

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

26 septembre 2006

**PROJET DE LOI**

**modifiant la loi du 25 juin 1992 sur  
le contrat d'assurance terrestre en ce qui  
concerne les contrats d'assurance maladie**

SOMMAIRE

1. Résumé .....	3
2. Exposé des motifs .....	4
3. Commentaire des articles .....	8
4. Avant-projet .....	23
5. Avis du Conseil d'État .....	31
6. Projet de loi .....	37

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

26 september 2006

**WETSONTWERP**

**tot wijziging, wat de private  
ziekteverzekeringsovereenkomsten  
betreft, van de wet van 25 juni 1992  
op de landverzekeringsovereenkomst**

INHOUD

1. Samenvatting .....	3
2. Memorie van toelichting .....	4
3. Artikelsgewijze toelichting .....	8
4. Voorontwerp .....	23
5. Advies van de Raad van State .....	31
6. Wetsontwerp .....	37

Le Gouvernement a déposé ce projet de loi le 26 septembre 2006.

Le «bon à tirer» a été reçu à la Chambre le 3 octobre 2006.

De Regering heeft dit wetsontwerp op 26 september 2006 ingediend.

De «goedkeuring tot drukken» werd op 3 oktober 2006 door de Kamer ontvangen.

cdH	:	Centre démocrate Humaniste
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
ECOLO	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
FN	:	Front National
MR	:	Mouvement Réformateur
N-VA	:	Nieuw - Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti socialiste
sp.a - spirit	:	Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
Vlaams Belang	:	Vlaams Belang
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten

*Abréviations dans la numérotation des publications :*

DOC 51 0000/000 :	Document parlementaire de la 51e 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)

*Afkortingen bij de nummering van de publicaties :*

DOC 51 0000/000 :	Parlementair document van de 51e 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)

*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

*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

## RÉSUMÉ

---

*Le projet de loi vise à améliorer considérablement et à protéger les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée (assurance hospitalisation, assurance incapacité de travail, assurance invalidité, assurance revenu garanti).*

*L'assurance maladie individuelle est garantie à vie tant pour le preneur d'assurance que pour les membres de sa famille (généralement le partenaire et les enfants) qui sont repris dans son assurance.*

*L'«incontestabilité» de l'assurance maladie individuelle est à présent coulée dans un texte légal.*

*Un droit de poursuite de l'assurance à titre individuel est créé pour chaque assuré (tant pour le travailleur que pour les membres de sa famille) couvert par une assurance groupe. Ce droit peut être exercé dès que l'assuré (travailleur ou membres de sa famille) perd le bénéfice de l'assurance groupe pour un quelconque motif (par ex. démission ou licenciement, faillite ou liquidation, pension). A cet égard, un devoir d'information incombe à l'employeur (le cas échéant au curateur ou au liquidateur).*

## SAMENVATTING

---

*Het wetsontwerp strekt ertoe de rechten van de verzekerden (ook zieken en gehandicapten) in de private ziekteverzekering (hospitalisatieverzekering, arbeidsongeschiktheidsverzekering, invaliditeitsverzekering, verzekering gewaarborgd inkomen) aanzienlijk te verbeteren en te beschermen.*

*De individuele ziekteverzekering wordt levenslang gemaakt zowel voor de verzekeringnemer als voor zijn gezinsleden (doorgaans partner en kinderen) die mede in zijn verzekering opgenomen zijn.*

*De «onbetwistbaarheid» van de individuele ziekteverzekering wordt nu wettelijk geregeld.*

*Er wordt een recht op individuele voortzetting van de verzekering gecreëerd voor elke verzekerde (zijnde zowel de werknemer als zijn familieleden) in een groepsverzekering. Dit recht kan uitgeoefend worden zodra de verzekerde (werknemer of elk van zijn familieleden) om gelijk welke reden het voordeel van de groepsverzekering verliest (bv. vrijwillig of gedwongen ontslag, faillissement of vereffening van de werkgever, pensionering). Desbetreffend wordt een informatieplicht opgelegd aan de werkgever (eventueel de curator of de vereffenaar).*

## EXPOSÉ DES MOTIFS

---

MESDAMES, MESSIEURS,

Le présent projet de loi fait suite à une décision du Conseil des ministres des 20 et 21 mars 2004 concernant l'assurabilité des malades chroniques.

Ce projet de loi poursuit l'objectif de régler trois problèmes qui ont des conséquences pratiques pour les handicapés et les malades en termes de couverture d'assurance maladie. Par ce terme, est visé non seulement l'assurance hospitalisation mais aussi l'assurance maladie complémentaire, l'assurance incapacité de travail et/ou maladie-invalidité, l'assurance revenu garanti et l'assurance dépendance.

1. A la suite d'une maladie ou d'un accident, il est fréquent que les contrats d'assurance précités soient résiliés ou que les conditions contractuelles (insertion de nouvelles exclusions) ou tarifaires soient modifiées.

Dans le présent projet, il a tout d'abord été rappelé que les contrats d'assurance maladie sont conclus à vie (article 30, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4 actuel de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre).

Ce concept d'assurance à vie doit permettre de ne plus autoriser la modification des bases techniques du calcul de la prime en cours de contrat. Ainsi, il ne sera plus possible de modifier les conditions tarifaires ou contractuelles dès la conclusion du contrat, hormis les cas prévus par la législation. Parmi celles-ci, on peut citer les cas de réelle augmentation du coût des prestations garanties, de modification substantielle de la législation afférente à la sécurité sociale et/ou aux hôpitaux, ou encore en cas d'injonction du CBFA dans le cadre de sa mission de contrôle...

2. La deuxième pierre d'achoppement à laquelle les malades et handicapés se heurtent, a pour objet la notion d'état préexistant.

## MEMORIE VAN TOELICHTING

---

DAMES EN HEREN,

Dit wetsontwerp geeft uitvoering aan een beslissing van de Ministerraad van 20 en 21 maart 2004 over de verzekeraarbaarheid van chronische zieken.

In dit wetsontwerp wordt beoogd drie problemen te regelen, die praktische gevolgen hebben voor gehandicapten en zieken op het vlak van de dekking in de ziekteverzekering. Onder deze term moet worden verstaan, niet alleen de hospitalisatieverzekering, maar ook de aanvullende ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of ziekteinvaliditeitsverzekering, de verzekering gewaarborgd inkomen en de afhankelijkheidsverzekering.

1. Het komt geregeld voor dat ten gevolge van een ziekte of ongeval, de voornoemde verzekeringsovereenkomsten worden opgezegd of dat de contractuele (inlassing van nieuwe uitsluitingen) of tariefvoorwaarden worden gewijzigd.

In onderhavig wetsontwerp wordt eraan herinnerd dat ziekteverzekeringen levenslang worden gesloten (huidig artikel 30, § 1, vierde lid, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst).

Het levenslang maken van een verzekering houdt tevens in dat aan de technische grondslagen voor de berekening van de premie in de loop van de overeenkomst niet meer kan geraakt worden. De tarief- en dekkingsvoorwaarden kunnen vanaf het sluiten van de overeenkomst enkel nog gewijzigd worden in de in de wet voorziene gevallen, zoals in geval van reële stijging van de kosten van de gewaarborgde prestaties, van substantiële wijziging van de wetgeving betreffende de sociale zekerheid en/of van de wetgeving op de ziekenhuizen of nog op verzoek van de CBFA in het kader van haar toezichthoudende bevoegdheid...

2. Een tweede knelpunt voor zieken en gehandicapten betreft de problematiek van de voorafbestaande toestand.

Les contrats d'assurance contiennent généralement des clauses qui stipulent qu'aucune garantie n'est due en cas de décès, d'hospitalisation, de maladie ... qui sont la conséquence d'une maladie préexistante, à savoir une maladie qui existait ou dont les symptômes existaient déjà à la conclusion du contrat.

Il est équitable que cette exclusion ne soit autorisée que pour des maladies qui au moment de la conclusion du contrat étaient connues.

La jurisprudence récente a déterminé les principes qui doivent régir cette matière.

L'exclusion de la maladie et de ses conséquences est seulement acceptable pour autant que la maladie soit connue de l'assuré ou qu'il ne pouvait normalement l'ignorer au moment de la conclusion du contrat en raison du fait que l'un ou l'autre symptôme s'était déjà manifesté. [Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, RDC, 2003, 887 (Test Achats c. ING Insurance); Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, Test Achats c. Fortis AG, A.C. 08304/02, p. 8; Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, Test Achats c. DKV Belgium, A.C. 08303/02, p. 10-11].

Pour les maladies préexistantes qui ne sont pas encore diagnostiquées au moment de la conclusion du contrat mais dont les symptômes se sont déjà manifestés, la jurisprudence récente accepte l'exclusion pour autant que le diagnostic ait été posé endéans un délai raisonnable après la conclusion du contrat. Dans l'affaire concernée, le diagnostic posé dans un délai de trois ans, a été considéré comme acceptable. (Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, R.D.C., 2003, 887-888). Un diagnostic ultérieur aurait eu pour conséquence que l'exception ne pouvait plus être invoquée par l'assureur.

La jurisprudence est donc nuancée. Elle est le fruit de la recherche d'un équilibre entre les intérêts de l'assureur et de l'assuré.

Un point de discussion subsiste concernant la durée du délai endéans lequel le diagnostic doit être posé en telle sorte que les symptômes préexistants mais non encore diagnostiqués au moment de la conclusion du contrat, puissent être invoqués par l'assureur pour refuser sa garantie.

Il est proposé de couler la jurisprudence précitée en loi et de fixer le délai à deux ans.

Vaak wordt in de beoogde verzekeringsovereenkomsten bedongen dat geen dekking verschaft wordt voor overlijden, hospitalisatie, ziekten ... die het gevolg zijn van een voorafbestaande ziekte, zijnde een ziekte die bestaat of waarvan de symptomen zich reeds voordoen op het ogenblik van het aangaan van de overeenkomst.

Het is billijk dat de uitsluiting enkel geldt voor ziekten die op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst gekend waren.

Recente rechtspraak heeft de principes, die terzake moeten gelden, vastgelegd.

De uitsluiting van een ziekte of van de gevolgen ervan is rechtsgeldig voor zover de ziekte gekend was of normalerwijze behoorde gekend te zijn op het ogenblik van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, omdat de ziekte zich op dat ogenblik reeds op één of andere wijze had gemanifesteerd (symptomen) [Voorz. Kh. Brussel, 16 juni 2003, T.B.H., 2003, 887 (Test Aankoop t. ING Insurance); Voorz. Kh. Brussel, 16 juni 2003, Test Aankoop t. Fortis AG, A.C. 08304/02, p. 8; Voorz. Kh. Brussel, 16 juni 2003, Test Aankoop t. DKV Belgium, A.C. 08303/02, p. 10-11].

Met betrekking tot voorafbestaande ziekten, die nog niet gediagnosticeerd waren op het ogenblik van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, maar waarvan de symptomen reeds bestonden, aanvaardt de recente rechtspraak de uitsluiting voor zover de diagnose daadwerkelijk wordt gesteld binnen een redelijke termijn na het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. In de betreffende zaak werd een diagnose binnen een termijn van drie jaar aanvaardbaar geacht. (Voorz. Kh. Brussel, 16 juni 2003, T.B.H., 2003, 887-888). Een latere diagnose heeft voor gevolg dat de uitsluiting niet meer ingeroepen mag worden door de verzekeraar.

De rechtspraak is dus genuanceerd. Zij heeft gezocht naar een evenwicht tussen de belangen van de verzekeraar en de verzekerde.

Discussiepunt blijft de lengte van de termijn waarbinnen de diagnose moet gebeuren opdat een voorafbestaande maar nog niet gediagnosticeerde ziekte op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst door de verzekeraar ingeroepen mag worden om zijn waarborg te weigeren.

De hierboven uiteengezette jurisprudentiële regeling wordt thans wettelijk bekrachtigd en de voornoemde termijn wordt vastgelegd op twee jaar.

3. Le problème réglé par le projet de loi est la garantie que chaque assuré dans une assurance collective peut rester couvert individuellement lorsqu'il perd l'avantage de l'assurance collective à la suite du décès, de l'admission à la retraite ou du licenciement de l'assuré principal ou encore parce que l'employeur qui a contracté l'assurance groupe disparaît à la suite d'une faillite, d'une liquidation ou pour toute autre raison. Lorsque, le cas échéant, d'autres personnes que l'assuré principal ont été reprises dans l'assurance collective, le droit de poursuivre individuellement l'assurance collective leur est aussi garanti, indépendamment du fait que l'assuré principal bénéficie encore ou non de l'assurance collective. Nous pensons ici à l'époux ou à l'épouse divorcé(e) qui était repris(e) auparavant dans l'assurance collective de son partenaire, mais qui ne figure plus parmi les bénéficiaires de la police collective en raison du divorce.

Cette personne a le droit de poursuivre individuellement l'assurance collective. Nous pensons aussi à une famille où les enfants sont repris dans la police et où l'assuré principal décide de ne pas exercer le droit à la poursuite individuelle, ni pour lui, ni pour son/ses enfant(s). Le cas échéant, l'enfant majeur peut décider d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

Le droit à la poursuite individuelle est très important. Imaginons les conséquences financières de la perte de la qualité d'assuré pour une femme enceinte licenciée dans le cadre d'une restructuration, pour un travailleur licencié pour maladie de longue durée, pour un travailleur victime de la faillite de son employeur et qui a un enfant atteint d'une maladie grave et pour un enfant handicapé souhaitant habiter seul,... Trouver une nouvelle assurance dans ces conditions est une gageure.

Par conséquent, il a été décidé de garantir le droit à la poursuite individuelle à chaque assuré affilié à une assurance collective. L'assureur ne peut plus se prévaloir de la perte d'un emploi ou du changement d'employeur par l'assuré principal pour exclure certaines personnes ou les soumettre à des conditions plus sévères ou plus restrictives vu l'âge atteint entre-temps ou une maladie ou un handicap contracté depuis lors.

3. Het probleem dat door het wetsontwerp wordt geregeld, is de garantie dat elke verzekerde in een collectieve verzekering individueel gedekt kan blijven wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest tengevolge van het overlijden, de pensionering of het ontslag van de hoofdverzekerde of nog omdat de werkgever, die de groepsverzekering aanging, wegvalt tengevolge van faillissement, vereffening of enige andere reden. Wanneer in voorkomend geval andere personen dan de hoofdverzekerde opgenomen werden in de collectieve verzekering, wordt aan hen ook het recht op individuele voortzetting van de collectieve verzekering gegarandeerd en dit onafhankelijk van het feit dat de hoofdverzekerde nog van de collectieve verzekering geniet of niet. Men denkt hier aan de echtgenoot of echtgenote die uit de echt scheidt en die voordien opgenomen was in de collectieve verzekering van zijn of haar partner, maar die door de echtscheiding niet langer bij de begunstigden van de collectieve polis behoort.

Deze persoon heeft het recht om de collectieve verzekering individueel verder te zetten. Men denkt verder ook aan een gezinssituatie waarbij de kinderen mee in de polis zijn opgenomen en waarbij de hoofdverzekerde beslist om het recht op individuele voortzetting niet uit te oefenen, noch voor zichzelf, noch voor zijn/haar kinderen. In voorkomend geval, kan het meerderjarig kind beslissen om zijn recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

Het recht op de individuele voortzetting is zeer belangrijk. Men denke aan de financiële gevolgen van het verlies van de hoedanigheid van verzekerde voor een zwangere vrouw die ontslagen wordt in het kader van een herstructurering, voor een werknemer die ontslagen wordt wegens een langdurige ziekte, voor een werknemer die het slachtoffer wordt van een faillissement van zijn werkgever en die een kind heeft met een zware ziekte en voor een gehandicapt kind dat alleen wil gaan wonen,... Een nieuwe verzekering vinden in deze omstandigheden is een haast onmogelijke opdracht.

Daarom werd beslist om het recht op de individuele voortzetting te garanderen voor elke verzekerde die aangesloten is bij een collectieve verzekering. Het verlies van een job of het veranderen van werkgever door de hoofdverzekerde kan niet meer aangegrepen worden door de verzekeraar om bepaalde personen hetzij uit te sluiten, hetzij aan strengere of meer beperkende voorwaarden te onderwerpen omwille van de intussen bereikte leeftijd of een intussen opgelopen ziekte of handicap.

En outre, il n'y a aucune raison de permettre à l'assureur de toucher aux conditions de couverture en vigueur, uniquement parce que l'assuré doit passer à une assurance individuelle. Ce changement ne modifie rien au risque. Le licenciement, la faillite ou la liquidation de l'employeur, ainsi qu'un divorce ou la décision d'habiter seul sont clairement indépendants et ne touchent pas au risque assuré.

