

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

8 mars 2007

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**

AMENDEMENTS

N° 1 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-5bis, proposé, entre les mots «qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap» et les mots «, a droit à une assurance soins de santé», insérer les mots «et qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans».

JUSTIFICATION

Il n'a jamais été question d'étendre aux personnes âgées de plus de 65 ans l'obligation d'acceptation actuellement imposée par l'article 138bis-5bis aux compagnies d'assurance pendant une période de deux ans à l'égard des candidats preneurs d'assurance qui souffrent actuellement d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Le projet de loi vise à résoudre le problème de l'assurabilité des malades chroniques et des handicapés. Le projet de loi n'a jamais eu pour objet d'imposer une obligation d'acceptation pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Les personnes qui n'ont jamais conclu de contrat d'assurance maladie

Document précédent :

Doc 51 **2689/ (2005/2006)** :
001 : Projet de loi.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

8 maart 2007

WETSONTWERP

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

AMENDEMENTEN

Nr. 1 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-5bis, eerste lid, tussen de woorden «die chronisch ziek of gehandicapt is» en de woorden «recht op een ziektekostenverzekering» de woorden «en de leeftijd van 65 jaar niet heeft bereikt,» invoegen.

VERANTWOORDING

Het is nooit de bedoeling geweest om de acceptatieplicht, die door artikel 138bis-5bis thans opgelegd wordt aan verzekeringsmaatschappijen gedurende een periode van twee jaar ten aanzien van kandidaat-verzekeringnemers, die thans chronisch ziek of gehandicapt zijn, uit te breiden tot 65-plussers.

Het wetsontwerp strekt ertoe de verzekerbaarheidsproblematiek van chronisch zieken en gehandicapten op te lossen. Het is nooit de bedoeling van het wetsontwerp geweest een acceptatieplicht op te leggen voor 65-plussers. Personen die tot ze 65 jaar werden nooit een

Voorgaand document :

Doc 51 **2689/ (2005/2006)** :
001 : Wetsontwerp.

jusqu'à l'âge de 65 ans et qui n'ont donc jamais versé la moindre prime ne peuvent pas s'attendre à ce que les entreprises d'assurance soient obligées de les accepter en tant qu'assuré au moment où elles présentent un profil de risque nettement plus élevé et généreront avec une quasi-certitude des surcoûts. En outre, le principe d'égalité et de non-discrimination (articles 10 et 11 de la Constitution coordonnée) risquerait d'être violé si l'accès à l'assurance maladie complémentaire était garanti aux personnes âgées souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap, alors qu'il n'en serait pas ainsi pour les autres personnes âgées en raison de leur âge.

La limite d'âge de 65 ans est du reste explicitement prévue dans l'avant-projet de loi portant modifications à la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, qui impose une obligation d'acceptation similaire aux mutualités.

L'ajout que le présent amendement tend à apporter répare cet oubli dans le projet de loi à l'examen.

N° 2 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 3

Compléter cet article par l'alinéa suivant:

«La présente loi entre en vigueur le jour de l'entrée en vigueur du projet de loi modifiant la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités en vue d'instaurer, pour les mutualités, un régime similaire à celui prévu aux sections I et II du chapitre IV inséré par la présente loi dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.»

JUSTIFICATION

Le gouvernement a toujours souhaité que les dispositions visant à protéger les malades chroniques et les handicapés s'appliquent indifféremment aux personnes couvertes par une police d'assurance et à celles qui ont pris une assurance complémentaire similaire auprès de leur mutualité. L'assuré et l'affilié doivent bénéficier de la même protection.

Il convient dès lors que les dispositions légales prévoyant cette protection pour les compagnies d'assurance entrent en vigueur en même temps que celles qui concernent les mutualités.

ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten hebben en dus nooit enige premie hebben betaald, kunnen niet verwachten dat verzekeringsmaatschappijen verplicht worden om hen als verzekerde te accepteren op een ogenblik dat zij een sterk verhoogd risicoprofiel vertonen en quasi zekere meerkosten genereren. Er dreigt bovendien een schending van het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel (art. 10 en 11 van de Grondwet) voorhanden te zijn indien oudere chronisch zieken of personen met een handicap wel de toegang tot de aanvullende ziekteverzekering wordt gegarandeerd, terwijl dit niet zou gelden voor de overige ouderen omwille van hun leeftijd.

In het voorontwerp van wet tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen dat een soortgelijke acceptatieplicht oplegt aan ziekenfondsen wordt de leeftijdsgrens van 65 jaar overigens uitdrukkelijk vermeld.

Deze vergetelheid in het huidig wetsontwerp wordt rechtgezet door de in dit amendement voorgestelde toevoeging.

Nr. 2 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 3

Dit artikel aanvullen met een derde lid, luidend als volgt:

«Deze wet treedt in werking op de dag van de inwerkingtreding van het wetsontwerp tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen met het oog op de invoering van een analoge regeling voor ziekenfondsen als deze voorzien in de afdelingen I en II van hoofdstuk IV dat onderhavige wet invoegt in de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst».

VERANTWOORDING

Het is steeds de wil van de regering geweest dat de regeling ter bescherming van personen, die chronisch ziek of gehandicapt zijn, toepasselijk is ongeacht of de betrokken persoon een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten dan wel ingeschreven heeft op een soortgelijke aanvullende dekking bij een ziekenfonds. De verzekerde of aangeslotene moet een soortgelijke bescherming genieten in beide gevallen.

De wettelijke regelingen, die de beschermingsregeling invoeren bij enerzijds de verzekeringsondernemingen en anderzijds de ziekenfondsen, moeten dan ook tegelijkertijd in werking treden.

N° 3 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

A l'article 138bis-3, § 2, supprimer le deuxième alinéa.

JUSTIFICATION

Il est fait référence à l'article 30 alors que le § 1^{er} dudit article 138bis-3 exclut les alinéas 1^{er} et 2 du § 1^{er} de ce même article 30. Il y a là contradiction.

Le preneur d'assurance bénéficie déjà de la possibilité de résilier le contrat chaque année, soit à la date d'anniversaire de la prise de cours de l'assurance, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime. Ce droit est prévu par l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 30, lequel n'est nullement exclu par le § 1^{er}. Ledit alinéa serait en contradiction avec l'alinéa 4 de l'article 30 qui pourtant s'applique spécifiquement au secteur de l'assureur maladie et qui permet la résiliation du contrat à deux échéances.

Outre les problèmes de coexistence de ces deux articles au sein de la même loi, tant le législateur de 92 que le projet de loi visent la protection du preneur. Il n'y a dès lors nullement lieu de réduire son pouvoir d'action.

N° 4 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Compléter l'article 138bis-3, § 3, proposé, par les mots «et s'il y va de son intérêt».

JUSTIFICATION

Contrairement à ce que les rédacteurs du projet de loi exposent (exposé des motifs, p. 6), prévoir la possibilité de souscrire une assurance temporaire ne s'avère pas toujours utile. Le preneur n'en retire aucun avantage.

L'objectif poursuivi par le projet de loi est de garantir la protection maximale du preneur. A cette fin, il y a lieu de prémunir le preneur contre le risque de voir certains assureurs faire pression sur les candidats preneurs afin qu'ils formulent pareille demande leur permettant ainsi de contourner le caractère viager de l'assurance maladie.

A cet égard, il y a lieu de renforcer la protection du preneur. Pareille demande de contrat limité doit être justifiée par l'intérêt de ce dernier.

Nr. 3 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-3, § 2, het tweede lid weglaten.

VERANTWOORDING

De tekst bevat een tegenstrijdigheid: hier wordt verwezen naar artikel 30, terwijl het ontworpen artikel 138bis-3, § 1, bepaalt dat het eerste en het tweede lid van dat artikel 30, § 1, niet van toepassing zijn.

