L1141-5 van de *Code de la Santé*, ingevoegd bij artikel 190 van wet 2016-41 van 26 januari 2016 tot modernisering van het gezondheidsstelsel.

Dat recht houdt in dat:

— wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan, iemand bij de aanvraag van een schuldsaldoverzekering niet langer aan de verzekeraar moet meedelen dat hij voordien aan kanker heeft geleden;

COMMENTAIRES DES ARTICLES

CHAPITRE 1^{ER}

Disposition générale

Article 1^{er}

Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétences.

CHAPITRE 2

Modification de la loi du 4 avril 2014
relative aux assurances

Art. 2

Cet article vise à introduire un “droit à l’oubli”, comparable à ce qui existe dans la réglementation française relative à la Convention AERAS, depuis septembre 2015 (S’Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), répondant à une demande forte des représentants des patients et des représentants des consommateurs.

En France, cette convention AERAS trouve son origine dans celle mise sur pied, dès septembre 1991, entre l’État représenté par le ministre de la Santé et les compagnies d’assurance, permettant à des personnes séropositives de souscrire un contrat en garantie d’un crédit immobilier.

Elle fut élargie ultérieurement, à chaque fois suite à un accord entre les institutions financières et d’assurance, d’une part, et les représentants des associations de patients et de consommateurs, d’autre part. La dernière modification date du 16 juillet 2018.

Le droit à l’oubli est consacré en France par l’article L1141-5 du Code de la Santé publique, inséré par l’article 190 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le droit à l’oubli implique:

— d’une part, lorsque certaines conditions sont remplies, qu’une personne ne doit plus communiquer à l’assureur lors de la demande d’une assurance solde restant dû qu’elle a précédemment souffert d’une pathologie cancéreuse;

— de essentiële regels worden opgesteld inzake het recht om te worden vergeten; het gaat daarbij meer bepaald om een referentierooster voor de verschillende ziekten (kanker of andere aandoeningen, inclusief de chronische) en om de tijdspanne waarna iemand die eraan heeft geleden, toegang tot een verzekering kan hebben zonder bijpremie of zonder gevaar voor uitsluiting.

De Commissie voor verzekeringen wordt belast met het voeren van besprekingen tussen de vertegenwoordigers van de verzekeraars en van de verzekerden, met het oog op de sluiting van een overeenkomst ter uitvoering van dat recht om te worden vergeten; daarbij wordt uitgegaan van de erkende wetenschappelijke volksgezondheidsstudies. Die overeenkomst moet bovendien voorzien in de uitbreiding van de bescherming tot andere aandoeningen dan kanker, met name de chronische aandoeningen. De overeenkomst wordt door de Koning bindend gemaakt. Men moet er rekening mee houden dat de vertegenwoordigers van de verzekeraars en de verzekerden in de Commissie voor verzekeringen een mandaat hebben om hun respectieve organisaties te vertegenwoordigen, maar niet noodzakelijk om onderhandelingen te voeren over het sluiten van een overeenkomst. De Commissie voor verzekeringen moet dus besprekingen voeren om tot de sluiting van een overeenkomst te kunnen komen met, misschien, andere gesprekspartners dan die welke gewoonlijk de betrokken organisatie vertegenwoordigen.

Tot slot wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 10, waarin wordt aangegeven dat, als de besprekingen in de Commissie voor verzekeringen niet binnen een termijn van zes maanden tot de sluiting van die overeenkomst leiden, de Koning de regels vaststelt voor het recht om te worden vergeten, en in het bijzonder een referentierooster op basis van de erkende wetenschappelijke volksgezondheidsstudies. Hetzelfde geldt als men voor de vereiste aanpassingen niet tijdig tot een wijziging van de overeenkomst kan komen.

Art. 3

Dit artikel strekt ertoe verschillende wijzigingen in artikel 217 van de wet betreffende de verzekeringen aan te brengen.

1. Er wordt gezorgd voor meer transparantie met betrekking tot de omstandigheden waarin het Opvolgingsbureau voor de tarifiering wordt aangezocht.

De Commissie voor verzekeringen heeft vastgesteld dat de interpretatie van het begrip “basispremie” heeft geleid tot debatten, wat wijst op een probleem inzake transparantie. Zo is er bijvoorbeeld het geval van een

— d'autre part, que soient formulées les règles essentielles régissant le droit à l'oubli et en particulier une grille de référence des pathologies (cancéreuses ou autres types de pathologie, y compris chroniques) et de la durée après laquelle une personne qui en a souffert peut avoir un accès à l'assurance sans surprime ni exclusion.

La Commission des assurances est chargée de mener des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés afin d'aboutir à la conclusion d'une convention mettant en œuvre ce droit à l'oubli, sur la base des études scientifiques de santé publique reconnues. Cette convention prévoit en outre l'extension des protections aux pathologies autres que cancéreuses, notamment les pathologies chroniques. Cette convention est rendue obligatoire par le Roi. Il faut tenir compte du fait que les représentants des assureurs et des assurés au sein de la Commission des assurances ont mandat pour représenter leurs organismes respectifs mais pas nécessairement pour mener des négociations relatives à conclusion d'une convention. La Commission des assurances doit donc mener des pourparlers pour pouvoir aboutir à la conclusion d'une convention avec, peut-être, des personnes différentes de celles qui représentent habituellement l'organisme en question en son sein.

Il est enfin renvoyé au commentaire de l'article 10, lequel prévoit que, si les discussions menées au sein de la Commission des assurances n'aboutissent pas à la conclusion de cette convention dans un délai de six mois, le Roi fixe les règles régissant le droit à l'oubli et, en particulier, une grille de référence sur la base des études scientifiques de santé publique reconnues dans ce domaine. Il en va de même si les adaptations requises ne peuvent faire l'objet d'une adaptation de la convention en temps utiles.

Art. 3

Cet article apporte plusieurs modifications à l'article 217 de la loi relative aux assurances.

1. Premièrement, il vise à apporter davantage de transparence concernant les circonstances dans lesquelles le Bureau du suivi de la tarification est saisi.

La Commission des assurances a constaté que l'interprétation du concept de “prime de base” faisait l'objet de débats, ce qui pose un problème de transparence. À titre d'exemple, on peut citer le cas d'un

verzekeraar met een basispremie van 100 euro volgens zijn tarief en 80 euro na een commerciële korting. Volgens sommigen zou de basispremie de laagste premie moeten zijn (80 euro), terwijl anderen dit bedrag niet de basispremie vinden omdat daarin geen rekening zou mogen worden gehouden met de commerciële kortingen (de basispremie is volgens hen dus 100 euro). Het is duidelijk dat dit interpretatieverschil een beslissende invloed kan hebben voor de toegang tot de diensten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, want tegemoetkomingen zijn slechts mogelijk indien de bijpremie meer dan 75 % van de basispremie bedraagt.