Bien entendu, la réglementation des trois problèmes susmentionnés ne porte en rien préjudice à l'application s'il y a lieu, de la loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur, la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et la loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination.

Er is bovendien geen reden om de verzekeraar toe te laten te raken aan de geldende dekkingvoorwaarden, alleen omwille van het feit dat de verzekerde dient over te stappen naar een individuele verzekering. Door deze overstap verandert er niets aan het risico. Het toeval van een ontslag, faillissement of vereffening van de werkgever, evenals een echtscheiding of de beslissing alleen te gaan wonen staan duidelijk los van en raken niet aan het verzekerde risico.

Het spreekt vanzelf dat de regeling van de drie hierboven beschreven problemen geen afbreuk doet aan de eventuele toepassing van de wet van 14 juli 1991 betreffende handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument, de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer t.o.v. de verwerking van persoonsgegevens, de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en de wet van 25 februari 2003 ter bestrijding van discriminatie.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### Art. 2

Cet article insère dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, un titre IIIbis intitulé «Des contrats d'assurance maladie ».

Ce titre est composé de deux chapitres: le premier a trait aux contrats d'assurance maladie autres que collectifs et le second, à la continuation d'un contrat collectif d'assurance maladie à titre individuel.

### Section I<sup>ère</sup>

#### *Dispositions préliminaires*

#### Définitions

#### Art. 138bis-1

#### *Discriptions de notions*

Au premier paragraphe de cet article sont énumérées et définies les notions relevant du contrat d'assurance maladie. Il est clair que ce projet ne vise point l'assurance maladie obligatoire, mais bien l'assurance maladie complémentaire.

a) L'assurance soins de santé est le contrat d'assurance habituellement désigné sous la dénomination «assurance soins ou hospitalisation ». Il s'agit du contrat qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident prévoit une intervention de l'assureur dans le remboursement des frais d'hôpitaux et de tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire au maintien et/ou au rétablissement de la santé;

b) l'assurance incapacité de travail est le contrat d'assurance qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident indemnise partiellement ou totalement la diminution ou la perte de revenus due à l'incapacité de travail d'une personne. Elle couvre l'invalidité liée à l'exercice d'une activité professionnelle (diminution ou perte de la capacité de travail);

c) l'assurance invalidité est le contrat d'assurance qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident

## ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

### Art. 2

Door deze bepaling wordt in de wet van 25 juni 1992 betreffende de landverzekeringsovereenkomst een titel IIIbis ingevoegd, luidende «Ziekteverzekeringsovereenkomsten».

Deze titel wordt onderverdeeld in twee hoofdstukken: het eerste heeft betrekking op de andere dan de collectieve ziekteverzekeringen en het tweede op de voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst op individuele basis.

### Afdeling I

#### *Inleidende bepalingen*

#### Begripsomschrijvingen

#### Art. 138bis-1

#### *Begripsomschrijvingen*

In de eerste paragraaf van dit artikel worden de begrippen die onder de ziekteverzekeringsovereenkomst vallen opgesomd en gedefinieerd. Het zij duidelijk dat hier niet de verplichte ziekteverzekering beoogd wordt, maar wel degelijk de (private) aanvullende ziekteverzekering.

a) De ziektekostenverzekering is de verzekeringsovereenkomst die gewoonlijk wordt aangeduid onder de benaming «gezondheids- of hospitalisatieverzekering ». Het gaat over de overeenkomst die in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, een tussenkomst van de verzekeraar voorziet in de terugbetaling van hospitaalkosten en van elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling noodzakelijk voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid;

b) de arbeidsongeschiktheidsverzekering is de verzekeringsovereenkomst die in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of verlies van inkomen ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt. Zij dekt de arbeidsgerelateerde invaliditeit (vermindering of verlies van de arbeidsgeschiktheid);

c) de invaliditeitsverzekering is de verzekeringsovereenkomst die in geval van ziekte of in geval van



prévoit le paiement d'une allocation en vue d'indemniser l'atteinte de l'intégrité physique ou psychique. Elle couvre l'invalidité physiologique;

d) l'assurance soins (ou assurance dépendance) est le contrat d'assurance qui, en cas de perte totale ou partielle d'autonomie, prévoit des prestations.

Il est clair qu'un handicap est compris dans les notions de «maladie» et «maladie et accident».

En outre, ce paragraphe exclut quelques contrats d'assurance du champ d'application de la loi. Une première exception concerne les assurances voyage et assistance temporaires qui, dans certaines circonstances, sont conclues collectivement par le preneur d'assurance au bénéfice d'un groupe de travailleurs et assurent un risque temporaire correspondant à une activité professionnelle déterminée (par exemple, les prestataires qui vont prêter secours dans une région sinistrée). Il n'est dès lors pas nécessaire, dans ce cas, de garantir le droit à la poursuite individuelle du contrat d'assurance temporaire, puisqu'il s'agit d'une situation temporaire correspondant à l'exercice d'une activité professionnelle déterminée. Une deuxième exception concerne l'assurance accident du travail qui doit être conclue obligatoirement par l'employeur au profit de l'ensemble de ses travailleurs. Dans la plupart des cas, un contrat d'assurance collective est conclu entre l'employeur et l'assureur. C'est une obligation légale d'ordre public incombant à chaque employeur. Le travailleur qui change d'employeur est donc assuré de bénéficier à nouveau d'une couverture accident du travail.

Le deuxième paragraphe précise que l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins ou une combinaison des contrats d'assurance précités peuvent faire l'objet d'une assurance collective. En outre, ce paragraphe décrit les notions 'd'assuré principal' et de 'co-assuré' fréquemment employées dans la loi.

Le contrat d'assurance maladie collective est l'assurance conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au bénéfice de plusieurs personnes, qui au moment de leur affiliation, sont professionnellement liées au preneur d'assurance. La personne professionnellement liée au preneur d'assurance est appelée l'assuré principal. Nous utilisons le terme 'preneur d'assurance' et non employeur, parce que dans certains cas, un contrat d'as-

sierte en ongeval, de betaling voorziet van een uitkering met het oog op de vergoeding van de aantasting van de fysische of psychische integriteit. Zij dekt de fysiologische invaliditeit;

d) de zorgverzekering (of afhankelijkheidsverzekering) is de verzekeringsovereenkomst die in geval van geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfzekerheid, prestaties voorziet.

Het zij duidelijk dat een handicap begrepen is in de begrippen «ziekte» en «ziekte en ongeval».

Verder sluit deze paragraaf enkele verzekeringsovereenkomsten van het toepassingsgebied van de wet uit. Een eerste uitzondering betreft de tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen die in bepaalde gevallen collectief door de verzekeringnemer worden aangegaan ten behoeve van een groep werknemers en die een tijdelijk risico dat samen gaat met een welbepaalde beroepsactiviteit verzekeren (vb. hulpverleners die bijstand gaan verlenen in een getroffen gebied). Het is dan ook niet nodig om in dit geval het recht op individuele voortzetting van de tijdelijke verzekeringsovereenkomst te garanderen, aangezien het om een tijdelijke situatie gaat die samenhangt met de uitoefening van een welbepaalde beroepsactiviteit. Een tweede uitzondering betreft de wettelijke arbeidsongevallenverzekering die verplicht door de werkgever moet afgesloten worden ten behoeve van het geheel van zijn werknemers. In de meeste gevallen wordt er een collectieve verzekeringsovereenkomst tussen de werkgever en de verzekeraar afgesloten. Dit is een wettelijke verplichting van openbare orde die rust op elke werkgever. De werknemer, die van werkgever verandert, is dus gegarandeerd van opnieuw een arbeidsongevallendekking te genieten.

De tweede paragraaf verduidelijkt dat de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering of een combinatie van voorgaande verzekeringsovereenkomsten het voorwerp kunnen zijn van een collectieve verzekering. Verder omschrijft deze paragraaf de begrippen 'hoofdverzekerde' en 'medeverzekerde' die veelvuldig in de wet worden gebruikt.

De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst is de verzekering gesloten door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen, die op het moment van de aansluiting bij deze verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. De persoon die beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden is, wordt de hoofdverzekerde genoemd. Men gebruikt de term

assurance maladie collective peut être conclu par des personnes qui ne sont pas nécessairement employeur et au profit de personnes qui ne sont pas employées en qualité de travailleur. Nous pensons par exemple à une association d'avocats, de réviseurs d'entreprise, d'architectes,... qui conclut un contrat d'assurance maladie pour les membres occupés en qualité d'indépendants.

S'agissant de l'assurance collective soins de santé, invalidité et soins, les membres de la famille peuvent éventuellement être repris et assurés dans la police. Les membres de la famille assurés sont appelés les 'co-assurés'. Ce n'est pas le cas pour l'assurance incapacité de travail, puisque les prestations d'assurance en la matière sont exclusivement liées à l'incapacité de travail du travailleur même.

Il ne semble pas utile de définir le terme «famille», comme se le demande le Conseil d'État, puisque les co-assurés sont en tout état de cause nommés dans le contrat d'assurance.

## Section II

### *Des contrats d'assurance maladie autres que collectifs*

#### Art. 138bis-2

Le premier paragraphe fixe le champ d'application de la loi.

Le deuxième paragraphe contient une disposition essentielle car il prévoit que la durée à vie du contrat d'assurance maladie individuel et toutes les règles y afférentes s'appliquent également aux membres de la famille du preneur d'assurance qui sont couverts par son assurance maladie individuelle. Concrètement, chacun des assurés aura donc la garantie de bénéficier à vie de l'assurance hospitalisation. Non seulement le preneur d'assurance mais aussi son partenaire et les autres membres de sa famille, repris dans la couverture, demeurent couverts aux mêmes conditions, s'ils deviennent malades chroniques ou handicapés pendant la durée du contrat d'assurance. Un enfant qui naît malade ou handicapé bénéficie lui aussi toute sa vie de cette assurance maladie. De même, un partenaire qui divorce ou des enfants qui quittent le nid familial sont assurés pour le reste de leurs jours.

'verzekeringnemer' en niet werkgever, omdat er in bepaalde gevallen een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst kan worden afgesloten door personen die niet noodzakelijk werkgever zijn en ten voordele van personen die niet als werknemer zijn tewerkgesteld. Men denkt b.v. aan een associatie van advocaten, bedrijfsrevisoren, architecten,... die ten voordele van de zelfstandig te werk gestelde leden een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst afsluit.

Wat betreft de collectieve ziektekosten,-, invaliditeits- en zorgverzekering kunnen eventueel de leden van het gezin mee opgenomen en verzekerd worden in de polis. De verzekerde gezinsleden worden de 'medeverzekerden' genoemd. Dit is niet het geval voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering, omdat de verzekeringsprestaties ter zake exclusief verbonden zijn aan de arbeidsongeschiktheid van de werknemer zelf.

Het is niet nodig het begrip «gezin» te omschrijven, zoals de Raad van State zich afvraagt, aangezien de medeverzekerden hoe dan ook uitdrukkelijk in de verzekering vermeld worden.

## Afdeling II

### *Andere dan collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten*

#### Art. 138bis-2

De eerste paragraaf legt het toepassingsgebied van de wet vast.

De tweede paragraaf is een essentiële bepaling, daar zij vooropstelt dat de levenslange duur van de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst en alle daarbij horende regels ook gelden voor de gezinsleden van de verzekeringnemer die bij zijn individuele ziekteverzekering aangesloten zijn. Dit betekent concreet dat elk van de verzekerden de garantie krijgt levenslang van de hospitalisatieverzekering te blijven genieten. Niet alleen de verzekeringnemer die in de loop van de verzekeringsovereenkomst chronisch ziek of gehandicapt wordt, maar tevens zijn partner en andere gezinsleden die in de dekking opgenomen zijn en ziek of gehandicapt worden blijven aan dezelfde voorwaarden gedekt. Een kind, dat ziek of met een handicap geboren wordt, blijft evenzeer voor de rest van zijn dagen van de betrokken ziekteverzekering genieten. Ook de scheidende partner of de kinderen, die het ouderlijk nest verlaten, zijn verzekerd van de levenslange garantie.

## Art. 138bis-3

## Durée du contrat d'assurance

Les alinéas premier et second du paragraphe premier de l'article 30 ne sont pas applicables au présent titre.

Précisons qu'il ne s'agit pas d'une nouveauté. En effet, l'actuel article 30, § 1<sup>er</sup>, alinéa quatre stipule déjà que le principe de l'annalité du contrat n'est pas applicable à l'assurance maladie.

Il serait, par ailleurs, contradictoire de laisser le principe de l'annalité des contrats et de stipuler, dans le même temps, que ces contrats sont conclus à vie comme le prévoit le paragraphe deux de l'article 138bis-3, § 2.

Le principe de la conclusion à vie du contrat d'assurance maladie ne doit, toutefois, pas empêcher les mécanismes du droit commun des assurances de jouer. Ainsi en est-il en cas d'omission ou d'inexactitude (articles 6 et 7 de la loi), de déchéance du droit à la prestation (article 11), du défaut de paiement de la prime (article 14), de la sommation à payer et de la suspension du contrat (articles 14, 15, 16 et 17) et de l'inexistence du risque (article 24).

De même, l'adage *Fraus omnia corrumpit* reste applicable en telle sorte qu'en cas de fraude, le caractère à vie de l'assurance maladie disparaît.

De plus, à la demande du preneur, le contrat peut être résilié à la date de l'échéance annuelle de la prime. Le caractère à vie du contrat d'assurance maladie n'affecte pas le droit du preneur d'assurance de résilier son contrat d'assurance. Seul, l'assureur ne peut plus résilier le contrat. Ceci est logique compte tenu du fait que le contrat d'assurance est précisément conclu en vue de couvrir le risque de détérioration de l'état de santé de l'assuré (cf. en matière d'assurance vie Colle, Ph., Handboek bijzonder gereglemeenteerde verzekeringscontracten, Anvers, Intersentia, 2005, n° 311). L'assureur le sait. Il inclut ce risque dans sa politique d'acceptation et dans le calcul de la prime au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Dans la même optique, il ne peut invoquer une aggravation du risque (article 26) pour résilier le contrat ou augmenter la prime.

## Art. 138bis-3

## Duur van de verzekeringsovereenkomst

Artikel 30, § 1, eerste en tweede lid zijn niet van toepassing op deze titel.

Dit is geen nieuwigheid. Artikel 30, § 1, vierde lid bepaalt reeds nu dat het beginsel van de eenjarige overeenkomsten niet van toepassing is op de ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Het zou contradictorisch zijn om het beginsel van de eenjarigheid van de overeenkomsten te behouden en tegelijkertijd te bepalen dat deze overeenkomsten levenslang worden aangegaan zoals voorzien wordt door artikel 138bis-3, § 2.

Het beginsel van het levenslang aangaan van de ziekteverzekeringsovereenkomsten doet echter geen afbreuk aan de sanctieregelingen inzake het verzwijgen of onjuist mededelen van gegevens (artikelen 6 en 7 van de wet), de verplichting de in de verzekeringsovereenkomst contractueel opgelegde verplichtingen na te leven (verval van recht: artikel 11), de niet-betaling van de premie (artikelen 14, 15, 16 en 17) en de verplichting alleen bestaande risico's ter verzekering aan te bieden (artikel 24).

Het levenslang karakter van de ziekteverzekeringen komt uiteraard ook te vervallen in geval van fraude. *Fraus omnia corrumpit*.

Bovendien kan de overeenkomst op elke jaarlijkse vervaldag van de premie worden opgezegd op vraag van de verzekeringnemer. Het levenslang karakter van de beoogde ziekteverzekeringen doet geen afbreuk aan dat recht van de verzekeringnemer. Het is enkel de verzekeraar die de aangegane overeenkomst niet meer kan opzeggen. Dit is logisch, aangezien dergelijke verzekeringsovereenkomsten precies aangegaan worden met het oog op het opvangen van risico's die verband houden met een verslechtering van de gezondheidstoestand (cf. i.v.m. de levensverzekering Colle, Ph., Handboek bijzonder gereglemeenteerde verzekeringscontracten, Antwerpen, Intersentia, 2005, nr. 311). Dit weet de verzekeraar en wordt door hem ingecalculleerd in de beoordeling van het risico en de berekening van de premie op het ogenblik van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. In dezelfde gedachtengang kan de verzekeraar evenmin een verzwaring van het risico invoeren om de overeenkomst op te zeggen of de premie te verhogen (artikel 26).

Il est aussi loisible au preneur d'assurance de solliciter la conclusion d'un contrat pour une durée limitée comme le prévoit le troisième paragraphe.