De verzekeringsnemer kan nu al elk jaar zijn verzekeringsovereenkomst opzeggen, «hetzij op de jaardag van de ingangsdatum van de overeenkomst, hetzij op de jaarlijkse vervaldag van de premie». Artikel 30, § 1, vierde lid, voorziet in dat recht, en het ontworpen § 1 doet daar geenszins afbreuk aan. Dat lid zou haaks staan op artikel 30, §1, vierde lid, ofschoon dat specifiek geldt voor de sector van de ziekteverzekering en op grond daarvan de overeenkomst op twee vervaldagen kan worden opgezegd.

Het ligt moeilijk als die beide artikelen in een en dezelfde wet worden opgenomen; bovendien strekken zowel de wet van 25 juni 1992 als het wetsontwerp tot bescherming van de verzekeringsnemer. Er is dan ook geen enkele reden om die verzekeringsnemer minder armslag te geven.

Nr. 4 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

Het ontworpen artikel 138bis-3, § 3, aanvullen met de woorden «en indien deze daar belang bij heeft».

VERANTWOORDING

De indieners van het wetsontwerp geven in de memorie van toelichting aan dat het in bepaalde gevallen van belang kan zijn «dat de verzekeringsnemer-verzekerde een tijdelijke verzekering kan afsluiten» (DOC 51 2698/001, blz.12). Dat klopt niet altijd; de verzekeringsnemer heeft daar namelijk geen voordeel bij.

Het wetsontwerp strekt ertoe de verzekeringsnemer maximaal te beschermen. Daartoe moet hij worden beschermd tegen het risico dat sommige verzekeringsondernemingen druk uitoefenen op kandidaat-verzekeringsnemers om een dergelijk verzoek te doen, waardoor die ondernemingen kunnen ontkomen aan de verplichting dat de ziekteverzekeringsovereenkomsten levenslang worden aangegaan.

In dit verband behoort de bescherming van de verzekeringsnemer te worden versterkt. Zo de verzekeringsnemer om een dergelijke overeenkomst van beperkte duur verzoekt, moet dat in zijn belang zijn.

N° 5 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-4, § 1^{er}, proposé, entre les mots «des parties et» et les mots «dans les cas», insérer les mots «à la demande exclusive du preneur d'assurance, ainsi que».

JUSTIFICATION

L'exposé des motifs (p. 12 et 13) indique expressément que seul le preneur d'assurance a le droit de solliciter une modification du contrat d'assurance. C'est lui que le projet de loi protège. Ce droit exclusif du preneur d'assurance doit être traduit dans le texte de la loi.

N° 6 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Compléter l'article 138bis-4, § 1^{er}, proposé, par un alinéa 2, libellé comme suit:

«La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant l'accord réciproque des parties, telle que prévue par l'alinéa 1^{er}, peut uniquement avoir lieu si elle est dans l'intérêt du preneur d'assurance.»

JUSTIFICATION

Bien que la modification des bases techniques de la prime et des conditions de couverture puisse uniquement avoir lieu à l'initiative du preneur d'assurance, il ne faut pas perdre de vue que ce dernier est encore souvent en position d'infériorité dans sa relation contractuelle avec l'assureur. Il n'est pas imaginable (et il est déjà arrivé) qu'un assureur prenne l'initiative de proposer des modifications au preneur d'assurance. Beaucoup de preneurs d'assurance sont trop peu au courant de leurs droits; il est donc à craindre qu'ils acceptent cette proposition. Le projet de loi vise à offrir une protection maximale au preneur d'assurance. Il y a donc lieu de lui accorder une protection supplémentaire et de faire en sorte que sa liberté contractuelle joue uniquement en sa faveur.

Nr. 5 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, § 1, na de woorden «van de partijen» de woorden «en op uitsluitend verzoek van de verzekeringnemer» invoegen.