Om de toegang tot de diensten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering te vergemakkelijken, wordt dan ook voorgesteld te bepalen dat de basispremie gelijk is aan de laagste premie die de verzekeringsonderneming voorstelt aan mensen van dezelfde leeftijd. Indien de verzekeringsonderneming een commerciële korting aanbiedt, wordt voor het vaststellen van de basispremie alleen rekening gehouden met de laagste premie.

2. De reikwijdte van het jaarverslag van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering wordt verduidelijkt.

Uit het verslag van de Commissie voor verzekeringen blijkt dat er geen consensus is over het effect van de bestaande reglementering op de verzekeraarbaarheid van mensen met een hoger gezondheidsrisico.

Een deel van de waarnemers stelt een positieve trend vast in hun verzekeraarbaarheid, alsook een toenemende concurrentie op de markt.

Omgekeerd vinden de vertegenwoordigers van de consumenten dat die positieve ontwikkeling niet kon worden aangetoond aan de hand van objectieve cijfers uit onafhankelijke bronnen.

Zij betreuren meer bepaald dat geen antwoord is gegeven op de volgende vragen:

— Wanneer kan men spreken van een beter voorstel van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering (welk dalingspercentage van de bijpremie)?

— Wat is de gemiddelde daling van de bijpremie en hoeveel bedraagt de mediaan?

— In welk percentage van de gevallen impliceert het betere voorstel van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering geen vermindering van de werkelijke last ten gunste van de verzekeringnemer (vermindering van de

assureur avec une prime de base de 100 euros suivant son tarif et une prime de 80 euros après une réduction commerciale. Selon l'interprétation de certains, la prime de base devrait être la prime la plus basse (soit 80 euros), tandis que d'autres considèrent que ce montant de 80 euros n'est pas la prime de base parce que la prime de base ne devrait pas tenir compte des réductions commerciales (la prime de base devrait donc, selon eux, être de 100 euros). Il est évident que cette divergence d'interprétations peut avoir un impact déterminant pour l'accès aux services du Bureau du suivi de la tarification, qui ne peut être accordé qu'en cas d'une surprime supérieure à 75 % de la prime de base.

Pour faciliter l'accès aux services du Bureau du suivi de la tarification, il est dès lors proposé de préciser que la prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une personne du même âge; si l'entreprise d'assurance offre une réduction commerciale, seule la prime la plus basse sera prise en compte pour déterminer la prime de base.

2. Deuxièmement, l'article vise à préciser la portée du rapport annuel du Bureau de suivi de la tarification.

Le rapport de la Commission des assurances montre qu'il n'y a pas de consensus quant à l'impact de la réglementation existante sur l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru.

Une partie des observateurs note une évolution positive de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru et une concurrence croissante sur le marché.

À l'inverse, les représentants des consommateurs sont d'avis que cette évolution positive n'a pas pu être démontrée par des chiffres objectifs et émanant de sources indépendantes.

Ces derniers déplorent en particulier que les questions suivantes restent sans réponse:

— En quoi consiste une meilleure proposition du Bureau du suivi de la tarification (quel pourcentage de baisse de la surprime)?

— Quelle est la baisse moyenne de la surprime et la médiane?

— Dans quel pourcentage des cas la meilleure proposition du Bureau du suivi de la tarification n'implique pas une réduction de la charge réelle au profit du preneur d'assurance (réduction de la surprime mais pas sous

bijpremie maar niet onder 125 % van de basispremie, daar de Compensatiekas alleen optreedt wanneer de premie 125 % overschrijdt)?

— Hoeveel bedragen de gemiddelde vermindering van de werkelijke last en die van de mediaan (in euro en in percent)?

Dit artikel stelt dan ook in uitzicht dat die statistische gegevens moeten worden verstrekt in het jaarverslag van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering. Sinds dat Opvolgingsbureau werd opgericht, publiceert het een jaarverslag over zijn werking. Dat bevat nu al statistische gegevens over:

— de evolutie van zowel het aantal ingediende als dat het aantal ontvankelijke aanvragen;

— het aantal door het Opvolgingsbureau bevestigde beslissingen;

— het aantal nieuwe door het Opvolgingsbureau en door de verzekeraar geformuleerde voorstellen;

— alsook, voor die gegevens, een opsplitsing volgens ziektebeeld; het verslag verstrekt informatie over de termijnen waarbinnen het Opvolgingsbureau voor de tarifiering dossiers afhandelt en het de medische vragenlijsten analyseert en opnieuw onderzoekt.

Die informatie zal dus moeten worden aangevuld opdat de evolutie van de verzekeraarbaarheid van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico beter kan worden geobserveerd.

Art. 4

De Commissie voor verzekeringen heeft geconstateerd dat het in artikel 221 van de wet betreffende de verzekeringen bedoelde bemiddelingsorgaan geen meerwaarde bood wat de schuldsaldoverzekerings betreft.

Bovendien is dat orgaan nog altijd niet operationeel omdat de leden ervan nog niet werden benoemd.

Overeenkomstig de aanbeveling van de Commissie voor verzekeringen wordt derhalve voorgesteld om artikel 221 van de wet betreffende de verzekeringen op te heffen.

125 % de la prime de base, ce qui n'entraîne pas une diminution de la charge réelle parce que la Caisse de compensation n'intervient que lorsque la prime dépasse 125 %)?

— Quelle est la réduction moyenne de la charge réelle et de la médiane (en euro et en pourcents)?

L'article prévoit dès lors que le rapport annuel du Bureau de suivi de la tarification devra fournir ces données statistiques. Depuis sa mise sur pied, le Bureau du suivi de la tarification publie un rapport d'activités annuel. Ce rapport annuel contient déjà des données statistiques qui permettent d'observer:

— l'évolution du nombre tant de demandes introduites que de demandes recevables;

— le nombre de décisions confirmées par le Bureau;

— le nombre de nouvelles propositions formulées par le Bureau et par l'assureur;

— également, pour ces données, une ventilation par pathologie; il donne des informations sur les délais de gestion et sur les analyses et réexamens par le Bureau du suivi de la tarification des questionnaires médicaux.

Ces informations devront donc être complétées, de manière à mieux pouvoir observer l'évolution de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru.

Art. 4

La Commission des assurances a constaté que l'organe de conciliation visé à l'article 221 de la loi relative aux assurances, n'apportait pas de plus-value dans le cadre de l'assurance solde restant dû.