Il est parfois de l'intérêt du preneur d'assurance et/ou de l'assuré de pouvoir conclure une assurance temporaire. Ainsi en est-il d'une assurance conclue pour une durée limitée par une personne séjournant temporairement en Belgique. Il en est de même pour la personne qui désire souscrire une assurance incapacité de travail ou invalidité pour une période déterminée, soit la période pendant laquelle elle va être exposée à ce risque. On pense aussi à l'assurance revenu garanti pour une personne chargée d'une mission spécifique en Belgique et qui retournera par la suite dans son pays d'origine pour y poursuivre son activité professionnelle habituelle.

Enfin, le quatrième paragraphe précise que cet article n'est pas applicable aux contrats d'assurance maladie couvrant un risque accessoire offert conjointement à la couverture d'un risque principal qui n'est pas conclu à vie. Cette disposition est logique compte tenu que l'objectif poursuivi à la conclusion du contrat n'est pas prioritairement de couvrir le risque maladie. Cette dernière couverture est accessoire. La couverture assurance maladie suit dans ces circonstances la couverture du risque principal. Accessorium sequitur principale.

#### Art. 138bis-4

##### Modifications tarifaires et contractuelles

Le fait que les assurances visées par le projet de loi soient conclues à vie implique que les bases techniques du calcul de la prime ainsi que les conditions de couverture ne soient plus modifiées en cours de contrat.

La circonstance de tomber malade ou d'être atteint d'un handicap en cours de contrat n'aura donc plus d'incidence sur la prime que l'assuré doit payer ni sur les conditions de la garantie qui doivent demeurer intangibles.

Le droit du preneur d'assurance de solliciter une modification du contrat d'assurance reste intact. Le preneur d'assurance est celui que le projet de loi entend protéger. S'il estime souhaitable que des modifications

De verzekeringnemer kan eveneens vragen om een overeenkomst af te sluiten voor een beperkte duur, zoals bepaald in paragraaf 3.

In bepaalde gevallen kan het van belang zijn dat de verzekeringnemer-verzekerde een tijdelijke verzekering kan afsluiten. Men denke bv. aan een verzekering die aangegaan wordt door een persoon die slechts voor een bepaalde duur in België zal verblijven. Men denke ook aan een arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsverzekering die aangegaan wordt door een persoon die gedurende een beperkte periode in het kader van de uitoefening van zijn beroepswerkzaamheid blootgesteld wordt aan een bijzonder risico. Men denke verder aan een verzekering gewaarborgd inkomen voor een persoon die voor een beperkte periode met een specifieke opdracht in België wordt belast en die nadien naar zijn land van herkomst terugkeert om er zijn gewone beroepsactiviteit voort te zetten.

Tenslotte bepaalt de vierde paragraaf dat de bepalingen van dit artikel niet van toepassing zijn op de ziekteverzekeringen die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is. De bedoeling van het afsluiten van dergelijke overeenkomsten is niet in de eerste plaats het bekomen van een dekking in de ziekteverzekering. Laatstbedoelde dekking komt erbij. De ziekteverzekeringsdekking moet de dekking van het hoofdrisico volgen. Accessorium sequitur principale.

#### Art. 138bis-4

##### Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

Het levenslang karakter van de door het wetsontwerp beoogde ziekteverzekeringen houdt in dat tijdens de ganse duur van de verzekeringsovereenkomst niet geraakt wordt aan de technische grondslagen van de premie en aan de dekkingsvoorwaarden.

De omstandigheid dat een verzekerde ziek wordt of getroffen wordt door een handicap in de loop van de verzekeringsovereenkomst zal dus geen gevolgen meer hebben op de premie die hij moet betalen of op de dekkingsvoorwaarden van de overeenkomst die ongewijzigd gehandhaafd moeten blijven.

De verzekeringnemer zelf behoudt echter het recht een wijziging van de verzekeringsovereenkomst aan te vragen. Hij is de partij die door het wetsontwerp beschermd wordt. Indien hij van oordeel is dat het om één

soient apportées aux conditions de garantie, il est libre de les négocier avec l'assureur. Si l'assureur et le preneur d'assurance se mettent d'accord, il est clair que les conditions de la garantie peuvent être modifiées suivant l'accord intervenu.

Hormis ce cas, il ne sera plus possible de modifier les bases techniques tarifaires ni les conditions de garantie en dehors des cas prévus à l'article 138*bis*-4.

La prime, la franchise et le montant de la prestation d'assurance peuvent ainsi être adaptés selon l'indice des prix à la consommation. Si celui-ci ne suffit pas pour compenser la hausse des coûts dans le secteur, la CBFA peut autoriser une adaptation complémentaire sur la base de paramètres objectifs lorsqu'elle constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et celle de ces paramètres objectifs. Ces derniers sont fixés par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

La prime et/ou les conditions de garantie peuvent également être adaptées à l'augmentation réelle du coût des prestations garanties qui sont la conséquence, par exemple, d'une augmentation durable de la fréquence d'hospitalisation ou d'une modification substantielle du profil de risque des assurés. Il incombe bien entendu à l'assureur d'apporter la preuve des augmentations qu'il invoque.

Une telle augmentation et adaptation sont également envisageables en cas de modification substantielle de la législation relative à la sécurité sociale ou de la législation sur les hôpitaux.

L'influence sur le coût ou l'étendue des prestations garanties doit être soumise à la CBFA qui doit en reconnaître le caractère significatif. Il convient d'éviter que la moindre influence ne soit saisie pour opérer une modification tarifaire ou contractuelle.

L'article 138*bis*-4 ne porte pas atteinte aux compétences de la CBFA dans le cadre de sa mission de contrôle.

Il est évident qu'il est toujours possible pour les parties de modifier, de commun accord, les bases techniques pour le calcul de la prime et les conditions de cou-

of andere reden wenselijk is dat wijzigingen aangebracht worden aan de dekkingsvoorwaarden, dan staat het hem vrij hierover te onderhandelen met de verzekeraar. Wanneer zij een akkoord bereiken, dan mogen de dekkingsvoorwaarden overeenkomstig het bereikte akkoord gewijzigd worden.

Buiten dat geval kan slechts aan de technische grondslagen van de premie en aan de dekkingsvoorwaarden geraakt worden in de uitdrukkelijk in artikel 138*bis*-4 voorziene gevallen.

Zo kunnen de premie, de vrijstelling en het bedrag van de verzekeringsprestatie jaarlijks aangepast worden op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen en, indien deze ontoereikend is om de stijging van de kosten in de betrokken sector op te vangen, mag een bijkomende aanpassing door de CBFA toegestaan worden op grond van objectieve parameters wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen en de evolutie van bedoelde objectieve parameters. De objectieve parameters worden door de Koning vastgelegd bij een in Ministerraad overlegd besluit.

De premie en/of de dekkingsvoorwaarden kunnen ook aangepast worden aan de reële stijging van de kosten van de gewaarborgde prestaties, waarmee bedoeld wordt de werkelijke verhoging van de kostprijs van de verzekerde waarborgen als gevolg bijvoorbeeld van een vastgestelde aanhoudende frequentiestijging van de ziekenhuisopnames of van een substantiële wijziging in het risicoprofiel van de verzekerden. Het komt uiteraard de verzekeraar toe het bewijs te leveren van deze verhoging.

Een dergelijke stijging en dito aanpassing is eveneens mogelijk in geval van substantiële wijziging van de wetgeving inzake de sociale zekerheid of van de wetgeving op de ziekenhuizen.

De invloed op de kosten of de omvang van de verleende dekking moet voorgelegd worden aan de CBFA die moet instemmen met het betekenisvol karakter van deze invloed. Er dient vermeden te worden dat de geringste invloed aangegrepen wordt om het tarief en de voorwaarden te wijzigen.

Artikel 138*bis*-4 doet uiteraard geen afbreuk aan de bevoegdheden van de CBFA in het kader van haar controleopdracht.

Partijen kunnen vanzelfsprekend ook bij onderling akkoord wijzigingen aanbrengen aan de in aanmerking te nemen technische grondslagen voor de berekening

verture. Leur liberté contractuelle (art. 1134 C.civ.) demeure intacte.

#### Art. 138bis-5

##### Incontestabilité

Comme indiqué dans l'exposé général, la jurisprudence a développé un certain nombre de principes relatifs aux maladies préexistantes lesquels sont ici coulés en force de loi.

Les cours et tribunaux ont élaboré une jurisprudence équitable qui établit un équilibre entre les intérêts de l'assureur et du preneur d'assurance.

Cette jurisprudence est maintenant confirmée par voie légale:

Lorsque l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle a trait à une maladie préexistante, dont les symptômes s'étaient déjà manifestés d'une manière ou de l'autre mais qui n'avait pas encore été diagnostiquée au moment de la conclusion du contrat, l'assureur peut invoquer et refuser de couvrir cette maladie si elle est diagnostiquée dans un délai de deux ans à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance.

L'assuré sera en revanche couvert, nonobstant le fait que le diagnostic ait été établi endéans les deux ans, si l'assureur n'a pas invoqué la maladie dans ce délai.

Il est, enfin, clair qu'une maladie préexistante qui ne s'était pas encore manifestée au moment de la conclusion du contrat d'assurance (pas de symptômes), est définitivement comprise dans la couverture et ne peut être reprochée en tant qu'omission ou inexactitude au preneur d'assurance ou à l'assuré, puisqu'il ne pouvait par définition (pas de symptômes) en avoir connaissance. En vertu de l'article 5 de la loi du 25 juin 1992 le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Le preneur d'assurance ne peut bien entendu être tenu de déclarer les circonstances et données qui lui sont inconnues au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

van de premie en aan de dekkingsvoorwaarden. Aan hun contractuele vrijheid (art. 1134 B.W.) wordt op dat vlak niet geraakt.

#### Art. 138bis-5

##### Onbetwistbaarheid

Zoals in de inleiding uiteengezet worden de in de rechtspraak ontwikkelde beginselen op het vlak van de problematiek van de voorafbestaande ziekten ten deze wettelijk bekrachtigd.

Aldus hebben de hoven en rechtbanken een billijke en genuanceerde leer ontwikkeld die gezocht heeft naar een redelijk evenwicht tussen de belangen van de verzekeraar en de verzekeringnemer.

Deze leer wordt daarom thans wettelijk bekrachtigd als volgt:

Wanneer de onopzettelijke verzwijging of onopzettelijke onjuiste mededeling betrekking heeft op een voorafbestaande ziekte, waarvan de symptomen zich reeds op één of andere wijze hadden gemanifesteerd, maar die nog niet gediagnosticeerd was op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, dan kan de verzekeraar het voorafbestaan van die ziekte inroepen en de dekking ervan weigeren indien zij gediagnosticeerd wordt binnen een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekerde is daarentegen gedekt, indien ondanks het feit dat de diagnose binnen de twee jaar werd gesteld, de verzekeraar de ziekte niet ingeroepen heeft.

Het spreekt, ten slotte, vanzelf dat een voorafbestaande ziekte, die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog niet op één of andere wijze gemanifesteerd had (geen symptomen), definitief in de dekking begrepen is en niet als verzwijging of onjuiste mededeling verweten kan worden aan de verzekeringnemer of de verzekerde, aangezien hij er per definitie (geen symptomen) geen kennis kon van hebben. De verzekeringnemer is, luidens artikel 5 van de wet van 25 juni 1992, verplicht bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mede te delen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar. De verzekeringnemer kan onmogelijk gehouden zijn gegevens en omstandigheden mede te delen die hem onbekend zijn op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst.

Art. 138*bis*-5*bis*

## Malades chroniques et personnes handicapées

Afin de remédier aux problèmes rencontrés par les personnes qui, lors de la conclusion du contrat d'assurance, sont déjà malades chroniques ou handicapées, l'article 138 *bis*-5*bis* permet à ces personnes de contracter une assurance soins de santé (assurance hospitalisation) pendant une période transitoire de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi. Pendant cette période, la personne en question ne peut être refusée par l'assureur auquel elle s'adresse. L'assurance hospitalisation qui lui est offerte ne doit cependant pas couvrir les coûts liés à la maladie ou au handicap existant(e) au moment de la conclusion du contrat d'assurance, sans préjudice à l'application de l'article 138*bis*-5 en matière d'incontestabilité.

L'assureur a donc la faculté (non l'obligation) d'exclure les coûts liés à la maladie ou au handicap de la couverture ou de restreindre cette dernière. C'est la police qui établira précisément ces modalités.

Si l'assureur choisit de soumettre ces coûts à une couverture limitée ou de les exclure de la couverture, il doit alors déterminer ces coûts avec précision dans un document joint au contrat d'assurance.

Ce régime transitoire doit faire l'objet d'une évaluation au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Les personnes actuellement malades chroniques ou handicapées bénéficient en effet d'une période de deux ans pour souscrire une assurance hospitalisation.

S'il apparaît après l'évaluation que l'obligation d'offrir une assurance hospitalisation aux malades chroniques et aux personnes handicapées ne doit pas être maintenue, une solution alternative sera éventuellement recherchée pour ces personnes.

Cet article n'appelle pas d'autre commentaire.

Art. 138*bis*-5*bis*

## Chronisch zieken en personen met een handicap

Ten einde tegemoet te komen aan de problemen, waarmee personen geconfronteerd worden die op het ogenblik van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds chronisch ziek of gehandicapt zijn, creëert artikel 138 *bis*-5*bis* de mogelijkheid voor deze personen om gedurende een overgangperiode van twee jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van deze wet, een ziektekostenverzekering (hospitalisatieverzekering) aan te gaan. Bedoelde personen mogen gedurende die periode van twee jaar niet geweigerd worden door de verzekeraar tot dewelke zij zich wenden. De hen aangeboden hospitalisatieverzekering moet echter niet de kosten dekken die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, zonder dat hierbij afbreuk wordt gedaan aan de in artikel 138*bis*-5 neergelegde regeling aangaande de onbetwistbaarheid.

De verzekeraar heeft dus de mogelijkheid (het is geen verplichting) om de kosten die verband houden met genoemde ziekte of handicap hetzij van de dekking uit te sluiten, hetzij aan een beperktere dekking te onderwerpen. De polis moet dienaangaande uitsluitel geven.

Wanneer de verzekeraar ervoor opteert deze kosten uit te sluiten of aan een beperktere dekking te onderwerpen, dan moet hij de beoogde kosten nauwkeurig bepalen in een document dat aan de verzekeringsovereenkomst gehecht wordt.

Deze overgangsregeling dient tegen uiterlijk 1 oktober 2008 geëvalueerd te worden. De personen, die op vandaag chronisch ziek of gehandicapt zijn, krijgen immers een periode van twee jaar om een hospitalisatieverzekering te onderschrijven.

Indien na de evaluatie blijkt dat de verplichting om een hospitalisatieverzekering aan te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten niet langer behouden blijft, zal naar een eventuele alternatieve oplossing voor deze personen gezocht worden.

Voor het overige behoeft deze bepaling geen verdere commentaar.

## Section III

*Continuation d'un contrat collectif d'assurance maladie à titre individuel*

## Art. 138bis-6

## Conditions d'octroi

De nombreux assurés dans l'assurance maladie sont couverts via une assurance groupe conclue par leur employeur. Cette assurance collective assure, dans le cas de l'assurance soins de santé et de l'assurance soins, souvent aussi les membres de la famille de l'assuré.

Toutefois, lorsque l'assuré perd le bénéfice de l'assurance collective en raison d'un licenciement volontaire ou forcé, d'une admission à la retraite, de la faillite, de la liquidation, du décès ou pour n'importe quelle autre raison de disparition de l'employeur ..., il convient de lui garantir le droit de poursuivre l'assurance sur base individuelle à des conditions similaires à celles de l'assurance collective.

Ce projet de loi indique aussi clairement que chaque assuré perdant le bénéfice de l'assurance collective a droit à la poursuite individuelle. Il est donc possible qu'un 'co-assuré' exerce le droit à la poursuite individuelle. Pensons à l'enfant de l'assuré principal qui atteint l'âge de la majorité ou va habiter seul ou au partenaire en cas de divorce. Il est aussi possible que l'assuré principal décide de ne pas exercer son droit à la poursuite individuelle, ni pour lui-même, ni pour les membres de la famille. Dans ce cas, les membres de la famille peuvent décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collective, indépendamment de l'assuré principal. La seule condition à cet effet est que l'assuré principal soit affilié depuis au moins deux ans au moment où le co-assuré perd le bénéfice de l'assurance collective. L'affiliation obligatoire depuis au moins 2 ans a pour but d'éviter des cas de fraudes éventuelles.