VERANTWOORDING

De memorie van toelichting (p.12-13) stelt uitdrukkelijk dat enkel de verzekeringnemer het recht heeft een wijziging van de verzekeringsovereenkomst aan te vragen. Hij is de partij die door het wetsontwerp wordt beschermd. Dit uitsluitend recht van de verzekeringnemer moet opgenomen worden in de wettekst.

Nr. 6 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

Het ontworpen artikel 138bis-4, § 1, aanvullen met een tweede lid, luidende:

«De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden in wederzijds akkoord, zoals bedoeld in het eerste lid, kan enkel wanneer zij in het belang is van de verzekeringnemer.»

VERANTWOORDING

Hoewel het initiatief om wijzigingen aan te brengen aan de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden uitsluitend wordt voorbehouden voor de verzekeringnemer, mogen we niet voorbijgaan aan het feit dat in de contractuele relatie tussen verzekeraar en verzekeringnemer, de verzekeringnemer nog dikwijls in een zwakkere positie staat. Het is niet denkbeeldig dat een verzekeraar (en er zijn voorbeelden van) het initiatief zal nemen om de verzekeringnemer een voorstel tot wijziging te doen. Veel verzekeringnemers kennen hun rechten onvoldoende en het risico is dan ook reëel dat zij het voorstel overnemen. Het wetsontwerp wil de verzekeringnemer maximaal beschermen. Daarom is het aangewezen om de verzekeringnemer bijkomend te beschermen en zijn contractuele vrijheid enkel in zijn eigen voordeel te laten spelen.

N° 7 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-4, proposé, remplacer le paragraphe 2, comme suit:

«§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation. Dans la mesure où la CBFA y consent en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. Le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. S'il l'estime nécessaire, le Roi peut fixer les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des ministres.»

JUSTIFICATION

Le principe d'indexation implique que la prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées automatiquement et périodiquement, sur base des indices représentatifs et objectifs retenus. Le terme «variation» est plus approprié que «augmentation» dans la mesure où il englobe tant les variations à la hausse qu'à la baisse.

Afin d'éviter qu'un phénomène ponctuel ou exceptionnel n'entraîne la révision de la prime pour une période plus longue, il y a lieu de préciser que la variation de coût pouvant donner lieu à une modification tarifaire doit être durable.

En attendant que le Roi fixe les paramètres objectifs, ceux-ci sont fixés et calculés par la CBFA. Dans un souci de protection des droits des assurés, il y a lieu de confier la vérification de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs, dont l'évolution différente de celle de l'indice des prix à la consommation peut autoriser une modification contractuelle et/ou tarifaire, à une instance indépendante et donc extérieure au secteur de l'assurance, sans aucun lien financier ou autre avec le secteur. Cette mission est confiée au Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé.

Nr. 7 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, paragraaf 2 vervangen als volgt:

«§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. In de mate dat de CBFA het toestaat op grond van de vaststelling van een duurzame prijschommeling, mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie eveneens worden aangepast op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

De CBFA bepaalt de objectieve parameters, in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Dat Kenniscentrum verifieert de methodologische geldigheid van de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters. De CBFA berekent die waarden op gezette tijden. Zo de Koning dat nodig acht, legt Hij de objectieve parameters vast, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministeraad.».

VERANTWOORDING

Aan de hand van het indexeringsmechanisme mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie automatisch en op gezette tijden worden aangepast, op grond van de gekozen representatieve en objectieve parameters. Het begrip «prijschommeling» is beter dan «prijsstijging», want prijschommelingen omvatten prijsstijgingen maar ook prijsdalingen.

Om te voorkomen dat ingevolge een incidentele of uitzonderlijke gebeurtenis het premiebedrag voor langere tijd verandert, moet worden gepreciseerd dat de prijschommeling die tot een tariefwijziging kan leiden, duurzaam moet zijn.