En outre, cet organe n'est toujours pas opérationnel parce que ses membres n'ont pas encore été nommés.

Conformément à la recommandation de la Commission des assurances, il est dès lors proposé d'abroger l'article 221 de la loi relative aux assurances.

Art. 5

Bij artikel 222 van de wet betreffende de verzekeringen wordt een verschil in behandeling ingesteld tussen degenen die op hun eentje een hypothecair krediet aangaan (waarbij zij onder bepaalde voorwaarden een gestandaardiseerde waarborg genieten ten belope van een bedrag van ten hoogste 200 000 euro) en de medekredietnemers (die onder dezelfde voorwaarden een gestandaardiseerde waarborg voor eenzelfde bedrag genieten, maar dan wel beperkt tot 50 % van het geleende kapitaal). Dat verschil in behandeling is niet verantwoord.

Overeenkomstig de aanbeveling van de Commissie voor verzekeringen wordt derhalve voorgesteld de begrenzing tot 50 % van het geleende kapitaal af te schaffen.

Art. 6

Dit artikel behelst verscheidene wijzigingen.

1° Ten eerste beoogt het meer transparantie te bewerkstelligen in verband met de omstandigheden waaronder de Compensatiekas optreedt.

Zoals aangegeven in de toelichting bij artikel 3 (zie ook het aangehaalde voorbeeld), lopen de interpretaties uiteen, want volgens sommige verzekeraars is de basispremie de premie zonder de eventuele commerciële kortingen, terwijl volgens sommige verzekerden de basispremie de laagste premie is, dus met inbegrip van de eventuele commerciële kortingen.

Die uiteenlopende interpretaties hebben, zoals in de toelichting bij artikel 3 wordt opgemerkt, een weerslag op de toegang tot de diensten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering en kunnen eveneens een doorslaggevende impact hebben op de tegemoetkoming door de Compensatiekas, want die vereist een bijpremie hoger dan 125 % van de basispremie.

Artikel 223, derde lid, geeft nu al het volgende aan: "De basispremie is gelijkgesteld met de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor een persoon van dezelfde leeftijd"³.

Om de situatie te verduidelijken en om te preciseren in welke gevallen de Compensatiekas optreedt, wordt derhalve voorgesteld aan te geven dat indien de

³ Zulks evenwel zonder te preciseren of alleen met de normale tarieven rekening dient te worden gehouden, dan wel eveneens met de commerciële kortingen.

Art. 5

L'article 222 de la loi relative aux assurances établit une différence de traitement entre, d'une part, les personnes qui souscrivent seules un crédit hypothécaire (qui dans certaines conditions bénéficient d'une garantie standardisée d'un montant maximal de 200 000 euros) et, d'autre part, les co-emprunteurs (qui, dans les mêmes conditions, bénéficient d'une garantie standardisée d'un même montant, mais limité à 50 % du capital emprunté). Cette différence de traitement ne se justifie pas.

Conformément à la recommandation de la Commission des assurances, il est dès lors proposé de supprimer la limite de 50 % du capital emprunté.

Art. 6

Cet article apporte plusieurs modifications.

1° Premièrement, cet article vise à apporter davantage de transparence concernant les circonstances donnant lieu à une intervention de la Caisse de compensation.

Comme indiqué au commentaire de l'article 3 (voir également l'exemple cité), il existe une divergence d'interprétations entre, d'une part, celle de certains assureurs qui affirment que la prime de base est la prime ne comprenant pas les éventuelles réductions commerciales et, d'autre part, celle de certains assurés qui affirment que la prime de base est la prime la plus basse comprenant les éventuelles réductions commerciales.

Il est évident que cette divergence d'interprétations qui, comme indiqué au commentaire de l'article 3, a un effet sur l'accès aux services du Bureau du suivi de la tarification, peut également avoir un impact déterminant pour l'intervention de la Caisse de compensation, qui suppose une surprime supérieure à 125 % de la prime de base.

L'article 223, alinéa 3, indique déjà que la prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une personne du même âge³.

Pour clarifier la situation et mieux préciser les cas dans lesquels il y a une intervention de la Caisse de compensation, il est dès lors proposé de préciser que,

³ Sans préciser toutefois s'il faut tenir compte uniquement des tarifs normaux ou s'il faut également tenir compte des réductions commerciales.

verzekeringsonderneming een commerciële korting aanbiedt, alleen de laagste premie in aanmerking wordt genomen om de basispremie te bepalen.

2° Ten tweede beoogt dit artikel ervoor te zorgen dat men makkelijker aanspraak kan maken op een tegemoetkoming door de Compensatiekas.

Thans treedt de Compensatiekas alleen op indien de aangerekende bijpremie meer dan 125 % van de basispremie belooft, zonder dat haar tegemoetkoming meer dan 800 % van de basispremie mag bedragen (zie artikel 28 van voormeld koninklijk besluit van 10 april 2014). Artikel 223, vierde lid, van de wet betreffende de verzekeringen voorziet in een raamwerk voor die door de Koning vastgelegde ratio's. De vertegenwoordigers van de patiënten en van de consumenten dringen er echter sterk op aan dat die ondergrens van 125 % tot 50 % wordt teruggebracht, opdat het mogelijk zou worden om aan meer mensen met een verhoogd gezondheidsrisico een krediet aan te bieden. Voorts pleiten die vertegenwoordigers met aandrang voor de afschaffing van die bovengrens, teneinde een grotere solidariteit te waarborgen jegens de betrokken kredietnemers. In dat verband geven de consumentenvertegenwoordigers aan dat, bij de oprichting van de Compensatiekas, sommige tegenstanders voorspelden dat die regeling de concurrentie zou afzwakken en een algemene prijsstijging zou veroorzaken; vandaag heeft zich echter kennelijk het tegenovergestelde voorgedaan.

Het is de bedoeling ook met de door de verzekeraars geuite bezwaren rekening te houden, te weten de impact van een dergelijke maatregel op de compensatiekosten ten laste van de verzekeraars en de kredietnemers, alsmede het gevolg van een dergelijke maatregel voor de naleving van de bij de Europese *Solvency II*-richtlijn opgelegde solvabiliteitsvereisten. Derhalve beoogt het hier voorgestelde artikel de Commissie voor verzekeringen op te dragen besprekingen te voeren tussen de vertegenwoordigers van de verzekeraars en die van de verzekerden. Die besprekingen moeten leiden tot:

— de vaststelling van een ondergrens om op tegemoetkoming door de Compensatiekas aanspraak te kunnen maken; die grens moet hoe dan ook lager liggen dan 125 % van de basispremie en hoger liggen dan of gelijk zijn aan 50 %;

— de vaststelling van een bovengrens voor de tegemoetkoming door de Compensatiekas; die grens moet hoe dan ook hoger liggen dan 800 % van de basispremie;

— zo mogelijk de afschaffing van welke bovengrens dan ook.

si l'entreprise d'assurance offre une réduction commerciale, seule la prime la plus basse est prise en compte pour déterminer la prime de base.