Le premier paragraphe stipule en outre clairement que le droit à la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collective ne porte pas préjudice aux régimes de sanctions concernant la dissimulation ou la communication inexacte de données (articles 6 et 7 de la loi), le non-paiement de la prime (articles 14 et 17) et l'obligation de n'offrir en assurance que des risques existants (article 24). En outre, il est confirmé que le principe de droit commun «*fraus omnia corrumpit*» est d'application.

## Afdeling III

*Individuele voortzetting van een collectieve verzekering*

## Art. 138bis-6

## Toekenningsvoorwaarden

Veel verzekerden in de ziekteverzekering zijn gedekt via een groepsverzekering gesloten door hun werkgever. Deze collectieve verzekering verzekert, in het geval van de ziektekostenverzekering en de zorgverzekering, vaak ook de leden van de familie van de verzekerde.

Evenwel, wanneer de verzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest wegens vrijwillig of gedwongen ontslag, pensionering, faillissement, vereffening, overlijden of welke andere oorzaak ook van verdwijning van de werkgever..., past het om hem het recht te garanderen de verzekering op individuele basis verder te zetten tegen gelijkaardige voorwaarden als deze van de collectieve verzekering.

Dit wetsontwerp stelt ook duidelijk dat elke verzekerde die het voordeel van de collectieve verzekering verliest, het recht heeft op individuele voortzetting. Het is dus mogelijk dat een 'medeverzekerde' het recht op individuele voortzetting uitoefent. Te denken valt aan het kind van de hoofdverzekerde dat volwassen wordt of zelfstandig gaat wonen, of aan de partner in geval van echtscheiding. Het is ook mogelijk dat de hoofdverzekerde beslist om zijn recht op individuele voortzetting niet uit te oefenen, noch voor zichzelf noch voor de leden van het gezin. In dit geval kunnen de leden van het gezin beslissen om, los van de hoofdverzekerde, de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten. Enige voorwaarde hiertoe is dat de hoofdverzekerde sedert ten minste twee jaar aangesloten is op het ogenblik dat de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest. De verplichte aansluiting sedert minstens 2 jaar is erop gericht om eventuele gevallen van fraude te vermijden.

Paragraaf één stelt verder duidelijk dat het recht op individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geen afbreuk doet aan de sanctieregelingen inzake het verzwijgen of onjuist mededelen van gegevens (artikelen 6 en 7 van de wet), de niet-betaling van de premie (artikelen 14 en 17) en de verplichting alleen bestaande risico's ter verzekering aan te bieden (artikel 24). Tevens wordt bevestigd dat het gemeenschappelijk principe «*fraus omnia corrumpit*» van toepassing is.



Au deuxième paragraphe, la notification de la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie collective est réglée et le délai dans lequel le droit à la poursuite individuelle doit être exercé est fixé.

L'obligation de notification concernant la perte du bénéficiaire de la police collective et le droit à la poursuite individuelle est, pour des raisons pratiques, mis à charge du preneur d'assurance ou en cas de faillite ou de liquidation, du curateur ou du liquidateur. Le preneur d'assurance-employeur est la seule partie immédiatement informée de la décision ou de la circonstance à la base de la perte du bénéficiaire du contrat d'assurance maladie collective pour l'assuré principal et ses co-assurés. Le preneur d'assurance-employeur est en outre le seul qui dispose à tout moment des informations les plus précises et les plus récentes sur l'ensemble des assurés principaux et sur les données les concernant (comme par exemple le dernier domicile).

L'importance de la notification est évidente. L'assuré risque de perdre de vue son droit à la poursuite individuelle dans le tumulte qui accompagne généralement les circonstances à la base de la perte de la qualité d'assuré collectif.

Le preneur d'assurance ou, lors d'une faillite ou d'une liquidation, le curateur ou le liquidateur, doivent, au plus tard 30 jours après la perte du bénéficiaire de l'assurance collective, informer l'assuré principal par écrit ou de manière électronique de cette perte et du délai de 30 jours dont dispose l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré pour communiquer à l'assureur qu'il est intéressé de poursuivre individuellement le contrat d'assurance collective.

L'assureur doit alors, dans les 15 jours, transmettre une offre d'assurance proposant des garanties similaires selon l'article 138*bis*-3 et à une prime calculée conformément à l'article 138*bis*-4. L'intéressé doit ensuite décider dans un délai de 15 jours s'il va effectivement poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collective. Il doit, en d'autres termes, décider dans les 15 jours de l'offre d'assurance: accepter ou refuser. L'intéressé qui ne réagit pas dans le délai fixé perd le droit à la poursuite individuelle.

In de tweede paragraaf wordt de kennisgeving van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geregeld en wordt de termijn bepaald waarbinnen het recht op individuele voortzetting moet worden ugeoefend.

De kennisgevingsplicht m.b.t. het verlies van het voordeel van de collectieve polis en m.b.t. het recht op individuele voortzetting, wordt om praktische redenen ten laste gelegd van de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar. De verzekeringnemer-werkgever is de enige partij die onmiddellijk op de hoogte is van de beslissing of omstandigheid die aan de grondslag ligt van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst voor de hoofdverzekerde en diens medeverzekerden. De verzekeringnemer-werkgever is bovendien de enige die te allen tijde beschikt over de volledige en meest recente informatie over het geheel van de hoofdverzekerden en over de op hen betrekking hebbende gegevens (zoals b.v. de laatste woonplaats).

Het belang van de kennisgeving is evident. De verzekerde riskeert zijn recht op individuele voortzetting uit het oog te verliezen in het tumult dat over het algemeen gepaard gaat met de omstandigheden die aan de basis liggen van het verlies van de hoedanigheid van collectief verzekerde.

De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar, moeten ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch op de hoogte stellen van dat verlies en van de termijn van 30 dagen waarover de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde beschikt om aan de verzekeraar mee te delen dat hij belangstelling heeft voor de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De verzekeraar moet dan binnen de 15 dagen een verzekeringsaanbod overmaken dat gelijkaardige waarborgen aanbiedt conform artikel 138*bis*-3 en aan een premie berekend conform artikel 138*bis*-4. De geïnteresseerde moet vervolgens binnen een termijn van 15 dagen beslissen of hij/zij de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst effectief individueel zal voortzetten. De geïnteresseerde moet m.a.w. binnen de 15 dagen over het verzekeringsaanbod beslissen: aangaan of weigeren. De geïnteresseerde, die niet reageert binnen de gestelde termijn, verliest het recht op individuele voortzetting.

En principe, c'est l'assuré principal qui exercera le droit à la poursuite individuelle pour lui et pour les co-assurés. Mais s'il décide de renoncer à ce droit, il peut avoir de bonnes raisons de soumettre à un ou plusieurs co-assurés la possibilité de poursuivre individuellement. Il peut informer les co-assurés de la perte du contrat d'assurance maladie collective, afin qu'ils puissent exercer, le cas échéant, le droit à la poursuite individuelle, dans les délais prescrits au deuxième paragraphe. Soulignons que les co-assurés sont avertis par l'assuré principal de sa propre et libre initiative.

Le paragraphe trois stipule que le droit à la poursuite individuelle de l'assurance collective est aussi garanti lorsque l'assuré principal reste repris dans la police de cette assurance, mais lorsqu'un co-assuré en perd le bénéfice. Pensons à l'enfant adulte qui souhaite habiter seul ou au conjoint divorcé qui veut poursuivre individuellement l'assurance collective. Dans ces cas, le devoir d'information ne peut pas être imposé au preneur d'assurance, ni à l'assureur. Tous deux ne peuvent pas être au courant des différentes situations familiales qui amènent l'assuré à perdre le bénéfice de l'assurance collective. La loi prévoit par conséquent que le co-assuré dispose d'un délai tel que stipulé au deuxième paragraphe pour exercer son droit à la poursuite individuelle. Ce délai doit obligatoirement commencer à courir à partir du moment où le co-assuré n'est plus bénéficiaire du contrat d'assurance collective.

L'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré dispose d'un délai de 60 jours au total pour décider d'exercer ou non le droit à la poursuite individuelle du contrat d'assurance collective. L'objectif est de permettre de réfléchir aux personnes qui se trouvent généralement dans une situation tumultueuse à la suite de la perte de l'avantage de l'assurance collective. Nous devons toutefois bien nous rendre compte que tant que le droit à la poursuite individuelle n'est pas exercé, il n'y a plus de couverture. L'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré doit par conséquent être encouragé à exercer le droit à la poursuite individuelle le plus rapidement possible. Entre le moment de la perte de l'avantage du contrat d'assurance collective et l'exercice du droit à la poursuite individuelle, il n'existe en effet par définition aucune couverture.

In principe is het de hoofdverzekerde die het recht op individuele voortzetting zal uitoefenen voor zichzelf en voor de medeverzekerden. Maar indien de hoofdverzekerde beslist om aan dit recht te verzaken, kan hij goede redenen hebben om de mogelijkheid tot individuele voortzetting voor te leggen aan één of meerdere medeverzekerden. Hij kan de medeverzekerden op de hoogte brengen van het verlies van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, zodat zij desgevallend het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen, weliswaar binnen de termijnen zoals voorgeschreven in de tweede paragraaf. Het zij onderstreept dat de verwittiging van de medeverzekerden door de hoofdverzekerde het gevolg is van een vrijwillig initiatief van laatstgenoemde.

Paragraaf drie stelt dat het recht op individuele voortzetting van de collectieve verzekering ook gegarandeerd wordt wanneer de hoofdverzekerde opgenomen blijft in de polis van collectieve verzekering, maar een medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest. Men denke hierbij aan het volwassen kind dat alleen wil gaan wonen of aan de gescheiden echtgenoot of echtgenote die graag de collectieve verzekering individueel zouden willen verder zetten. In deze gevallen kan de informatieplicht niet worden opgelegd aan de verzekeringnemer, noch aan de verzekeraar. Beiden kunnen onmogelijk op de hoogte zijn van de verschillende gezinssituaties die maken dat een verzekerde het voordeel van de collectieve verliest. Daarom voorziet de wet dat de medeverzekerde over een termijn zoals gestipuleerd in de tweede paragraaf beschikt om zijn recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn kan niet anders dan beginnen te lopen vanaf het ogenblik dat de medeverzekerde niet langer begunstigde is van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde beschikt over een termijn van in totaal 60 dagen om te beslissen over het, al dan niet, uitoefenen van het recht op de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst. Dit om de personen, die zich bij het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering meestal in een tumultueuze situatie bevinden, voldoende tijd te geven om zich te bezinnen. Men moet echter wel goed beseffen dat zolang het recht op de individuele voortzetting niet uitgeoefend werd, er geen dekking meer is. De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde, moet daarom aangespoord worden om het recht op individuele voortzetting zo snel mogelijk uit te oefenen. Tussen het ogenblik van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst en de uitoefening van het recht op individuele voortzetting, bestaat er immers per definitie geen dekking.

## Art. 138bis-7

## Information à charge de l'assureur

Puisqu'en cas de poursuite individuelle de la police collective, la prime individuelle est calculée sur la base de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite (art. 138bis-9 et le commentaire), il est essentiel que pendant la durée de la police collective, l'assuré soit informé correctement et avec précision de la possibilité de constituer une réserve individuelle, moyennant le paiement d'une prime complémentaire. La réserve individuelle offre l'avantage qu'en cas de poursuite à titre individuel, la prime est calculée compte tenu de l'âge de l'assuré lorsqu'il a commencé à payer les primes complémentaires et non de l'âge qu'il avait lorsqu'il a exercé son droit de poursuite individuelle. La prime sera par conséquent moins élevée.

Cette prime complémentaire peut éventuellement s'insérer dans le cadre de la concertation sociale au niveau de l'entreprise et ainsi éventuellement être prise en charge pour tout ou partie par l'employeur.

Afin que l'assuré soit correctement informé, il incombe à l'assureur l'obligation de fournir les informations nécessaires au preneur d'assurance (l'employeur). Le preneur d'assurance (l'employeur) est à son tour tenu d'informer les assurés (ses employés).

La sanction en cas de non-respect du devoir d'information est lourde, car ces informations sont essentielles pour les assurés. Elle est censée garantir que l'assureur et le preneur d'assurance respectent leur devoir d'information.

## Art. 138bis-8

## Garanties

Le premier paragraphe stipule que le contrat d'assurance maladie individuelle doit offrir des garanties similaires à l'assurance collective.

Des conditions identiques ne peuvent pas être exigées. Les assurances collectives sont en effet établies à la mesure de chaque entreprise et en fonction des négociations sociales. En outre, les contrats d'assurance maladie collective peuvent être adaptés chaque année en vertu des résultats de l'entreprise ou de la concerta-

## Art. 138bis-7

## Informatie ten laste van de verzekeraar

Vermits in geval van individuele voortzetting van de collectieve polis de individuele premie berekend wordt rekening houdend met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de voortzetting (art. 138bis-9 en de commentaar), is het van essentieel belang dat de verzekerde tijdens de duur van de collectieve polis correct en nauwkeurig geïnformeerd wordt over de mogelijkheid om, mits de betaling van een bijkomende premie, een individuele reserve aan te leggen. De individuele reserve biedt het voordeel dat in geval van individuele voortzetting de premie berekend wordt rekening houdend met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik dat hij de bijkomende premies is beginnen te betalen in plaats van rekening te houden met zijn leeftijd op het ogenblik van de uitoefening van zijn recht op individuele voortzetting. De premie zal bijgevolg lager zijn.

Deze bijkomende premie kan eventueel in het sociaal overleg op ondernemingsniveau betrokken worden, zodat zij eventueel geheel of ten dele ten laste wordt genomen door de werkgever.

Opdat de verzekerde correct geïnformeerd zou worden, wordt aan de verzekeraar de verplichting opgelegd de nodige informatie over te maken aan de verzekeringnemer (de werkgever). De verzekeringnemer (de werkgever) is op zijn beurt verplicht de verzekerden (zijn werknemers) in te lichten.

De sanctie bij de miskening van de informatieplicht is zwaar, omdat deze informatie essentieel is voor de verzekerden. De zware sanctie moet garanderen dat zowel de verzekeraar als de verzekeringnemer hun informatieplicht naleven.

## Art. 138bis-8

## Waarborgen

De eerste paragraaf stelt dat de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst gelijkaardige waarborgen moet bieden als de collectieve verzekering.

Identieke waarborgen kunnen niet geëist worden. Collectieve verzekeringen worden immers op maat van elke onderneming en in functie van de sociale onderhandelingen opgesteld. Bovendien kunnen de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten verder jaarlijks aangepast worden in functie van de bedrijfsresultaten

tion sociale. Si une assurance individuelle identique devait être offerte, cela signifierait que chaque fois qu'une assurance collective est modifiée en fonction des résultats des négociations, l'assureur devrait mettre sur le marché et gérer un nouveau contrat individuel spécifique, ce qui reviendrait à des centaines de nouveaux contrats individuels différents sur le plan du contenu. Ce serait ingérable et impayable.

Le projet de loi stipule par conséquent que la poursuite individuelle doit être garantie à des conditions similaires, sans porter préjudice aux garanties pour l'individu concerné en rapport avec les caractéristiques de base de l'assurance collective. Afin de favoriser la sécurité juridique, les caractéristiques de base visées sont énumérées expressément dans la loi.

Ainsi, les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants sont repris:

- Le choix de la chambre: le remboursement total ou partiel des frais encourus dans une chambre à une, deux, trois ou quatre personnes.

- La formule de remboursement: le remboursement (partiel) de tous les frais, l'indemnisation des frais sur base du niveau de remboursement de l'INAMI ou une intervention forfaitaire.

- La pré et posthospitalisation: la prise en charge ou non des frais ambulants liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si, comme l'assurance incapacité de travail collective, elles prévoient le versement d'un même montant fixe à verser éventuellement ou d'un même pourcentage de la perte de revenu subie. Il va de soi que ce montant fixe doit être limité à la perte de revenu effectivement subie. L'assuré ne peut pas s'enrichir à la suite du versement de l'assurance. En rapport avec l'assurance incapacité de travail, le projet de loi stipule ensuite que l'assurance incapacité de travail poursuivie individuellement ne vaut que jusqu'à l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle. Cela va de soi puisque l'assurance incapacité de travail vise exclusivement à garantir totalement ou partiellement le revenu que l'assuré puise de ses activités professionnelles.

en of in functie van het sociaal overleg. Wanneer een identieke individuele verzekering zou moeten worden aangeboden, zou dit betekenen dat telkens wanneer er een collectieve verzekering in functie van de uitkomst van sociale onderhandelingen wordt gewijzigd, de verzekeraar een nieuwe specifieke individuele overeenkomst méér zou moeten op de markt brengen en beheeren. Dit zou neerkomen op honderden nieuwe, inhoudelijke verschillende individuele overeenkomsten per jaar. Dit zou onbeheerbaar en onbetaalbaar zijn.