Totdat de Koning de objectieve parameters vaststelt, zou de CBFA die parameters bepalen en berekenen. De bescherming van de rechten van de verzekerden gebiedt dat de verificatie van de methodologische geldigheid van de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters (een andere evolutie ervan dan die van het indexcijfer van de consumptieprijzen kan immers een contractuele en/of tarifaire wijziging meebrengen) wordt toevertrouwd aan een onafhankelijke instantie, die geen band heeft met de verzekeringssector en evenmin financieel of anderszins met de sector verbonden is. Die taak zou dan aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg worden toevertrouwd.

N° 8 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Remplacer l'article 138bis-4, § 3, alinéa 1^{er}, proposé comme suit:

«Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou les conditions d'assurance peuvent être adaptés en cas de modification durable du coût réel des prestations garanties ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties et/ou en cas de circonstances ayant également une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.»

JUSTIFICATION

Il existe sur le marché des contrats d'assurance qui ne contiennent pas de clause prévoyant l'adaptation de la prime et/ou des conditions assurance en cas de modification du coût réel des prestations garanties ou en cas d'autres circonstances. Ces contrats d'assurance ont été conclus in tempore non suspecto, soit à un moment où l'interdiction de modifier les bases techniques de la prime et les conditions de couverture prévue au § 1^{er} était inexistante. C'est la raison pour laquelle le § 3 commence par les mots: «Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance,»

Afin d'éviter qu'un phénomène ponctuel ou exceptionnel n'entraîne la révision de la prime pour une période plus longue, il y a lieu de préciser que l'augmentation de coût pouvant donner lieu à une modification tarifaire doit être une modification durable. Il y a également lieu de préciser que seules les modifications générales du coût réel des prestations garanties peuvent être prises en considération et non les modifications du coût dans un contrat individuel. La modification du coût des prestations garanties s'apprécie donc au niveau du portefeuille global de la compagnie d'assurance.

Il est fait état d'autres circonstances pour aligner le projet sur celui applicable aux mutualités. Il est clair que toutes modifications légales ou réglementaires intervenant dans un secteur ou une matière qui est susceptible d'avoir une influence sur le tarif et les conditions de garantie de l'assurance maladie doivent être qualifiées de circonstances pouvant résulter en une modification de la prime et/ou des conditions d'assurance.

Tel que le projet de loi libelle l'alinéa 1^{er} du § 3, le caractère significatif de l'influence était *a priori* uniquement une condition de l'adaptation en cas de modification légale ou réglementaire et nullement en cas d'augmentation du coût réel. Il y a lieu de prévoir clairement l'application de la condition d'influence significative dans les deux cas, à savoir en cas de modification du

Nr. 8 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, § 3, het eerste lid vervangen als volgt:

«Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt en binnen de bij het tweede lid bepaalde perken, kan worden overgegaan tot een aanpassing van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.»

VERANTWOORDING

Op de markt bestaan verzekeringsovereenkomsten die geen clausules bevatten die bepalen dat de premie en/of de dekkingsvoorwaarden worden aangepast bij een wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties, dan wel in andere omstandigheden. Die verzekeringsovereenkomsten werden opgesteld *in tempore non suspecto*, toen geen verbod gold om over te gaan tot de wijziging van de in § 1 bedoelde technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden. Daarom begint de ontworpen § 3 met de woorden «Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt (...)».

Om te voorkomen dat ingevolge een incidentele of uitzonderlijke gebeurtenis het premiebedrag voor langere tijd verandert, moet worden gepreciseerd dat de kostprijsverhoging die tot een tariefwijziging kan leiden, duurzaam moet zijn. Ook moet duidelijk worden aangegeven dat alleen de algemene wijzigingen van de reële kostprijs van de gewaarborgde prestaties in aanmerking mogen worden genomen, en niet de kostprijswijzigingen in een individuele verzekeringsovereenkomst. De kostprijswijziging van de gewaarborgde prestaties moet met andere woorden worden beoordeeld op het vlak van gehele portefeuille van de verzekeringsonderneming.