2° Deuxièmement, cet article vise à faciliter l'accès à une intervention de la Caisse de compensation.

Actuellement, la Caisse de compensation n'intervient que si la surprime réclamée s'élève à plus de 125 % de la prime de base, sans que son intervention puisse dépasser 800 % de la prime de base (article 28 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 précité). L'article 223, alinéa 4, de la loi relative aux assurances encadre ces ratios déterminés par le Roi. Or, une demande forte des représentants des patients et des consommateurs est de voir ce seuil diminuer de 125 % à 50 %, de manière à offrir un accès au crédit à davantage de personnes présentant un risque de santé accru, et de voir ce plafond supprimé, de manière à assurer une plus grande solidarité envers les preneurs d'assurance concernés. Les représentants de consommateurs indiquent à cet égard que, lors de l'introduction de la Caisse de compensation, certains opposants prédisaient que ce mécanisme réduirait la concurrence et entraînerait une hausse générale des prix; or, on constate aujourd'hui que c'est l'inverse qui s'est produit.

De manière à également pouvoir tenir compte des objections exprimées par les assureurs, à savoir, d'une part, l'impact d'une telle mesure sur les coûts de compensation à charge des assureurs et des prêteurs et, d'autre part, l'impact d'une telle mesure sur le respect des exigences de solvabilité imposées par la directive européenne *Solvency II*, l'article charge dès lors la Commission des assurances de mener des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés afin d'aboutir à la fixation:

— d'un seuil d'accès à l'intervention de la Caisse de compensation strictement inférieur à 125 % de la prime de base et supérieur ou égal à 50 %; et

— d'un plafond d'intervention de la Caisse de compensation strictement supérieur à 800 % de la prime de base, voire à la suppression de tout plafond.

Ten slotte wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 10, waarin wordt aangegeven dat, indien de in de Commissie voor verzekeringen gevoerde besprekingen niet binnen een termijn van zes maanden leiden tot de sluiting van die overeenkomst, de Koning:

— een ondergrens vaststelt om op tegemoetkoming door de Compensatiekas aanspraak te mogen maken; die grens moet hoe dan ook lager liggen dan 125 % van de basispremie en hoger liggen dan of gelijk zijn aan 50 %; en/of

— een bovengrens vaststelt voor de tegemoetkoming door de Compensatiekas; die grens moet hoe dan ook hoger liggen dan 800 % van de basispremie; in dat verband kan de Koning ongeacht welke bovengrens afschaffen.

Art. 7

Luidens artikel 224 van de wet betreffende de verzekeringen blijven de beschermingsbepalingen inzake schuldsaldoverzekering gelden wanneer het hypothe-cair krediet “wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer”. De Commissie voor verzekeringen heeft vastgesteld dat de interpretatie van dat artikel in drie gevallen voor discussie vatbaar was:

— *Quid* bij de bouw van een woning?

— *Quid* als de kandidaat-verzekeringnemer van woning wil veranderen om er uiteindelijk maar één over te houden?

— *Quid* als het om een woonboot gaat?

Om redenen van rechtszekerheid heeft de Commissie voor verzekeringen dan ook aanbevolen om in de wet betreffende de verzekeringen te preciseren dat de regelgeving ook van toepassing is:

— voor de bouw;

— op mensen die, op het ogenblik dat zij een lening aangaan voor de verwerving/bouw van een woning, weliswaar al een andere woning bezitten (ongeacht of zij die in volle eigendom bezitten dan wel er het vruchtgebruik van genieten) maar van plan zijn ze te verkopen of de desbetreffende rechten over te dragen; op het ogenblik waarop de kandidaat-verzekeringnemer om een schuldsaldoverzekering verzoekt, zijn op zijn minst een aantal zekerheden vereist omtrent het feit dat de “nieuwe woning” in de plaats van de “bestaande” woning zal komen als eigen en enige woning;

Il est enfin renvoyé au commentaire de l'article 10, lequel prévoit que, si les discussions menées au sein de la Commission des assurances n'aboutissent pas à la conclusion de cette convention dans un délai de six mois, le Roi:

— fixe un seuil d'accès à la Caisse de compensation strictement inférieur à 125 % de la prime de base et supérieur ou égal à 50 %; et/ou

— fixe un plafond d'intervention de la Caisse de compensation strictement supérieur à 800 % de la prime de base; le Roi peut, à cet égard, supprimer tout plafond.

Art. 7

Aux termes de l'article 224 de la loi relative aux assurances, les dispositions protectrices en matière d'assurance solde restant dû sont applicables lorsque le crédit hypothécaire est “contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance”. La Commission des assurances a constaté que l'interprétation de cet article faisait l'objet de débats dans trois cas:

— *Quid* en cas de construction d'une habitation?

— *Quid* si le candidat preneur d'assurance souhaite changer d'habitation pour, finalement, n'en garder qu'une?

— *Quid* s'il s'agit d'un bateau d'habitation?

Pour des raisons de sécurité juridique, la Commission des assurances a dès lors recommandé de préciser dans la loi relative aux assurances que la réglementation s'applique également:

— pour la construction;

— aux personnes qui, au moment de conclure un emprunt pour l'acquisition/la construction d'une habitation, possèdent déjà une autre habitation (qu'elle soit en pleine propriété ou en usufruit) mais qui ont l'intention de la vendre ou de céder les droits y afférents; au moment où le candidat-preneur d'assurance demande une assurance solde restant dû, il faut un minimum de certitudes concernant le fait que la “nouvelle habitation” se substituera à l'habitation “existante” en tant qu'habitation propre et unique;

— wanneer de eigen en enige gezinswoning een woonboot of een binnenschip is.

HOOFDSTUK 3

Wijzigingen van het koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet

Art. 8

In 2016 heeft de consumentenvereniging Test-Aankoop een onderzoek verricht naar de medische vragenlijsten die worden gebruikt voor het afsluiten van een schuldsaldoverzekering.

Daaruit blijkt dat de vertrouwelijkheid van de gegevens die door de kandidaat-verzekerde worden aangeleverd zowel intern – binnen de verzekeringsonderneming – als ten aanzien van derden onvoldoende wordt gegarandeerd.