Het wetsontwerp stelt daarom dat de individuele voortzetting moet gegarandeerd worden aan gelijkaardige voorwaarden, zonder afbreuk te doen aan de garanties voor het betrokken individu met betrekking tot de basiskenmerken van de collectieve verzekering. Om de rechtszekerheid te bevorderen, worden de beoogde basiskenmerken uitdrukkelijk in de wet opgesomd.

Zo worden de waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering als gelijkaardig beschouwd indien volgende elementen overgenomen worden:

- De kamerkeuze: het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten gemaakt in een één-, twee-, of vierpersoonskamer.

- De terugbetalingsformule: het (ten dele) terugbetalen van alle kosten, het vergoeden van de kosten op basis van het RIZIV-terugbetalingsniveau of het voorzien in een forfaitaire tussenkomst.

- De pre-en posthospitalisatie: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voortvallen in één bepaalde termijn voor of na de hospitalisatie.

De waarborgen van de individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze, net als de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in eenzelfde percentage van het geleden inkomstenverlies. Het spreekt voor zich dat het eventueel uit te keren vast bedrag beperkt moet worden tot het effectief geleden inkomensverlies. De verzekerde mag zich niet verrijken n.a.v. de verzekeringsuitkering. Met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt er vervolgens in het wetsontwerp bepaald dat de individueel voortgezette arbeidsongeschiktheidsverzekering slechts geldt tot de normale leeftijd waarop de verzekerde zijn arbeidswerkzaamheid volledig en definitief stopzet. Dit spreekt voor zich omdat de arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsluitend gericht is op het geheel of gedeeltelijk waarborgen van het inkomen dat de verzekerde puurt uit zijn beroepsactiviteiten.

Les garanties de l'assurance soins individuelle sont considérées comme similaires si, comme l'assurance soins collective, elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation identique des frais résultant de la perte totale ou partielle de l'autonomie.

Le deuxième paragraphe stipule que l'assureur ne peut pas profiter de la transition pour modifier les conditions ou exclure des personnes malades ou handicapées ou les soumettre à des conditions plus sévères. Une prime supplémentaire ne peut pas non plus être imposée vu l'évolution de la situation de santé de l'assuré au cours de la durée de l'assurance collective.

Ce qui précède implique aussi qu'un nouvel examen médical, un autre examen d'acceptation ou de nouveaux délais d'attente ne peuvent pas être imposés.

#### Art. 138bis-9

##### Conditions tarifaires

La technique de l'assurance pour une assurance collective diffère fondamentalement de celle relative à une assurance individuelle. Pour calculer la prime de l'assurance individuelle, on part du principe que l'assuré doit constituer une réserve pour les années à haut risque. Dans le calcul de la prime d'une assurance collective, on part de l'idée de solidarité entre les affiliés de la collectivité. Les plus jeunes qui représentent par conséquent un risque plus faible compensent le risque plus accru des travailleurs plus âgés. Ces différentes techniques entraînent un niveau de prime supérieur pour une assurance individuelle que pour une assurance collective. Il est dès lors irréaliste de supposer qu'un individu qui, à partir de 25 ans, bénéficie d'une assurance collective, a le droit une fois l'âge de la retraite atteint, de conclure une assurance individuelle au tarif d'une personne âgée de 25 ans. En effet, il n'a jamais constitué de réserve pour les temps difficiles durant son affiliation à l'assurance collective.

Cette disposition permet par conséquent de prendre en considération l'âge au moment de la poursuite individuelle (sans préjudice de l'application de l'article 138bis-7, §1), les critères d'évaluation du risque tels qu'ils existaient lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie collective, le régime de sécurité sociale et le statut auxquels l'assuré est soumis, la nouvelle profession et, dans le cas de l'assurance incapacité de travail, le revenu professionnel de l'assuré, puisque ce sont des

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze net als de collectieve zorgverzekering voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag, dan wel in een identieke vergoeding van de kosten die het gevolg zijn van het geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

De tweede paragraaf bepaalt dat de verzekeraar van de overgang geen gebruik mag maken om de voorwaarden te wijzigen of om personen met een ziekte of handicap uit te sluiten of aan strengere voorwaarden te onderwerpen. Een bijpremie mag ook niet opgelegd worden omwille van de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve verzekering.

Bovengaan de houdt ook in dat geen nieuw medisch onderzoek of ander acceptatieonderzoek, noch nieuwe wachttermijnen mogen opgelegd worden.

#### Art. 138bis-9

##### Tariefvoorwaarden

De verzekeringstechniek voor een collectieve verzekering verschilt fundamenteel van die voor een individuele verzekering. Bij de berekening van de premie voor de individuele verzekering gaat men ervan uit dat de verzekerde een reserve moet aanleggen voor de risicovolle jaren. Bij de berekening van de premie voor een collectieve verzekering vertrekt men van de idee van solidariteit tussen de aangesloten leden van de collectiviteit. Zij die jonger zijn en bijgevolg een lager risico betekenen compenseren het hogere risico van de oudere werknemers. Deze verschillende technieken leiden tot een premieniveau dat hoger is voor een individuele verzekering dan voor een collectieve verzekering. Het is dan ook irrealistisch om ervan uit te gaan dat een persoon, die vanaf 25 jaar geniet van een collectieve verzekering, het recht heeft om op de pensioenleeftijd een individuele verzekering af te sluiten tegen het tarief van een 25-jarige. Deze persoon heeft immers geen reserve voor slechte tijden opgebouwd tijdens zijn aansluiting bij de collectieve verzekering.

Deze bepaling laat bijgevolg toe om de leeftijd op het ogenblik van de individuele voortzetting (onverminderd de toepassing van art. 138bis-7, §1), de risico-beoordelingselementen zoals die bestonden op het ogenblik van het toetreden tot de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, de regeling en het statuut van de sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen, het nieuwe beroep en, in het geval van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het beroeps-

éléments essentiels soit pour évaluer le risque soit pour calculer la prestation d'assurance. Dans la mesure où ces éléments sont modifiés par rapport à la situation sous l'assurance collective, ils doivent être pris en considération afin de garantir une couverture d'assurance correcte.

L'assuré peut éviter une augmentation de tarif en raison de l'âge en faisant usage de la possibilité offerte par l'article 138*bis*-7.

Voici, Mesdames et Messieurs, la portée du projet que le gouvernement a l'honneur de soumettre à votre approbation.

*La vice-première ministre et ministre de la Justice,*

Laurette ONKELINX

*La Ministre de l'Economie,*

Marc VERWILGHEN

inkomen van de verzekerde in aanmerking te nemen, omdat dit essentiële elementen zijn voor ofwel de beoordeling van het risico of ofwel de berekening van de verzekeringsprestatie. In de mate dat deze gewijzigd zijn in vergelijking met de toestand onder de collectieve verzekering, moeten ze in aanmerking worden genomen om een correcte verzekeringsdekking te garanderen.

De verzekerde kan een tariefverhoging omwille van de leeftijd vermijden door gebruik te maken van de mogelijkheid geboden door artikel 138*bis*-7.

Dit is, Dames en Heren, de draagwijdte van het wetsontwerp dat de regering de eer heeft u ter goedkeuring voor te leggen.

*De vice-eerste minister en minister van Justitie,*

Laurette ONKELINX

*De Minister van Economie,*

Marc VERWILGHEN

**AVANT-PROJET DE LOI**

soutmis à l'avis du Conseil d'État

**Avant-projet de loi protégeant les malades et les personnes handicapées dans certaines assurances**Article 1<sup>er</sup>

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

## Art. 2

Il est inséré dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, un chapitre IV au titre III rédigé comme suit:

## «CHAPITRE IV

**Des contrats d'assurance maladie**SECTION I<sup>ère</sup>*Dispositions préliminaires*

## Définitions

## Art. 138bis-1

§1. Par contrat d'assurance maladie, il faut entendre:

a) l'assurance soins de santé qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé;

b) l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne;

c) l'assurance invalidité qui, en cas de maladie et/ou d'accident, garantit une prestation;

d) l'assurance soins non obligatoire qui, en cas de perte totale ou partielle d'autonomie, prévoit des prestations.

Sont exclues de la définition du contrat d'assurance maladie:

– les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées au premier alinéa;

**VOORONTWERP VAN WET**

onderworpen aan het advies van de Raad van State

**Voorontwerp van wet ter bescherming van zieken en personen met een handicap in sommige verzekeringen**

## Artikel 1

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

## Art. 2

In de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een hoofdstuk IV ingevoegd in Titel III, luidende:

## «HOOFDSTUK IV

**Ziekteverzekeringsovereenkomsten**

## AFDELING I

*Inleidende bepalingen*

## Begripsomschrijvingen

## Art. 138bis-1

§1. Onder ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan:

a) de ziektekostenverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling noodzakelijk voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid;

b) de arbeidsongeschiktheidsverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of verlies van beroepsinkomen ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt;

c) de invaliditeitsverzekering die een prestatie waarborgt in geval van ziekte en/of ongeval;

d) de niet verplichte zorgverzekering die, in geval van geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid, prestaties voorziet.

Vallen buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst:

– de tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen, die de prestaties waarborgen bedoeld in het eerste lid;

- l'assurance accidents de travail loi et les assurances accidents complémentaires qui y sont liées;
- les assurances accident;
- les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;
- les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux.

§2. On entend par contrat d'assurance maladie collective, l'assurance soins de santé et/ou l'assurance incapacité de travail et/ou l'assurance invalidité et/ou l'assurance soins collective conclue par un ou plusieurs preneur(s) d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées 'assuré principal' dans ce chapitre.

Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance collective soins de santé et/ou incapacité de travail et/ou invalidité et/ou soins au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées 'coassuré' dans ce chapitre.

## SECTION II

Des contrats d'assurance maladie individuels ou autres que collectifs

Art. 138bis-2

Champ d'application

Les dispositions du présent titre sont applicables aux contrats d'assurance maladie autres que les contrats d'assurance maladie collective.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie.

Art. 138bis-3

Durée du contrat d'assurance

§ 1<sup>er</sup>. Les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 du § 1<sup>er</sup> de l'article 30 ne sont pas d'application aux contrats d'assurance visés à la présente section.

§ 2. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, §1, a), c) et d) sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1, b) valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge

- de wettelijke arbeidsongevallenverzekering en de daarmee verbonden aanvullende ongevallenverzekeringen;
- de ongevallenverzekeringen;
- de solidariteitsprestaties bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk Besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels;
- de solidariteitsprestaties bedoeld in artikel 1 van het Koninklijk Besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels.

§2. Onder collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt begrepen de collectieve ziektekostenverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of invaliditeitsverzekering en/of zorgverzekering gesloten door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen, die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden in dit hoofdstuk de 'hoofdverzekerde' genoemd.

De verzekeringnemer kan ook een collectieve ziektekosten- en/of arbeidsongeschiktheids- en/of invaliditeits- en/of zorgverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde sluiten. Deze personen worden in dit hoofdstuk de 'medeverzekerde' genoemd.

## AFDELING II

Individuele of andere dan collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten

Art. 138bis-2

Toepassingsgebied

De bepalingen van deze titel zijn van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten andere dan de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten.

Art. 138bis-3

Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 1. Artikel 30, § 1, eerste en tweede lid zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten bedoeld in deze afdeling.

§ 2. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de ziekteverzekeringen bedoeld in artikel 138bis-1, §1, a), c) en d) levenslang aangegaan. De ziekteverzekeringen bedoeld in artikel 138bis-1, §1, b) gelden ten minste tot de



antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier son contrat chaque année à la date de l'échéance annuelle de la prime. La résiliation s'effectue dans les formes visées à l'article 29 et conformément au délai prévu à l'article 30.

§ 3. Sans préjudice de l'application de l'article 30, §3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance.

§ 4. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

#### Art. 138bis-4

##### Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1. Sauf accord réciproque des parties et dans les cas visés aux § 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que l'assurance maladie ait été conclue.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptés à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation et, dans la mesure où la CBFA y consent en fonction de l'augmentation des coûts, sur la base de paramètres objectifs lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution des paramètres objectifs. Le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance, le montant de la prime et/ou les conditions d'assurance peuvent être adaptés en cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou en cas de modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'influence doit être reconnue comme significative par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés aux modifications intervenant dans la profession ou le revenu de l'assuré, ou encore lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

leef tijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroeps-werkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De verzekeringnemer kan evenwel elk jaar zijn overeenkomst opzeggen op de jaarlijkse vervaldag van de premie. De opzegging dient te gebeuren volgens de in artikel 29 voorgeschreven vormen en overeenkomstig de termijn voorgeschreven in artikel 30.

§ 3. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer.

§ 4. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is.

#### Art. 138bis-4

##### Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen alsmede in de in § 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar, nadat een ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingvoorwaarden ervan niet meer wijzigen.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie kunnen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen en, in de mate dat de CBFA het toestaat in functie van de gestegen kosten, op grond van objectieve parameters wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen en de evolutie van de objectieve parameters. De objectieve parameters worden door de Koning vastgelegd bij een in Ministerraad overlegd besluit.

§ 3. Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt, kunnen, bij een reële wijziging van de kosten van de gewaarborgde prestaties en/of in geval van een wettelijke of reglementaire wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de verleende dekking, de premie en/of de dekkingvoorwaarden hieraan aangepast worden.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingvoorwaarden kunnen worden aangepast aan wijzigingen in het beroep en/of het inkomen van de verzekerde, alsook wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

§ 5. Les adaptations visées aux §§ 3 et 4 ne prennent cours qu'à dater de la prochaine échéance annuelle de la prime et le preneur d'assurance doit en être avisé au moins un mois avant la date de l'échéance annuelle de la prime.

#### Art. 138bis-5

##### Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ne s'était pas encore manifestée d'une manière ou de l'autre au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

#### Section III

##### *Continuation d'un contrat collectif d'assurance maladie à titre individuel*

#### Art. 138 bis-6

##### Conditions d'octroi

§1<sup>er</sup>. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie collective pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la présente loi et de manière générale en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre partiellement ou intégralement cette assurance sur base individuelle lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie collective poursuivie, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits par le preneur d'assurance.

§2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique,

§ 5. De aanpassingen bedoeld in §§ 3 en 4 vinden slechts toepassing vanaf de eerstvolgende jaarlijkse premievervaldag en de verzekeringnemer dient hiervan te worden verwittigd ten minste één maand vóór de jaarlijkse vervaldag van de premie.

#### Art. 138bis-5

##### Onbetwistbaarheid

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening, waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

De verzekeraar kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst niet op één of andere wijze gemanifesteerd had.

#### Afdeling III

##### *Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekering*

#### Art. 138 bis-6

##### Toekenningsvoorwaarden

§1. Behalve in geval hij het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de redenen bedoeld in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 van deze wet en in het algemeen in geval van bedrog, heeft elkeen die bij een collectieve verzekering is aangesloten, het recht om deze verzekering op individuele basis geheel of ten dele voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan en een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren, die aan het verlies van de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken bij één of meerdere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten aangegaan door de verzekeringnemer aangesloten geweest zijn.

§2. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste 30

au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de la perte et de la possibilité de poursuite individuelle. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de la compagnie d'assurance concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de 30 jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre partiellement ou intégralement à titre individuel le contrat d'assurance maladie collective. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de la lettre dans laquelle le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collective perdu. Ce délai s'éteint en tout cas après 90 jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

L'assureur dispose d'un délai de 15 jours pour soumettre à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré par écrit ou par voie électronique une proposition d'assurance conforme aux articles 138*bis*-3 et 138*bis*-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de 15 jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa précédent. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§3. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de 90 jours, à partir du moment où le coassuré perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

De verzekeraar beschikt over een termijn van 15 dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van het verlies en van de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde, beschikt over een termijn van 30 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn intentie om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of ten dele individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer, of in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ter kennis brengt dat hij over de individuele voortzetting van de verloren gegane collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst kan beslissen. Deze termijn verstrijkt in elk geval door verloop van 90 dagen te rekenen vanaf de dag van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

De verzekeraar beschikt over een termijn van 15 dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4. De verzekeraar kan niet invoeren dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde, beschikt over een termijn van 15 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het in het voorgaand lid genoemd aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van 90 dagen te rekenen vanaf het tijdstip dat de medeverzekerde vernoemd voordeel verliest, om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch ter kennis te brengen van zijn intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

De verzekeraar beschikt over een termijn van 15 dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4. De verzekeraar kan niet invoeren dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Le coassuré dispose d'un délai de 15 jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa précédent. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

#### Art. 138bis-7

##### Information à charge de l'assureur

§ 1. L'assureur informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer à titre individuel une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, font qu'en cas de poursuite individuelle, la prime visée à l'article 138bis-9 est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

§ 2. La prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138bis-9, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du co-assuré au moment de son affiliation à l'assurance collective, si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1 de cet article. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1 à l'assuré principal, il est tenu de verser à l'assureur le total des primes individuelles en faveur de l'assuré principal qui n'a pas été informé. Dans ce cas la prime du contrat d'assurance maladie individuel est également, par dérogation à l'article 138bis-9, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information prévue au § 1.