Zo heeft men weet van gevallen waarbij de medische vragenlijst wordt ingevuld in het open landschapskantoor van het agentschap. De kandidaat moet daarbij de vragen van de administratief medewerker van de verzekeringsonderneming mondeling beantwoorden.

Voorts blijkt uit het onderzoek dat, wat de vertrouwelijkheid ten aanzien van derden betreft, bepaalde verzekeringsonderneming de gegevens doorspelen aan andere ondernemingen van dezelfde groep of zelfs aan Datassur, een op initiatief van de verzekeringsondernemingen opgericht orgaan om gegevens uit te wisselen en de schaderegeling te versnellen.

Ook hier wordt de Franse *Convention AERAS*, die in verband met artikel 2 al werd aangehaald, door de patiënten- en de consumentenverenigingen naar voren geschoven als een voorbeeld van een goede praktijk. Die overeenkomst bevat immers heel duidelijke bepalingen inzake de inachtneming van de vertrouwelijkheid van de medische gegevens:

— gelet op de verzekerde risico's en de specifieke aard van de geleverde informatie, wordt geëist dat de betrokken verzekeringsondernemingen beschikken over een medische dienst die de informatie kan analyseren en bijhouden;

— binnen die medische dienst wordt een arts aangesteld die verantwoordelijk is voor de dossiers en wiens

— lorsque l'habitation familiale propre et unique est un bateau d'habitation ou de navigation intérieure.

CHAPITRE 3

Modifications de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire

Art. 8

En 2016, l'association de consommateurs Test-Achats a réalisé une enquête sur les questionnaires médicaux utilisés dans le cadre de la souscription d'assurances solde restant dû.

Il en ressort que la confidentialité des données transmises par le candidat-assuré est insuffisamment assurée, tant en interne, au sein de la compagnie d'assurance, que vis-à-vis de tiers.

D'un côté, on relate des cas où le questionnaire médical est complété dans l'*open-space* de la compagnie d'assurances, le candidat devant y répondre oralement aux questions d'un collaborateur administratif de la société d'assurance.

De l'autre, concernant la confidentialité vis-à-vis de tiers, l'enquête révèle que certaines compagnies d'assurance transmettent les données à d'autres sociétés du même groupe, et même à Datassur, un organisme créé à l'initiative des entreprises d'assurances pour échanger des données et accélérer le règlement des sinistres.

Ici encore, la *Convention AERAS* en France, déjà évoquée dans l'article 2, est citée comme un exemple de bonne pratique par les associations représentatives des patients et des consommateurs. La convention AERAS prévoit en effet des dispositions très claires en matière de respect de la confidentialité des données médicales:

— compte tenu des risques assurés et de la nature spécifique des informations fournies, il est exigé que les sociétés d'assurance concernées disposent d'un service médical apte à analyser et à conserver ces informations;

— dans ce service médical, les dossiers sont placés sous l'autorité d'un médecin collaborateur auquel doit

technische en morele onafhankelijkheid moet worden gewaarborgd; hij staat garant voor de vertrouwelijkheid van de medische informatie die aan de verzekeringsondernemingen wordt verschaft;

— die vertrouwelijkheidsplicht moet worden nageleefd in het kader van het afsluiten van een schuldsaldoverzekering tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypotheekkrediet; de aanvrager van de lening moet de medische vragenlijst alleen invullen (waarbij hij zich, in zoverre hij dit strikt noodzakelijk acht, laat bijstaan door zijn behandelende arts(en)); elke ingevulde medische vragenlijst en elke andere medische informatie moet onder verzegelde omslag worden bezorgd aan de medische dienst van de verzekeraar, die bijkomende onderzoeken of analyses kan vragen op voorwaarde dat die vraag wordt gemotiveerd;

— de administratieve diensten van de verzekeringsondernemingen mogen in geen geval kennis hebben van de informatie betreffende de gezondheidstoestand waarop de beslissing (aanvaarding met of zonder bijpremie, weigering, uitstel of vraag om bijkomend medisch onderzoek) is gebaseerd, noch van de elementen van de overeenkomst die betrekking hebben op de gezondheidstoestand.

De indieners stellen voor om artikel 5 van het voornoemde koninklijk besluit van 4 april 2014 in die zin aan te vullen.

Art. 9

Uit het evaluatieverslag van de Commissie voor verzekeringen blijkt dat sommige verzekeraars de grenzen van de wetgeving opzoeken om de toegang tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering te beperken.

De Ombudsman van de verzekeringen geeft aan dat van de 74 aanvragen die in 2017 ontvankelijk werden verklaard, 47 dossiers aanleiding hebben gegeven tot een onderzoek en tot bemiddeling. In meer dan de helft van die dossiers bedroeg de bijpremie tussen 50 en 75 %; bij een groot deel ervan ging het zelfs om 74 of 75 %.

Aangezien een bijpremie van 50 tot 75 % nog zwaar kan doorwegen op het budget van de consument, waardoor het moeilijker wordt om een schuldsaldoverzekering te verkrijgen, wordt voorgesteld om de drempel om een beroep te mogen doen op het Opvolgingsbureau voor de tarifiering te verlagen naar 50 %.

être garantie l'indépendance technique et morale; celui-ci étant garant de la confidentialité des informations médicales fournies aux sociétés;

— cette obligation de confidentialité s'impose dans le cadre de la souscription d'une assurance solde restant dû visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire; le candidat à l'emprunt doit remplir seul le questionnaire médical (en se faisant aider, pour autant qu'il le juge strictement nécessaire, par son/ses médecins traitant(s)); tout questionnaire médical complété et toute autre information médicale doit être transmis sous enveloppe cachetée au service médical de l'assureur qui peut demander des examens ou des analyses complémentaires mais moyennant motivation;

— en aucun cas, les services administratifs des sociétés d'assurance ne peuvent connaître les éléments relatifs à l'état de santé qui ont fondé la décision (acceptation avec ou sans surprime, refus, ajournement ou demande de complément d'instructions médicales), ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé.

Il est proposé de compléter en ce sens l'article 5 de l'arrêté royal du 4 avril 2014 précité.

Art. 9

Il ressort du rapport d'évaluation de la Commission des assurances que certains assureurs travaillent aux limites de la législation, de manière à restreindre l'accès au Bureau du suivi de la tarification.

Ainsi, l'Ombudsman des assurances explique que sur les 74 affaires recevables en 2017, 47 dossiers ont fait l'objet d'une enquête et d'une médiation. Dans plus de la moitié de ces dossiers, la surprime variait entre 50 % et 75 %, dont une grande partie atteignait même 74 % ou 75 %.

Étant donné qu'une surprime de 50 % à 75 % peut encore peser lourdement sur le budget du consommateur, ce qui rend plus difficile l'obtention d'une assurance solde restant dû, il est dès lors proposé de diminuer la limite d'accès au bureau du suivi de la tarification à 50 %.

Art. 10

Er wordt verwezen naar de toelichting bij de artikelen 2 en 6 die de Commissie voor Verzekeringen er respectievelijk mee belasten besprekingen te voeren tussen de vertegenwoordigers van de verzekeraars en van de verzekerden, welke moeten uitmonden in een overeenkomst die:

1° het recht om te worden vergeten instelt (artikel 2);

2° ervoor moet zorgen dat makkelijker aanspraak kan worden gemaakt op een tegemoetkoming door de Compensatiekas (artikel 6).

Bij wijze van overgangsbepaling bepaalt dit artikel dat, als de besprekingen binnen de Commissie voor Verzekeringen niet binnen een termijn van zes maanden leiden tot het sluiten van deze overeenkomsten, de Koning:

1. de regels bepaalt voor het recht om te worden vergeten en, inzonderheid, een referentierooster op basis van de erkende wetenschappelijke studies op dit vlak; hetzelfde geldt ook als men voor de vereiste aanpassingen niet tijdig tot een wijziging van de overeenkomst kan komen;

2. voor de toegang tot de Compensatiekas een drempel vaststelt die hoe dan ook lager ligt dan 125 % en hoger ligt dan of gelijk is aan 50 % van de basispremie en/of een maximumbedrag dat hoe dan ook hoger ligt dan 800 % van de basispremie; de Koning kan in dat verband elk maximumbedrag schrappen.

Art. 11

Aangezien de bij het koninklijk besluit beoogde bepalingen bij wet worden gewijzigd, krijgen die bepalingen kracht van wet en kan de Koning ze dus niet langer wijzigen. Om dat te verhelpen wordt de Koning een machtiging verleend, zodat hij die bepalingen in de toekomst alsnog kan wijzigen.

Art. 10

Il est renvoyé aux commentaires des articles 2 et 6 qui chargent, respectivement, la Commission des assurances de mener des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés afin d'aboutir à la conclusion d'une convention:

1° mettant en œuvre un droit à l'oubli (article 2);

2° facilitant l'accès à la Caisse de compensation (article 6).

À titre de disposition transitoire, le présent article prévoit que, si les discussions menées au sein de la Commission des assurances n'aboutissent pas à la conclusion de ces conventions dans un délai de six mois, le Roi:

1. fixe les règles régissant le droit à l'oubli et, en particulier, une grille de référence sur la base des études scientifiques de santé publique reconnues dans ce domaine ; il en va de même si les adaptations requises ne peuvent pas faire l'objet d'une adaptation de la convention en temps utile;

2. fixe un seuil d'accès à la Caisse de compensation strictement inférieur à 125 % de la prime de base et supérieur ou égal à 50 %; et/ou fixe un plafond d'intervention de la Caisse de compensation strictement supérieur à 800 % de la prime de base; le Roi peut, à cet égard, supprimer tout plafond.

Art. 11

Du fait que les dispositions visées de l'arrêté royal se voient modifiées par une loi, ces dispositions acquièrent donc force de loi et le Roi ne peut donc plus les modifier. Pour éviter cela, délégation est donné au Roi afin de lui permettre de tout de même modifier à l'avenir ces dispositions.

Karine LALIEUX (PS)
Paul-Olivier DELANNOIS (PS)
Jean-Marc DELIZÉE (PS)
Fabienne WINCKEL (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)

WETSVOORSTEL**HOOFDSTUK 1****Algemene bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2**Wijziging van de wet van 4 april 2014
betreffende de verzekeringen****Art. 2**

In artikel 212 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 3 worden de woorden “paragraaf 1” vervangen door de woorden “de paragrafen 1 en 4”;

2° dit artikel wordt aangevuld met een § 4, luidende:

“§ 4. De Commissie voor verzekeringen voert besprekingen tussen de vertegenwoordigers van de verzekeraars en die van de verzekerden, teneinde te bewerkstelligen dat over het recht om te worden vergeeten een overeenkomst wordt gesloten aangaande mensen die aan kankeraandoeningen en andere, inzonderheid chronische, aandoeningen lijden of hebben geleden, zulks onverminderd de in het vierde lid vermelde maximumtermijnen.

Die overeenkomst bepaalt de nadere regels en de termijnen waarna de verzekeraar aan een verzekeringnemer die aan een kankeraandoening heeft geleden geen verzekering mag weigeren noch, door die omstandigheid, op hem enige bijpremie mag toepassen. Tevens legt ze de termijnen vast waarna de verzekeringsondernemingen in dat verband geen enkele medische informatie meer mogen verzamelen aangaande de kankeraandoeningen.

Op grond van de erkende wetenschappelijke volksgezondheidsstudies dienaangaande bepaalt deze overeenkomst de essentiële regels die inzake het recht om te worden vergeten van toepassing zijn, inzonderheid een referentierooster aan de hand waarvan voor elk van de aandoeningen de termijnen kunnen worden vastgelegd

PROPOSITION DE LOI**CHAPITRE 1^{ER}****Disposition générale****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2**Modification de la loi du 4 avril 2014
relative aux assurances****Art. 2**

Dans l'article 212 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les modifications suivantes sont apportées:

1° au paragraphe 3, les mots “du paragraphe 1^{er}” sont remplacés par les mots “des paragraphes 1^{er} et 4”;

2° cet article est complété par un paragraphe 4, rédigé comme suit:

“§ 4. La Commission des assurances mène des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés afin d'aboutir à la conclusion d'une convention relative au droit à l'oubli concernant les personnes souffrant ou ayant souffert de pathologies cancéreuses et autres, notamment chroniques, sans préjudice des délais maxima énoncés à l'alinéa 4.

Cette convention détermine les modalités et les délais au-delà desquels l'assureur ne peut refuser l'assurance ou appliquer de surprime au preneur d'assurance ayant souffert d'une pathologie cancéreuse, du fait de cette circonstance. Elles prévoient également les délais au-delà desquels aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les assureurs dans ce cadre.

Cette convention établit, sur la base des études scientifiques dans le domaine de la santé publique reconnues relatives à ce sujet, les règles essentielles régissant le droit à l'oubli et en particulier une grille de référence permettant de fixer, pour chacune des pathologies, les délais au-delà desquels aucune surprime et

waarna geen enkele bijpremie mag worden toegepast, geen enkele verzekering mag worden geweigerd en geen medische informatie aangaande de betrokken aandoeningen mag worden verzameld.