#### Art.138bis-8

##### Garanties

§1<sup>er</sup>. Le contrat d'assurance maladie individuelle qui poursuit le contrat d'assurance maladie collective offre des garanties similaires au contrat d'assurance maladie collective poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé collective sont repris:

– le choix de la chambre: le remboursement intégral ou partiel ou non des frais encourus dans une chambre individuelle, double ou commune;

De medeverzekerde beschikt over een termijn van 15 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het in het voorgaand lid genoemd aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

#### Art. 138bis-7

##### Informatie ten laste van de verzekeraar

§ 1. De verzekeraar licht de verzekeringnemer in over de mogelijkheid voor de verzekerde om ten individuele titel een bijkomende premie te betalen. De verzekeringnemer maakt die informatie onmiddellijk over aan de hoofdverzekerde.

Deze bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, hebben tot gevolg dat de premie bedoeld in artikel 138bis-9, in geval van individuele voortzetting, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

§ 2. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt, in afwijking van artikel 138bis-9, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering, indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 van dit artikel opgelegde informatieplicht na te komen. De bewijslast inzake de nakoming van de informatieplicht neergelegd in § 1 berust bij de verzekeraar.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie over te maken aan de hoofdverzekerde, is hij het totaal van de individuele premies voor de hoofdverzekerde, die niet verwittigd werd, verschuldigd aan de verzekeraar. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138bis-9, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake het overmaken van de informatie bedoeld in § 1 komt de verzekeringnemer toe.

#### Art.138bis-8

##### Waarborgen

§1. De individuele ziekteverzekeringsovereenkomst, die de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst voortzet, biedt gelijkaardige waarborgen als de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien de volgende elementen van de collectieve ziektekostenverzekering worden overgenomen:

– de kamerkeuze: het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten gemaakt in één-, twee of meer personen kamers;

– la formule de remboursement: le remboursement (partiel) des frais réels ou le remboursement des frais sur la base du niveau de remboursement par l'INAMI de l'assurance soins de santé légale ou la possibilité d'une intervention forfaitaire;

– la pré- et posthospitalisation: la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance incapacité de travail collective, le versement d'un même pourcentage de la perte de revenus subie ou un même montant fixe, toutefois limité le cas échéant à la perte de revenus subie. L'assurance incapacité de travail individuelle, qui poursuit l'assurance incapacité de travail collective, vaut jusqu'à l'âge légal de la pension ou un âge antérieur, s'il s'agit de l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux de l'assurance invalidité collective.

Les garanties de l'assurance dépendance individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance soins collective, le versement d'un même montant fixe ou d'une indemnisation identique des frais dus à la perte totale ou partielle d'autonomie.

§ 2. Sans préjudice de l'article 138bis-3, §2, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collective a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut être limitée et une prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie collective.

#### Art.138bis-9

##### Prime

Lors du calcul de la prime du contrat d'assurance maladie individuelle poursuivant le contrat d'assurance maladie collective, on tient uniquement compte:

– de l'âge de l'assuré atteint au moment de la poursuite, sans préjudice de l'application de l'article 138bis-7, § 1;

– des éléments d'évaluation du risque, tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie collective poursuivi;

– de terugbetalingsformule: het (ten dele) terugbetalen van de werkelijk gemaakte kosten, of het vergoeden van de kosten op basis van het RIZIV-terugbetalingsniveau van de wettelijke ziektekostenverzekering, of, het voorzien in een forfaitaire tussenkomst;

– de pre- en posthospitalisatie: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voorvallen in een welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie;

De waarborgen van de individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze net als de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering voorzien in de uitkering van eenzelfde percentage van het geleden inkomstenverlies, dan wel in eenzelfde vast bedrag dat in voorkomend geval beperkt wordt tot het effectief geleden inkomensverlies. De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering, die de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering voortzet, geldt tot de pensioengerechtigde leeftijd of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding berekend op grond van dezelfde parameters als in de collectieve invaliditeitsverzekering.

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze net als de collectieve zorgverzekering voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag, dan wel in een identieke vergoeding van de kosten die het gevolg zijn van het geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

§ 2. Onverminderd artikel 138bis-3, §2, gebeurt de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachttermijn. De waarborg wordt niet beperkt omwille van de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, noch kan een bijpremie om die reden worden opgelegd.

#### Art.138bis-9

##### Premie

Bij de berekening van de premie voor de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst die de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst voortzet, wordt alleen rekening gehouden met:

– de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de voortzetting, onverminderd de toepassing van artikel 138bis-7, § 1;

– de risicobeoordelingselementen, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst;

– du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti;

– s'agissant de l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, de la profession de l'assuré;

– s'agissant de l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

### Art. 3

S'agissant des assurances maladie existantes visées à l'article 138bis-2, qui au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, l'entreprise d'assurance propose au preneur d'assurance une nouvelle assurance maladie conforme à ces exigences, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi. Le preneur d'assurance décide dans les 30 jours suivant la réception de la proposition d'y souscrire ou de maintenir la durée de son assurance maladie actuelle.

S'agissant des assurances maladie collectives existantes, une période transitoire de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la présente loi est applicable.

Les assurances maladie qui, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, étaient considérées par la Commission bancaire, financière et des Assurances comme des assurances collectives, sont toujours considérées comme telles, dans le cadre de l'application de la présente loi.

– de regeling en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen;

– wat betreft de ziektekostenverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering, het beroep van de verzekerde;

– wat betreft de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het beroep en het beroepsinkomen van de verzekerde;

### Art. 3

Voor de bestaande ziekteverzekeringen bedoeld in artikel 138bis-2, die op het moment van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekering aan, ten laatste 2 jaar na de inwerkingtreding van deze wet. De verzekeringnemer beslist binnen 30 dagen na de ontvangst van het aanbod om op dit aanbod in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn bestaande ziekteverzekering te behouden.

Voor de bestaande collectieve ziekteverzekeringen geldt een overgangperiode van 2 jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

De ziekteverzekeringen, die door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen vóór de inwerkingtreding van de wet werden beschouwd als een collectieve verzekering, blijven voor de toepassing van deze wet beschouwd als collectieve verzekeringen.

## AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

N° 40.131/1

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, première chambre, saisi par le Ministre de l'Économie, le 27 mars 2006, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi «protégeant les malades et les personnes handicapées dans certaines assurances», a donné le 20 avril 2006 l'avis suivant:

En application de l'article 84, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, la section de législation s'est essentiellement limitée à l'examen de la compétence de l'auteur de l'acte, du fondement juridique <sup>(1)</sup> ainsi que de l'accomplissement des formalités prescrites.

\*  
\* \*

## PORTÉE DE L'AVANT-PROJET DE LOI

L'avant-projet de loi soumis pour avis entend principalement insérer dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre un chapitre IV concernant les contrats privés d'assurance maladie. L'exposé des motifs indique que le chapitre en projet entend surtout répondre à une problématique triple.

Tout d'abord, le contrat individuel d'assurance maladie est désormais conclu à vie tant en ce qui concerne l'assuré principal que pour ses coassurés. Des modifications sont ensuite apportées à la possibilité, pour l'assureur, de refuser une couverture en cas de maladie préexistante (problématique de «l'incontestabilité»). Enfin, il est prévu que l'assuré principal et ses coassurés ont la possibilité de continuer à titre individuel un contrat collectif d'assurance maladie en cas, par exemple, de licenciement ou d'admission à la retraite de l'assuré principal.

## EXAMEN DU TEXTE

## Intitulé

Dans l'intitulé du projet, il convient d'indiquer plus clairement que la loi en projet est essentiellement une loi modificative plutôt que de se limiter à une définition générale de l'objectif des dispositions en question, comme c'est le cas actuellement. À cet effet, il peut être suggéré de rédiger l'intitulé comme suit:

<sup>1</sup> Dès lors qu'il s'agit d'un projet de loi, on entend par fondement juridique la conformité aux normes supérieures.

## ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

NR. 40.131/1

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, eerste kamer, op 27 maart 2006 door de Minister van Economie, verzocht hem, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een voorontwerp van wet «ter bescherming van zieken en personen met een handicap in sommige verzekeringen», heeft op 20 april 2006 het volgende advies gegeven:

Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, heeft de afdeling wetgeving zich in hoofdzaak beperkt tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond <sup>(1)</sup>, alsmede van de vraag of aan de voorgeschreven vormvereisten is voldaan.

\*  
\* \*

## STREKKING VAN HET VOORONTWERP VAN WET

Het om advies voorgelegde voorontwerp van wet strekt er in hoofdzaak toe in titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst een hoofdstuk IV in te voegen betreffende de private ziekteverzekeringsovereenkomsten. De memorie van toelichting doet ervan blijken dat het ontworpen hoofdstuk vooral aan een driedelige problematiek beoogt tegemoet te komen.

Vooreerst wordt de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst levenslang gemaakt ten aanzien van zowel de hoofdverzekerde als diens medeverzekerden. Vervolgens worden wijzigingen aangebracht inzake de mogelijkheid voor de verzekeraar om dekking te weigeren in geval van een vooraf bestaande ziekte (problematiek van de «onbetwistbaarheid»). Tot slot wordt voor de hoofdverzekerde en diens medeverzekerden voorzien in de mogelijkheid van individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst in geval van, bijvoorbeeld, ontslag of pensionering van de hoofdverzekerde.

## ONDERZOEK VAN DE TEKST

## Opschrift

In het opschrift van het ontwerp dient duidelijker te worden aangegeven dat de ontworpen wet in essentie een wijzigende wet is, in plaats van zich te beperken tot een algemene omschrijving van de doelstelling van de regeling in kwestie, zoals nu het geval is. Daartoe kan worden overwogen om het opschrift te redigeren als volgt:

<sup>1</sup> Aangezien het om een ontwerp van wet gaat wordt onder rechtsgrond de conformiteit met hogere rechtsnormen verstaan.

«Projet de loi modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre».

#### Article 2

On adaptera la rédaction de la phrase liminaire de l'article 2 du projet comme suit:

«Un chapitre IV, rédigé comme suit, est inséré dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre:».

#### Article 138bis-1 en projet

1. La division de l'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, en projet doit être adaptée en ce sens que les subdivisions «a)», «b)», «c)» et «d)» doivent être respectivement remplacées par «1<sup>o</sup>», «2<sup>o</sup>», «3<sup>o</sup>» et «4<sup>o</sup>» et qu'en lieu et place des tirets, il convient d'écrire «a)», «b)», «c)»<sup>(2)</sup>, etc.

Dans ce cas, les références internes figurant dans le projet devront éventuellement être adaptées (par exemple dans l'article 138bis-3, § 2, en projet).

2. L'article 138bis-1 en projet définit la notion de «contrat d'assurance maladie». Les auteurs du projet jugeront si, par souci de clarté, il n'est pas recommandé de préciser qu'il ne s'agit pas ici de l'assurance maladie obligatoire mais exclusivement de l'assurance maladie privée.

3. L'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, cinquième tiret, en projet (lire: article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, e)) ne reproduit pas correctement l'intitulé de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension, ni dans le texte néerlandais, ni dans le texte français. Il convient d'y remédier.

4. L'article 138bis-1, § 2, alinéa 2, en projet fait état de la notion de «famille». La question se pose de savoir si cette notion est suffisamment précise pour être maintenue sans autre définition dans le texte du projet<sup>(3)</sup>.

#### Article 138bis-2 en projet

1. Dans l'intitulé de la section II qui précède l'article 138bis-2 en projet, on écrira «Des contrats individuels d'assurance maladie» au lieu de «Des contrats d'assurance maladie autres que collectifs».

<sup>2</sup> Dans un texte normatif, l'utilisation de tirets doit être évitée dès lors qu'elle peut donner lieu à des imprécisions lors de références qui y seront faites ultérieurement.

<sup>3</sup> La notion de «famille» figure également, sans autre précision, dans l'article 138bis-2, alinéa 2, en projet et il peut être admis qu'elle y a la même portée.

«Ontwerp van wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst».

#### Artikel 2

Men passe de redactie van de inleidende zin van artikel 2 van het ontwerp aan als volgt:

«In titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een hoofdstuk IV ingevoegd, luidende:».

#### Ontworpen artikel 138bis-1

1. De indeling van het ontworpen artikel 138bis-1, § 1, moet worden aangepast in die zin dat de onderverdelingen «a)», «b)», «c)» en «d)» dienen te worden vervangen door respectievelijk «1<sup>o</sup>», «2<sup>o</sup>», «3<sup>o</sup>» en «4<sup>o</sup>», en dat in de plaats van de streepjes «a)», «b)», «c)»<sup>(2)</sup>, enzovoort, moet worden geschreven.

In dat geval moeten, waar nodig, de in het ontwerp voorkomende interne verwijzingen worden aangepast (zo bijvoorbeeld in het ontworpen artikel 138bis-3, § 2).

2. Het ontworpen artikel 138bis-1, omschrijft het begrip «ziekverzekeringsovereenkomst». De stellers van het ontwerp zullen oordelen of het, ter wille van de duidelijkheid, geen aanbeveling verdient te expliciteren dat het hier niet de verplichte ziekteverzekering betreft, maar uitsluitend de private ziekteverzekering.

3. In het ontworpen artikel 138bis-1, § 1, tweede lid, vijfde streepje (lees: artikel 138bis-1, § 1, tweede lid, e)), wordt het opschrift van het erin vermelde koninklijk besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale pensioenovereenkomsten, niet correct weergegeven in de Nederlandse, noch in de Franse tekst. Dit dient te worden verholpen.

4. In het ontworpen artikel 138bis-1, § 2, tweede lid, wordt melding gemaakt van het begrip «gezin». Vraag is of dat begrip voldoende afgebakend is om zonder nadere omschrijving in de tekst van het ontwerp te worden behouden<sup>(3)</sup>.

#### Ontworpen artikel 138bis-2

1. Men schrijve in het opschrift van afdeling II, dat aan het ontworpen artikel 138bis-2 voorafgaat, «Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten» in plaats van «Andere dan collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten».

<sup>2</sup> In een normatieve tekst moet het gebruik van streepjes worden vermeden aangezien dit bij latere verwijzingen ernaar aanleiding kan geven tot onduidelijkheid.

<sup>3</sup> Het begrip «gezin» komt ook, zonder nadere omschrijving, voor in het ontworpen artikel 138bis-2, tweede lid, in welk verband kan worden aangenomen dat het eenzelfde betekenis heeft.



2. On rédigera l'article 138*bis*-2, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, comme suit:

«Les dispositions de la présente section <sup>(4)</sup> sont applicables aux contrats individuels d'assurance maladie».

#### Article 138*bis*-3 en projet

1. Dans l'article 138*bis*-3, § 1<sup>er</sup>, en projet, la référence aux «assurances (lire: aux contrats d'assurance) visées à l'article 138*bis*-1<sup>m</sup> n'est pas adéquate parce que cette dernière disposition énumère également des «assurances» qui ne relèvent pas de la définition d'un «contrat d'assurance maladie» au sens du projet. Si telle est l'intention des auteurs du projet, mieux vaut écrire, à la fin de l'article 138*bis*-3, § 1<sup>er</sup>, en projet «... aux contrats d'assurance visés dans la présente section».

2. Dans le texte néerlandais de l'article 138*bis*-3, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, on écrira chaque fois, comme dans le texte français, «ziekte-verzekeringsovereenkomsten» au lieu de «ziekteverzekeringen».

#### Article 138*bis*-4 en projet

1. À la fin du texte français de l'article 138*bis*-4, § 1<sup>er</sup>, en projet, on écrira «... après que le contrat d'assurance maladie a été conclu».

2. Selon l'article 138*bis*-4, § 3, alinéa 2, en projet, l'influence visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> doit être «reconnue comme significative par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances» <sup>(5)</sup>. Manifestement, la commission doit prendre ici une décision spécifique et explicite. La question se pose de savoir si certaines règles de procédure minimales ne doivent pas être prévues à cet égard ou si le Roi ne doit pas être chargé de fixer pareilles règles.