De termijn waarna de verzekeringsondernemingen geen medische informatie over de kankeraandoeningen mogen verzamelen, mag niet langer zijn dan tien jaar na de einddatum van het therapeutisch protocol; voor de kankeraandoeningen die vóór de leeftijd van achttien jaar zijn ontstaan, mag die termijn niet langer zijn dan vijf jaar te rekenen van het einde van het therapeutisch protocol.

Die nadere regels en die termijnen worden regelmatig bij de tijd gebracht volgens de therapeutische vooruitgang en volgens de wetenschappelijke gegevens. Mocht de Koning van mening zijn dat er aanpassingen in dienen te worden aangebracht zonder dat dit via een op initiatief van de Commissie voor verzekeringen gesloten overeenkomst gebeurt, dan richt Hij tot die Commissie een verzoek in die zin. Geeft de Commissie binnen een termijn van zes maanden geen antwoord, dan kan Hij ze zelf aanbrengen, op gezamenlijke voordracht van de minister en van de voor Volksgezondheid bevoegde minister.

Krachtens deze overeenkomst gelden de in het tweede en het derde lid bedoelde bepalingen ook voor andere aandoeningen dan kankeraandoeningen, met name de chronische aandoeningen, zodra de therapeutische vooruitgang en de wetenschappelijke gegevens aantonen dat de desbetreffende behandelingen de gevolgen van die aandoeningen significant en duurzaam vermogen in te perken.

Op gezamenlijke voordracht van de minister en van de voor Volksgezondheid bevoegde minister verklaart de Koning de in deze overeenkomst vervatte bepalingen en de erin aangebrachte aanpassingen bindend; voorts zorgt Hij ervoor dat ze worden bekendgemaakt op de internetsites die worden beheerd door de diensten waarvoor diezelfde ministers bevoegd zijn.”

Art. 3

In artikel 217 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, tweede lid, wordt aangevuld met een zin, luidende:

“De basispremie is gelijkgesteld met de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor personen van dezelfde leeftijd. Indien de

aucun refus d'assurance ne sera appliqué ou aucune information médicale ne sera recueillie pour les pathologies concernées.

Le délai au-delà duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les organismes assureurs ne peut excéder dix ans après la date de la fin du protocole thérapeutique ou, pour les pathologies cancéreuses survenues avant l'âge de dix-huit ans, ne peut excéder cinq ans à compter de la fin du protocole thérapeutique.

Ces modalités et ces délais sont mis à jour régulièrement en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Pour le cas où le Roi estime que des adaptations doivent y être apportées sans qu'une convention initiée par la Commission des assurances le fasse, il adresse une demande en ce sens à ladite Commission. À défaut de réponse dans un délai de six mois, il peut, sur proposition conjointe du ministre et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, les apporter lui-même.

Cette convention prévoit l'extension des dispositifs prévus aux alinéas 2 et 3 aux pathologies autres que cancéreuses, notamment les pathologies chroniques, dès lors que les progrès thérapeutiques et les données de la science attestent de la capacité des traitements concernés à circonscrire significativement et durablement leurs effets.

Le Roi, sur proposition conjointe du ministre et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, rend obligatoire les dispositions desdites conventions ainsi que leurs adaptations et assure leur publication sur les sites Internet gérés par les services relevant de la compétence de ces mêmes ministres.”

Art. 3

Dans l'article 217 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, est complété par la phrase suivante:

“La prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une personne du même âge. Si l'entreprise d'assurance

verzekeringsonderneming een commerciële korting aanbiedt, wordt alleen de laagste premie in aanmerking genomen om de basispremie te bepalen.”;

2° dit artikel wordt aangevuld met een § 6, luidende:

“§ 6. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering publiceert een jaarverslag. Dat verslag bevat de statistische gegevens op grond waarvan de evolutie kan worden geobserveerd van de verzekeraarbaarheid van mensen die gedurende de looptijd van de verzekering een verhoogd gezondheidsrisico lopen.”.

Art. 4

Artikel 221 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 5

In artikel 222, tweede lid, van dezelfde wet, worden de woorden “, maar beperkt tot 50 % van het ontleend kapitaal” weggelaten.

Art. 6

In artikel 223 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het derde lid wordt aangevuld met de volgende zin:

“Indien de verzekeringsonderneming een commerciële korting aanbiedt, wordt alleen de laagste premie in aanmerking genomen om de basispremie te bepalen.”;

2° in het vierde lid worden de woorden “De Koning bepaalt die drempel en dat maximumbedrag zodat ze beantwoorden aan een noodzakelijke solidariteit ten aanzien van de betrokken verzekeringnemers, zonder dat die drempel echter hoger mag liggen dan 200 % van de basispremie.” vervangen door de woorden:

“De Commissie voor verzekeringen voert onderhandelingen met de vertegenwoordigers van de verzekeraars en de verzekerden teneinde een overeenkomst te sluiten die een drempel vaststelt die hoe dan ook lager ligt dan 125 % en hoger ligt dan of gelijk is aan 50 % van de basispremie, en/of die een maximumbedrag vaststelt dat hoe dan ook hoger ligt dan 800 % van de basispremie, of die elk maximumbedrag zelfs afschaft.

Op gezamenlijke voordracht van de minister en van de minister bevoegd voor Volksgezondheid maakt de

offre une réduction commerciale, seule la prime la plus basse est prise en compte pour déterminer la prime de base.”;

2° cet article est complété par un paragraphe 6, rédigé comme suit:

“§ 6. Le Bureau du suivi de la tarification publie un rapport annuel. Ce rapport contient les données statistiques permettant d’observer l’évolution de l’assurabilité des personnes présentant un risque de santé accru pendant la durée de l’emprunt.”.

Art. 4

L’article 221 de la même loi est abrogé.

Art. 5

Dans l’article 222, alinéa 2, de la même loi, les mots “mais limité à 50 % du capital emprunté” sont abrogés.

Art. 6

Dans l’article 223, de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° l’alinéa 3 est complété par la phrase suivante:

“Si l’entreprise d’assurance offre une réduction commerciale, seule la prime la plus basse est prise en compte pour déterminer la prime de base.”;

2° dans l’alinéa 4, les mots “Le Roi fixe ce seuil et ce plafond afin qu’ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d’assurances concernées, sans que ce seuil ne puissent excéder 200 % de la prime de base”, sont remplacés par les mots:

“La Commission des assurances mène des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés afin d’aboutir à la conclusion d’une convention fixant un seuil strictement inférieur à 125 % et supérieur ou égal à 50 % de la prime de base et/ou d’un plafond strictement supérieur à 800 % de la prime de base, voire supprimant tout plafond.

Le Roi, sur proposition conjointe du ministre et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions,

Koning de bepalingen van die overeenkomsten en de aanpassingen ervan bindend en zorgt Hij voor de bekendmaking ervan.”.

Art. 7

In artikel 224 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt, tussen de woorden “de verbouwing” en de woorden “of verwerving”, het woord “, bouw” ingevoegd;

2° tussen het eerste en het tweede lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

“Het eerste lid is tevens van toepassing:

— wanneer de verzekeringnemer op het moment waarop het hypothecair krediet wordt afgesloten reeds een andere woning bezit, maar aantoonst dat hij de intentie heeft die te verkopen of de daaraan verbonden rechten over te dragen;

— wanneer de woning een gebouw betreft zoals bepaald in artikel 2, eerste lid, van de wet van 26 maart 2012 betreffende de teboekstelling van binnen- en vaartuigen andere dan binnenschepen als bedoeld in artikel 271 van Boek II van het Wetboek van Koophandel.”.

HOOFDSTUK 3

Wijzigingen van het koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet

Art. 8

Artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 april 2014 tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet, wordt aangevuld met een 3°, luidende:

“3° bij de procedures om de persoonlijke gezondheidsinformatie van de verzekerde en de kandidaat-verzekeringnemer te verzamelen en te verwerken, wordt de vertrouwelijkheid van die informatie gewaarborgd; daartoe staan de dossiers die dergelijke informatie bevatten onder de bevoegdheid van een arts wiens technische en morele onafhankelijkheid moet worden

rend obligatoire les dispositions desdites conventions ainsi que leurs adaptations et assure leur publication.”.

Art. 7

Dans l'article 224 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° à l'alinéa 1^{er}, entre les mots “de la transformation” et les mots “ou de l'acquisition”, sont insérés les mots “, de la construction”;

2° entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2, est inséré un alinéa, rédigé comme suit:

“L'alinéa 1^{er} est également d'application:

— lorsque le preneur d'assurance, au moment de contracter le crédit hypothécaire, possède déjà une autre habitation mais démontre qu'il a l'intention de la vendre ou de céder les droits y afférents;

— lorsque l'habitation est un bâtiment tel que visé à l'article 2, alinéa 1^{er}, de la loi du 26 mars 2012 concernant l'immatriculation des bâtiments de navigation intérieure autres que les bateaux d'intérieur visés à l'article 271, du Livre II du Code de commerce”.

CHAPITRE 3

Modifications de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire

Art. 8

L'article 5 de l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire est complété par un 3°, rédigé comme suit:

“3° les processus de recueil et de traitement des informations personnelles concernant la santé de l'assuré et du candidat preneur d'assurance garantissent la confidentialité de ces informations; pour ce faire, les dossiers contenant ces informations sont placés sous l'autorité d'un médecin dont l'indépendance technique et morale doit être garantie; celui-ci est responsable de

gewaarborgd; deze arts is verantwoordelijk voor de vertrouwelijkheid van alle informatie die aan de ondernemingen wordt geleverd.”.

Art. 9

In artikel 13 van hetzelfde koninklijk besluit wordt het percentage “75 %” vervangen door het percentage “50 %”.

HOOFDSTUK 4

Overgangsbepaling

Art. 10

De Commissie voor verzekeringen voert onderhandelingen met de vertegenwoordigers van de verzekeraars en de verzekerden en stelt, indien tot een akkoord wordt gekomen, binnen een termijn van zes maanden vanaf de bekendmaking van deze wet in het *Belgisch Staatsblad* de volgende overeenkomsten op:

1) de overeenkomst waarvan sprake in artikel 212, § 4, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, zoals ingevoegd bij artikel 2, 2°, van deze wet; en

2) de overeenkomst waarvan sprake in artikel 223, vierde lid, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, zoals gewijzigd bij artikel 6, 2°, van deze wet.

Indien de door de Commissie voor verzekeringen gevoerde onderhandelingen niet leiden tot het sluiten van een overeenkomst binnen de in het vorige lid bepaalde termijn, bepaalt de Koning, op gezamenlijke voordracht van de minister en van de minister bevoegd voor Volksgezondheid:

1. de richtsnoeren die volgens de ter zake erkende wetenschappelijke volksgezondheidsstudies vereist zijn; en/of

2. met betrekking tot de voorwaarden voor de tegemoetkoming van de Compensatiekas, een drempel die hoe dan ook lager ligt dan 125 % en hoger ligt dan of gelijk is aan 50 % van de basispremie en/of een maximumbedrag dat hoe dan ook hoger ligt dan 800 % van de basispremie; de Koning kan in dat verband elk maximumbedrag afschaffen.

la confidentialité de toute information médicale fournie aux sociétés.”.

Art. 9

Dans l'article 13 du même arrêté, les mots “75 %” sont remplacés par les mots “50 %”.

CHAPITRE 4

Disposition transitoire

Art. 10

La Commission des assurances mène des pourparlers entre les représentants des assureurs et des assurés et rédige, en cas d'accord, dans un délai de 6 mois à compter de la date de publication au *Moniteur belge* de la présente loi:

1) la convention dont question à l'article 212, § 4, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, tel qu'inséré par l'article 2, 2°, de la présente loi; et;

2) la convention dont question à l'article 223, alinéa 4, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, tel que modifié par l'article 6, 2°, de la présente loi.

Si les pourparlers menés par la Commission des assurances n'aboutissent pas à la conclusion des conventions dans le délai visé à l'alinéa qui précède, le Roi, sur proposition conjointe du ministre ayant les Assurances dans ses attributions et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions:

1. fixe les normes directrices requises sur la base des études scientifiques de santé publique reconnues relatives à ce sujet; et/ou;

2. fixe, concernant les conditions d'intervention de la caisse de compensation, un seuil strictement inférieur à 125 % et supérieur ou égal à 50 % de la prime de base et/ou un plafond strictement supérieur à 800 % de la prime de base; le Roi peut, à cet égard, supprimer tout plafond.

HOOFDSTUK 5

Aan de Koning verleende machtigingen

Art. 11

De Koning kan de bij de artikelen 8 en 9 van deze wet gewijzigde bepalingen wijzigen, opheffen of vervangen.

13 juli 2018

CHAPITRE 5

Habilitations accordées au Roi

Art. 11

Le Roi peut modifier, abroger ou remplacer les dispositions modifiées par les article 8 et 9 de la présente loi.

13 juillet 2018

Karine LALIEUX (PS)
Paul-Olivier DELANNOIS (PS)
Jean-Marc DELIZÉE (PS)
Fabienne WINCKEL (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)