3. Contrairement à ce que prévoit l'article 138*bis*-4, § 3, en projet, le paragraphe 4 de ce même article ne dit pas quel organe - tel que la Commission bancaire, financière et des assurances - doit apprécier quand il peut être admis que les modifications concernées ont «une influence significative» sur le risque, le coût ou l'étendue de la couverture accordée. La question se pose de savoir si le projet ne doit pas être complété sur ce point.

<sup>4</sup> La disposition en projet renvoie erronément au «présent titre».

<sup>5</sup> Le texte du projet recourt à la dénomination de la Commission bancaire, financière et des assurances parfois en toutes lettres, parfois sous la forme abrégée. L'uniformité s'impose également sur ce point.

2. Men redigere het ontworpen artikel 138*bis*-2, eerste lid, als volgt:

«De bepalingen van deze afdeling <sup>(4)</sup> zijn van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten».

#### Ontworpen artikel 138*bis*-3

1. In het ontworpen artikel 138*bis*-3, § 1, is de verwijzing naar «de verzekeringen (lees: de verzekeringsovereenkomsten) bedoeld bij artikel 138*bis*-1» niet adequaat omdat in de laatstgenoemde bepaling ook «verzekeringen» worden opgesomd die niet onder de omschrijving van een «ziekteverzekeringsovereenkomst» in de zin van het ontwerp vallen. Beter is het om, indien dat overeenstemt met de bedoeling van de stellers van het ontwerp, op het einde van het ontworpen artikel 138*bis*-3, § 1, te schrijven « ... op de verzekeringsovereenkomsten bedoeld in deze afdeling».

2. In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 138*bis*-3, § 2, eerste lid, schrijve men telkens, zoals in de Franse tekst, «ziekteverzekeringsovereenkomsten» in plaats van «ziekteverzekeringen».

#### Ontworpen artikel 138*bis*-4

1. Aan het einde van de Franse tekst van het ontworpen artikel 138*bis*-4, § 1, schrijve men «... après que le contrat d'assurance maladie a été conclu».

2. Luidens het ontworpen artikel 138*bis*-4, § 3, tweede lid, dient de in het eerste lid bedoelde invloed «als betekenisvol erkend te worden door de Commissie voor het Bank-, Financien Assurantiewezen» <sup>(5)</sup>. Blijkbaar dient de Commissie hier een specifieke, uitdrukkelijke beslissing te nemen. Vraag is of in dat verband niet in een aantal minimale procedurele regels moet worden voorzien of de Koning niet met het vaststellen van dergelijke regels moet worden belast.

3. In tegenstelling tot wat het geval is in het ontworpen artikel 138*bis*-4, § 3, wordt in paragraaf 4 van datzelfde artikel niet bepaald door welk orgaan - zoals bijvoorbeeld de Commissie voor het Bank-, Financien- en Assurantiewezen - dient te worden beoordeeld wanneer kan worden aangenomen dat de betrokken wijzigingen «een betekenisvolle invloed» hebben op het risico, de kosten of de omvang van de verleende dekking. Vraag is of het ontwerp op dat punt niet dient te worden aangevuld.

<sup>4</sup> In de ontworpen bepaling wordt verkeerdelijk gerefereerd aan «deze titel».

<sup>5</sup> In de tekst van het ontwerp wordt de benaming van de Commissie voor het Bank-, Financien- en Assurantiewezen nu eens voluit, dan eens afgekort weergegeven. Eenvormigheid dringt zich ook op dat punt op.

## Article 138bis-6 en projet

1. Dans l'intitulé de la section III, qui précède l'article 138bis-6 en projet, on remplacera, dans le texte néerlandais, le mot «ziekteverzekering» par «ziekteverzekerings-overeenkomst».

2. Dans l'article 138bis-6, § 2, alinéa 3, en projet, la référence à «l'article 138bis-3, § 3, alinéa 2» est sans objet, compte tenu de ce que la disposition à laquelle il est renvoyé ne comprend qu'un seul alinéa.

En outre, il convient d'écrire à la fin du texte néerlandais du même alinéa «..., noch ingeroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is».

3. La référence que l'article 138bis-6, § 2, alinéa 3, en projet, fait aux articles 138bis-3 et 138bis-4, en projet, soulève la question de savoir s'il ne convient pas non plus de prévoir une hypothèse telle que celle que prévoit l'article 138bis-5 en projet.

4. En ce qui concerne la règle énoncée dans l'article 138bis-6, § 3, alinéa 2, en projet, il peut suffire de renvoyer aux observations formulées aux 2 et 3.

## Article 138bis-7 en projet

1. Selon le délégué du gouvernement, l'intention n'est pas d'obliger toutes les entreprises d'assurance à proposer la possibilité de payer une prime complémentaire. Compte tenu de ce qui précède, la rédaction suivante est suggérée pour l'article 138bis-7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet:

«Si l'assureur prévoit pour l'assuré la possibilité de payer à titre individuel une prime complémentaire, il en informe le preneur d'assurance. Ce dernier transmet cette information sans délai à l'assuré principal».

2. Dans l'article 138bis-7, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, il convient d'exprimer plus clairement sur le plan rédactionnel qu'il s'agit de la prime pour le contrat collectif d'assurance maladie reconduit à titre individuel. Les segments de phrase «prime voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst», dans le texte néerlandais, et «prime du contrat d'assurance maladie individuel», dans le texte français, ne sont pas suffisamment précis sur ce point.

La même observation s'applique à l'égard de la rédaction de l'alinéa 2 du même paragraphe.

## Article 138bis-8 en projet

1. Il serait plus précis et plus clair de commencer l'article 138bis-8, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, comme suit: «Le contrat d'assurance maladie qui reconduit sur une base individuelle le contrat collectif d'assurance maladie offre ...».

## Ontworpen artikel 138bis-6

1. In het opschrift van afdeling III, dat voorafgaat aan het ontworpen artikel 138bis-6, vervange men in de Nederlandse tekst het woord «ziekteverzekering» door het woord «ziekteverzekeringsovereenkomst».

2. In het ontworpen artikel 138bis-6, § 2, derde lid, is de verwijzing naar «artikel 138bis-3, § 3, lid 2» zonder voorwerp, ermee rekening houdende dat de bepaling waarnaar wordt verwezen maar uit één lid bestaat.

Voorts moet aan het einde van de Nederlandse tekst van hetzelfde lid worden geschreven «..., noch invoeren dat het risico reeds verwezenlijkt is».

3. De verwijzing, in het ontworpen artikel 138bis-6, § 2, derde lid, naar de ontworpen artikelen 138bis-3 en 138bis-4, doet de vraag rijzen of ook niet moet worden voorzien in een hypothese als die bedoeld in het ontworpen artikel 138bis-5.

4. Wat het bepaalde in het ontworpen artikel 138bis-6, § 3, tweede lid, betreft, kan worden volstaan met een verwijzing naar de opmerkingen onder 2 en 3.

## Ontworpen artikel 138bis-7

1. Naar het zeggen van de gemachtigde van de regering is het niet de bedoeling dat alle verzekeringsondernemingen verplicht de mogelijkheid tot bijkomende premiebetaling aanbieden. Rekening houdende hiermee wordt voor het ontworpen artikel 138bis-7, § 1, eerste lid, de volgende redactie ter overweging gegeven:

«Indien de verzekeraar de mogelijkheid biedt voor de verzekerde om ten individuele titel een bijkomende premie te betalen, licht hij de verzekeringnemer hierover in. Deze laatste bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde».

2. In het ontworpen artikel 138bis-7, § 2, eerste lid, dient redactioneel duidelijker tot uiting te worden gebracht dat het gaat om de premie voor de individueel voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst. De zinsneden «premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst», in de Nederlandse tekst, en «prime du contrat d'assurance maladie individuel», in de Franse tekst, zijn op dat punt onvoldoende precies.

Dezelfde opmerking geldt ten aanzien van de redactie van het tweede lid van dezelfde paragraaf.

## Ontworpen artikel 138bis-8

1. Het ware preciezer en duidelijker indien het ontworpen artikel 138bis-8, § 1, eerste lid, zou aanvangen als volgt: «De ziekteverzekeringsovereenkomst waarbij op individuele basis de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt voortgezet, biedt ...».

Une rédaction analogue est recommandée pour l'article 138*bis*-9 en projet.

2. Pour le motif déjà mentionné dans le présent avis, on remplacera dans l'article 138*bis*-8, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, en projet, les tirets par «1<sup>o</sup>», «2<sup>o</sup>» et «3<sup>o</sup>».

La même observation s'applique à l'égard de l'article 138*bis*-9 en projet.

3. Il conviendrait d'assurer une meilleure concordance entre les textes néerlandais et français de l'article 138*bis*-8, § 2, en projet: le segment de phrase «individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst», dans le texte néerlandais, ne correspond en effet pas au segment de phrase «poursuite du contrat d'assurance maladie individuelle poursuivant le contrat d'assurance maladie collective» dans le texte français. Une plus grande uniformité ainsi qu'une précision accrue dans la rédaction sont également recommandées sur ce point.

#### Article 138*bis*-9 en projet

La question se pose de savoir si, après le premier tiret (lire: après le «1<sup>o</sup>»), qui fait référence à «l'âge de l'assuré, atteint à partir du moment de la poursuite», il ne vaut pas mieux faire également état de l'hypothèse visée dans l'article 138*bis*-7, § 1<sup>er</sup>, en projet.

#### Article 3

1. Dès lors que l'article 3 du projet est une disposition autonome et non une disposition modificative de la loi du 25 juin 1992, il convient d'écrire à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, «visées à l'article 138*bis*-2, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui ...» et, dans la suite du même alinéa, «aux exigences de l'article 138*bis*-3, de la loi susvisée du 25 juin 1992, l'entreprise ...».

2. Par souci d'uniformité rédactionnelle, on remplacera, si nécessaire, à l'article 3 du projet les mots «assurance maladie» chaque fois par «contrat d'assurance maladie».

3. L'article 3, alinéa 2, du projet prévoit que «s'agissant des assurances maladie collectives existantes, une période transitoire de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la présente loi est applicable». Il semble devoir en être inféré que les dispositions en projet concernant la reconduction d'un contrat collectif d'assurance maladie sur une base individuelle ne seront applicables que deux ans après leur entrée en vigueur, y compris, par exemple, la règle énoncée à l'article 138*bis*-7 en projet sur le plan de l'information relative à la possibilité de payer une prime complémentaire. Cette intention mérite d'être exprimée dans une disposition transitoire rédigée avec plus de précision qu'elle ne l'est présentement à l'article 3, alinéa 2, du projet.

Een gelijkaardige redactie is geboden in het ontworpen artikel 138*bis*-9.

2. Om de reeds in dit advies vermelde reden vervangen in het ontworpen artikel 138*bis*-8, § 1, tweede lid, de streepjes door «1<sup>o</sup>», «2<sup>o</sup>» en «3<sup>o</sup>».

Dezelfde opmerking geldt ten aanzien van het ontworpen artikel 138*bis*-9.

3. De Nederlandse en de Franse tekst van het ontworpen artikel 138*bis*-8, § 2, moeten beter op elkaar worden afgestemd: de zinsnede «individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst», in de Nederlandse tekst, stemt immers niet overeen met de zinsnede «poursuite du contrat d'assurance maladie individuelle poursuivant le contrat d'assurance maladie collective», in de Franse tekst. Ook op dit punt is een grotere concordantie en nauwkeurigheid in de redactie geboden.

#### Ontworpen artikel 138*bis*-9

Vraag is of, na het eerste streepje (lees: na «1<sup>o</sup>»), waarin wordt gerefereerd aan «de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de voortzetting», niet best ook melding wordt gemaakt van de hypothese die wordt beoogd in het ontworpen artikel 138*bis*-7, § 1.

#### Artikel 3

1. Aangezien artikel 3 van het ontwerp een autonome bepaling en geen wijzigingsbepaling van de wet van 25 juni 1992 uitmaakt, moet in artikel 3, eerste lid, worden geschreven «... bedoeld in artikel 138*bis*-2, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die ...», en verder in hetzelfde lid «... aan de vereisten van artikel 138*bis*-3, van de voornoemde wet van 25 juni 1992, biedt ...».

2. Ter wille van de redactionele eenvormigheid vervangen in artikel 3 van het ontwerp, waar nodig, het woord «ziekteverzekering» telkens door het woord «ziekteverzekeringsovereenkomst».

3. Luidens artikel 3, tweede lid, van het ontwerp, geldt «voor de bestaande collectieve ziekteverzekeringen ... een overgangperiode van 2 jaar na de inwerkingtreding van deze wet». Hieruit lijkt te moeten worden afgeleid dat de ontworpen regeling inzake de voortzetting op individuele basis van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst pas twee jaar na de inwerkingtreding ervan toepassing zal vinden, inclusief bijvoorbeeld de regeling die in het ontworpen artikel 138*bis*-7 is vervat op het vlak van de informatie omtrent de mogelijkheid tot het betalen van een bijkomende premie. Die bedoeling verdient te worden tot uitdrukking gebracht in een meer nauwkeurig geredigeerde overgangsbepaling dan nu in artikel 3, tweede lid, van het ontwerp, het geval is.

## 4. L'article 3, alinéa 3, du projet est rédigé comme suit:

«Les assurances maladie qui, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, étaient considérées par la Commission bancaire, financière et des Assurances comme des assurances collectives, sont toujours considérées comme telles, dans le cadre de l'application de la présente loi».

L'exigence de sécurité juridique commande de déterminer de façon suffisamment claire quelles assurances maladie sont tenues pour collectives par la Commission bancaire, financière et des assurances. Le texte du projet ne comprend assurément aucun élément indiquant qu'il a été satisfait à l'exigence susvisée.

La chambre était composée de

Messieurs

M. VAN DAMME,	président de chambre,
J. BAERT, W. VAN VAERENBERGH,	conseillers d'État,
M. RIGAUX, M. TISON,	assesseurs de la section de législation,

Madame

A. BECKERS,	greffier.
-------------	-----------

Le rapport a été présenté par M. P. DEPUYDT, premier auditeur chef de section ff.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. M. VAN DAMME.

<i>LE GREFFIER,</i>	<i>LE PRÉSIDENT,</i>
A. BECKERS	M. VAN DAMME

## 4. Artikel 3, derde lid, van het ontwerp luidt:

«De ziekteverzekeringen, die door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen vóór de inwerkingtreding van de wet werden beschouwd als een collectieve verzekering, blijven voor de toepassing van deze wet beschouwd als collectieve verzekeringen».

Het vereiste van de rechtszekerheid noopt ertoe dat voldoende duidelijk vaststaat welke ziekteverzekeringen door de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen als collectief worden beschouwd. De tekst van het ontwerp bevat alvast geen indicaties die erop wijzen dat aan het voornoemde vereiste is voldaan.

De kamer was samengesteld uit

de Heren

M. VAN DAMME,	kamervoorzitter,
J. BAERT, W. VAN VAERENBERGH,	staatsraden,
M. RIGAUX, M. TISON,	assessoren van de afdeling wetgeving,

Mevrouw

A. BECKERS,	griffier.
-------------	-----------

Het verslag werd uitgebracht door de H. P. DEPUYDT, eerste auditeurwnd. afdelingshoofd.

DE GRIFFIER,	DE VOORZITTER,
A. BECKERS	M. VAN DAMME

**PROJET DE LOI**

ALBERT II, ROI DES BELGES,

*A tous, présents et à venir,*

SALUT.

Sur la proposition de Notre ministre de l'Economie et de Notre ministre de la Justice,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS:

Notre ministre de l'Economie et Notre ministre de la Justice sont chargés, de présenter en Notre nom, aux Chambres législatives et de déposer à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

Article 1<sup>er</sup>

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

Art. 2

Il est inséré dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, un chapitre IV au titre III rédigé comme suit:

«CHAPITRE IV

**Des contrats d'assurance maladie**

Section I<sup>ere</sup>

*Dispositions préliminaires*

Définitions

Art. 138bis-1

§ 1<sup>er</sup>. Par contrat d'assurance maladie, il faut entendre:

1° l'assurance soins de santé qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé;

**WETSONTWERP**

ALBERT II, KONING DER BELGEN,

*Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,*

ONZE GROET.

Op de voordracht van Onze minister van Economie en van Onze minister van Justitie,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

Onze minister van Economie en Onze minister van Justitie zijn gelast het ontwerp van wet, waarvan de tekst hierna volgt, in Onze naam aan de Wetgevende Kamers voor te leggen en bij de Kamer van volksvertegenwoordigers in te dienen:

Artikel 1

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

Art. 2

In titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een hoofdstuk IV ingevoegd luidende:

«HOOFDSTUK IV

**Ziekteverzekeringsovereenkomsten**

Afdeling I

*Inleidende bepalingen*

Begripsomschrijvingen

Art. 138bis-1

§ 1. Onder ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan:

1° de ziektekostenverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling noodzakelijk voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid;

2° l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne;

3° l'assurance invalidité qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, garantit une prestation;

4° l'assurance soins non obligatoire qui, en cas de perte totale ou partielle d'autonomie, prévoit des prestations.

Sont exclues de la définition du contrat d'assurance maladie:

a) les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées au premier alinéa;

b) l'assurance accidents de travail loi et les assurances accidents complémentaires qui y sont liées;

c) les assurances accident;

d) les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;

e) les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension.

§ 2. On entend par contrat d'assurance maladie collective, l'assurance soins de santé et/ou l'assurance incapacité de travail et/ou l'assurance invalidité et/ou l'assurance soins collective conclue par un ou plusieurs preneur(s) d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées 'assuré principal' dans ce chapitre.

Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance collective soins de santé et/ou incapacité de travail et/ou invalidité et/ou soins au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées 'coassuré' dans ce chapitre.

2° de arbeidsongeschiktheidsverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of verlies van beroepsinkomen ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt;

3° de invaliditeitsverzekering die een prestatie waarborgt in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval;

4° de niet verplichte zorgverzekering die, in geval van geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid, prestaties voorziet.

Vallen buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst:

a) de tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen, die de prestaties waarborgen bedoeld in het eerste lid;

b) de wettelijke arbeidsongevallenverzekering en de daarmee verbonden aanvullende ongevalverzekeringen;

c) de ongevalverzekeringen;

d) de solidariteitsprestaties bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels;

e) de solidariteitsprestaties bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale pensioenovereenkomsten.

§ 2. Onder collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt begrepen de collectieve ziektekostenverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of invaliditeitsverzekering en/of zorgverzekering gesloten door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen, die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden in dit hoofdstuk de 'hoofdverzekerde' genoemd.

De verzekeringnemer kan ook een collectieve ziektekosten- en/of arbeidsongeschiktheids- en/of invaliditeits- en/of zorgverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde sluiten. Deze personen worden in dit hoofdstuk de 'medeverzekerde' genoemd.

## Section II

Des contrats d'assurance maladie autres que collectifs

## Art. 138bis-2

## Champ d'application

Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie individuels.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie.

## Art. 138bis-3

## Durée du contrat d'assurance

§ 1<sup>er</sup>. Les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 du § 1<sup>er</sup> de l'article 30 ne sont pas d'application aux contrats d'assurance visés à la présente section.

§ 2. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier son contrat chaque année à la date de l'échéance annuelle de la prime. La résiliation s'effectue dans les formes visées à l'article 29 et conformément au délai prévu à l'article 30.

§ 3. Sans préjudice de l'application de l'article 30, §3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance.

§ 4. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

## Afdeling II

Andere dan collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten

## Art. 138bis-2

## Toepassingsgebied

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten.

## Art. 138bis-3

## Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 1. Artikel 30, § 1, eerste en tweede lid zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten bedoeld in deze afdeling.

§ 2. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de ziekteverzekeringsovereenkomsten bedoeld in artikel 138bis-1, § 1, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> levenslang aangegaan. De ziekteverzekeringsovereenkomsten bedoeld in artikel 138bis-1, § 1, 2<sup>o</sup> gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De verzekeringnemer kan evenwel elk jaar zijn overeenkomst opzeggen op de jaarlijkse vervalddag van de premie. De opzegging dient te gebeuren volgens de in artikel 29 voorgeschreven vormen en overeenkomstig de termijn voorgeschreven in artikel 30.

§ 3. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer.

§ 4. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is.

## Art. 138bis-4

## Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1<sup>er</sup>. Sauf accord réciproque des parties et dans les cas visés aux § 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptés à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation et, dans la mesure où la CBFA y consent en fonction de l'augmentation des coûts, sur la base de paramètres objectifs lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution des paramètres objectifs. Le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance, le montant de la prime et/ou les conditions d'assurance peuvent être adaptés en cas de modification du coût réel des prestations garanties et/ou en cas de modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'influence doit être reconnue comme significative par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la Commission.

§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés aux modifications intervenant dans la profession ou le revenu de l'assuré, ou encore lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

§ 5. Les adaptations visées aux §§ 3 et 4 ne prennent cours qu'à dater de la prochaine échéance annuelle de la prime et le preneur d'assurance doit en être avisé au moins un mois avant la date de l'échéance annuelle de la prime.

## Art. 138bis-4

## Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen alsmede in de in § 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar, nadat een ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden ervan niet meer wijzigen.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie kunnen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen en, in de mate dat de CBFA het toestaat in functie van de gestegen kosten, op grond van objectieve parameters wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen en de evolutie van de objectieve parameters. De objectieve parameters worden door de Koning vastgelegd bij een in Ministerraad overlegd besluit.

§ 3. Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt, kunnen, bij een wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of in geval van een wettelijke of reglementaire wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de verleende dekking, de premie en/of de dekkingsvoorwaarden hieraan aangepast worden.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de Commissie te bekomen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden kunnen worden aangepast aan wijzigingen in het beroep en/of het inkomen van de verzekerde, alsook wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

§ 5. De aanpassingen bedoeld in §§ 3 en 4 vinden slechts toepassing vanaf de eerstvolgende jaarlijkse premievervaldag en de verzekeringnemer dient hiervan te worden verwittigd ten minste één maand vóór de jaarlijkse vervaldag van de premie.



## Art. 138bis-5

## Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ne s'était pas encore manifestée d'une manière ou de l'autre au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

## Art. 138 bis-5bis

## Malades chroniques et personnes handicapées

Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cette loi, le candidat-prenneur d'assurance, qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance, sans préjudice à l'application de l'article 138bis-5, peuvent être exclus de la couverture.

Un document, qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est défini par le Roi.

Sans porter préjudice à la compétence des cours et tribunaux, les litiges portant sur les coûts exclus de la couverture ou faisant l'objet d'une couverture limitée, sont soumis à un organe de conciliation constitué par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats-prenneur d'assurance, qui sont malades chroniques ou handicapés, fera l'objet au plus tard le 1<sup>er</sup>

## Art. 138bis-5

## Onbetwistbaarheid

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening, waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

De verzekeraar kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst niet op één of andere wijze gemanifesteerd had.

## Art. 138 bis-5bis

## Chronisch zieken en personen met een handicap

Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van deze wet, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer, die chronisch ziek of gehandicapt is, recht op een ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten, die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, zonder afbreuk te doen aan artikel 138bis-5, van de dekking mogen uitgesloten worden.

Aan de verzekeringsovereenkomst wordt een document gehecht, dat nauwkeurig de beoogde ziekte of handicap alsmede de kosten bepaalt die het voorwerp uitmaken van de uitsluiting of van een beperkte dekking. De Koning bepaalt het model van het document.

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken, worden de geschillen met betrekking tot de kosten, waarvoor een beperkte dekking geldt of die van de dekking uitgesloten zijn, eerst voorgelegd aan een bemiddelingsorgaan op te richten door de Koning bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad.

De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-verzekeringnemers zal uiterlijk op 1 oktober 2008

octobre 2008 d'une évaluation, à laquelle participeront la Commission bancaire, financière et des assurances, l'association professionnelle des entreprises d'assurance (Assuralia) et les mutuelles. Le Roi déterminera, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, si cette obligation est maintenue au delà du 31 décembre 2008.

### Section III

#### *Continuation d'un contrat collectif d'assurance maladie à titre individuel*

##### Art. 138 bis-6

#### Conditions d'octroi

§ 1<sup>er</sup>. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie collectif pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la présente loi et de manière générale en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre partiellement ou intégralement cette assurance sur base individuelle lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie collective poursuivie, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits par le preneur d'assurance.

§ 2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de la perte et de la possibilité de poursuite individuelle. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de la compagnie d'assurance concernée.

het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, de beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en de mutualiteiten zullen deelnemen. De Koning zal, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, bepalen of de verplichting na 31 december 2008 behouden blijft.

### Afdeling III

#### *Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst*

##### Art. 138 bis-6

#### Toekenningsvoorwaarden

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de redenen bedoeld in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 van deze wet en in het algemeen in geval van bedrog, heeft elkeen die bij een collectieve verzekering is aangesloten, het recht om deze verzekering op individuele basis geheel of ten dele voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan en een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren, die aan het verlies van de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken bij één of meerdere opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten aangegaan door de verzekeringnemer aangesloten geweest zijn.

§ 2. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van het verlies en van de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de 30 jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre partiellement ou intégralement à titre individuel le contrat d'assurance maladie collective. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de la lettre dans laquelle le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collective perdu. Ce délai s'éteint en tout cas après 90 jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

L'assureur dispose d'un délai de 15 jours pour soumettre à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré par écrit ou par voie électronique une proposition d'assurance conforme aux articles 138*bis*-3 et 138*bis*-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de 15 jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa précédent. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 3. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de 90 jours, à partir du moment où le coassuré perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour faire une offre électronique ou par écrit conforme aux articles 138*bis*-3 et 138*bis*-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde, beschikt over een termijn van 30 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn intentie om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of ten dele individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer, of in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ter kennis brengt dat hij over de individuele voortzetting van de verloren gegane collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst kan beslissen. Deze termijn verstrijkt in elk geval door verloop van 90 dagen te rekenen vanaf de dag van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

De verzekeraar beschikt over een termijn van 15 dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4. De verzekeraar kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De hoofdverzekerde, en in voorkomend geval de medeverzekerde, beschikt over een termijn van 15 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het in het voorgaand lid genoemd aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van 90 dagen te rekenen vanaf het tijdstip dat de medeverzekerde vernoemd voordeel verliest, om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch ter kennis te brengen van zijn intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

De verzekeraar beschikt over een termijn van 15 dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4. De verzekeraar kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Le coassuré dispose d'un délai de 15 jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le délai commence à courir à partir du jour de réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa précédent. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

#### Art. 138bis-7

##### Information à charge de l'assureur

§ 1<sup>er</sup>. L'assureur informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer à titre individuel une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, font qu'en cas de poursuite individuelle, la prime visée à l'article 138bis-9 est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

§ 2. La prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138bis-9, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du co-assuré au moment de son affiliation à l'assurance collective, si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1<sup>er</sup> de cet article. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1<sup>er</sup>.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1<sup>er</sup> à l'assuré principal, le preneur est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur base de l'âge calculée au moment de l'affiliation de l'assuré principal à l'assurance collective. La prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement sollicitée de l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 138bis-9, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information prévue au § 1<sup>er</sup>.

De medeverzekerde beschikt over een termijn van 15 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het in het voorgaand lid genoemd aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

#### Art. 138bis-7

##### Informatie ten laste van de verzekeraar

§ 1. De verzekeraar licht de verzekeringnemer in over de mogelijkheid voor de verzekerde om ten individuele titel een bijkomende premie te betalen. De verzekeringnemer maakt die informatie onmiddellijk over aan de hoofdverzekerde.

Deze bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, hebben tot gevolg dat de premie bedoeld in artikel 138bis-9, in geval van individuele voortzetting, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

§ 2. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt, in afwijking van artikel 138bis-9, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering, indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 van dit artikel opgelegde informatieplicht na te komen. De bewijslast inzake de nakoming van de informatieplicht neergelegd in § 1 berust bij de verzekeraar.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie over te maken aan de hoofdverzekerde, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie berekend op grond van de leeftijd bereikt op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie berekend op grond van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van de aansluiting bij de collectieve verzekering. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst aangerekend aan de hoofdverzekerde wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138bis-9, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake het overmaken van de informatie bedoeld in § 1 komt de verzekeringnemer toe.

## Art.138bis-8

## Garanties

§ 1<sup>er</sup>. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre des garanties similaires au contrat d'assurance maladie collective poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé collective sont repris:

1° le choix de la chambre: le remboursement intégral ou partiel ou non des frais encourus dans une chambre individuelle, double ou commune;

2° la formule de remboursement: le remboursement (partiel) des frais réels ou le remboursement des frais sur la base du niveau de remboursement par l'INAMI de l'assurance soins de santé légale ou la possibilité d'une intervention forfaitaire;

3° la pré- et posthospitalisation: la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance incapacité de travail collective, le versement d'un même pourcentage de la perte de revenus subie ou un même montant fixe, toutefois limité le cas échéant à la perte de revenus subie. L'assurance incapacité de travail individuelle, qui poursuit l'assurance incapacité de travail collective, vaut jusqu'à l'âge légal de la pension ou un âge antérieur, s'il s'agit de l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux de l'assurance invalidité collective.

Les garanties de l'assurance dépendance individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance soins collective, le versement d'un

## Art.138bis-8

## Waarborgen

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt gelijkaardige waarborgen als de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien de volgende elementen van de collectieve ziektekostenverzekering worden overgenomen:

1° de kamerkeuze: het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten gemaakt in één-, twee of meer personen kamers;

2° de terugbetalingsformule: het (ten dele) terugbetalen van de werkelijk gemaakte kosten, of het vergoeden van de kosten op basis van het RIZIV-terugbetalingsniveau van de wettelijke ziektekostenverzekering, of, het voorzien in een forfaitaire tussenkomst;

3° de pre- en posthospitalisatie: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voorvallen in een bepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie;

De waarborgen van de individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze net als de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering voorzien in de uitkering van eenzelfde percentage van het geleden inkomstenverlies, dan wel in eenzelfde vast bedrag dat in voorkomend geval beperkt wordt tot het effectief geleden inkomensverlies. De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering, die de collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering voortzet, geldt tot de pensioengerechtigde leeftijd of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding berekend op grond van dezelfde parameters als in de collectieve invaliditeitsverzekering.

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijkaardig beschouwd indien deze net als de collectieve zorgverzekering voorzien in de uitkering

même montant fixe ou d'une indemnisation identique des frais dus à la perte totale ou partielle d'autonomie.

§ 2. Sans préjudice de l'article 138*bis*-3, § 2, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collectif a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et une prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie collective.

#### Art.138*bis*-9

##### Prime

Lors du calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, on tient uniquement compte:

1° de l'âge de l'assuré atteint au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 138*bis*-7, § 1<sup>er</sup>;

2° des éléments d'évaluation du risque, tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie collective poursuivi;

3° du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti;

4° s'agissant de l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, de la profession de l'assuré;

5° s'agissant de l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

#### Art. 3

S'agissant des contrats d'assurance maladie existants visés à l'article 138*bis*-2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi ne satisfont pas aux exigences de l'article 138*bis*-3 de la loi précitée sur le contrat d'assurance terrestre, l'entreprise d'assurance propose au preneur d'assurance un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi. Le preneur d'assurance décide dans les 30 jours suivant la réception de la proposition d'y souscrire ou

van eenzelfde vast bedrag, dan wel in een identieke vergoeding van de kosten die het gevolg zijn van het geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

§ 2. Onverminderd artikel 138*bis*-3, § 2, gebeurt de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachttermijn. De waarborg kan niet worden beperkt omwille van de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, noch kan een bijpremie om die reden worden opgelegd.

#### Art.138*bis*-9

##### Premie

Bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt alleen rekening gehouden met:

1° de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd de toepassing van artikel 138*bis*-7, § 1;

2° de risicobeoordelingselementen, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst;

3° de regeling en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen;

4° wat betreft de ziektekostenverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering, het beroep van de verzekerde;

5° wat betreft de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het beroep en het beroepsinkomen van de verzekerde;

#### Art. 3

Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten bedoeld in artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het moment van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan, ten laatste 2 jaar na de inwerkingtreding van deze wet. De verzekeringnemer beslist binnen 30 dagen na de ont-

de maintenir la durée de son assurance maladie actuelle.

S'agissant de contrats d'assurance maladie collectifs existants, une période transitoire de deux ans suivant l'entrée en vigueur de la présente loi est applicable.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 15 septembre 2006.

**ALBERT**

PAR LE ROI :

*La vice-première ministre et ministre  
de la Justice,*

Laurette ONKELINX

*La ministre de l'Economie,*

Marc VERWILGHEN

vangst van het aanbod om op dit aanbod in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn bestaande ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

Voor de bestaande collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 15 september 2006.

**ALBERT**

VAN KONINGSWEGE :

*De vice-eerste minister en minister van Justitie,*

Laurette ONKELINX

*De minister van Economie,*

Marc VERWILGHEN