Er wordt voorts melding gemaakt van «andere omstandigheden» om het wetsontwerp af te stemmen op wat geldt voor de ziekenfondsen. Het spreekt voor zich dat alle wettelijke of regelgevende veranderingen in een sector of in een aangelegenheid die een invloed kan hebben op het tarief en de dekkingsvoorwaarden van de ziekteverzekering moeten worden beschouwd als omstandigheden die kunnen leiden tot een verandering van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden.

Zoals in de ontworpen § 3 het eerste lid was gesteld, was de betekenisvolle invloed *a priori* louter een voorwaarde om te mogen overgaan tot een aanpassing ingevolge een wettelijke of regelgevende wijziging, maar niet bij een stijging van de reële kostprijs. In beide gevallen (wijziging van de reële kostprijs van de prestaties en in andere omstandigheden) moet

coût réel des prestations et en cas d'autres circonstances. L'amendement proposé ne laisse planer aucun doute quant à l'obligation de satisfaire à ce critère dans les deux hypothèses.

N° 9 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

A l'article 138bis-4, § 3, proposé, insérer l'alinéa suivant entre l'alinéa suivant entre les alinéas 1^{er} et 2:

«La modification contractuelle ou tarifaire envisagée doit être directement proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou de la modification légale ou réglementaire. Cette modification ne peut en outre porter que sur les éléments du contrat sur lesquels l'influence significative de ces événements s'exerce.»

JUSTIFICATION

La protection des assurés impose que l'exigence de proportionnalité soit expressément prévue. Il doit en effet être veillé à ce que les assureurs ne puissent profiter de cette disposition pour imposer une modification hors de toute proportion avec la modification même significative que ces événements produisent.

Par ailleurs, on ne pourrait admettre que la seule constatation d'une modification significative du coût réel des prestations garanties et/ou de la réglementation en matière de sécurité sociale ou soins hospitaliers permettent aux assureurs de procéder à une modification d'éléments du contrat qui ne seraient pas touchés par cette modification significative.

L'obligation d'objectivation ainsi proposée vise non seulement la démonstration d'une proportionnalité «a priori» mais aussi et surtout «a posteriori» de manière à ce que, en cas de surcoût au niveau des primes demandées par rapport à la modification entreprise, un processus de rattrapage soit mis au point en faveur de l'assuré.

N° 10 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-4 proposé, § 3, apporter les modifications suivantes:

1°) à l'alinéa 2, compléter la première phrase comme suit:

er uitdrukkelijk in worden voorzien dat de voorwaarde van de betekenisvolle stijging wordt toegepast. Het hier voorgestelde amendement is overduidelijk over de verplichting dat in beide gevallen aan die voorwaarde moet worden voldaan.

Nr. 9 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, § 3, tussen het eerste en het tweede lid het volgende lid invoegen:

«De overwogen contractuele of tarifaire verandering is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of van de wettelijke of regelgevende wijziging. Die verandering mag overigens alleen betrekking hebben op de aspecten van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen op ingrijpt.»

VERANTWOORDING

De bescherming van de verzekerden brengt mee dat uitdrukkelijk dient te worden bepaald dat het evenredigheidsbeginsel in acht moet worden genomen. Er moet immers voor worden gezorgd dat de verzekeringsondernemingen deze bepaling niet aangrijpen om een wijziging door te drukken die buiten alle verhouding zou staan met de (zelfs betekenisvolle) wijziging die voortvloeit uit die gebeurtenissen.

Voorts ware het onaanvaardbaar dat de loutere vaststelling van een betekenisvolle wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of van de regelgeving inzake sociale zekerheid of ziekenhuiskosten de verzekeraars in staat zou stellen over te gaan tot een wijziging van elementen van de overeenkomst waar die betekenisvolle wijziging niet op ingrijpt.

De hier voorgestelde verplichting tot objectivering strekt er niet alleen toe *a priori* een evenredigheid aan te tonen, maar dat ook en vooral *a posteriori* te doen; zo de kosten van de gevraagde premies hoger komen te liggen dan de doorgevoerde wijziging, krijgt de verzekerde het voordeel van een inhaaloperatie.

Nr. 10 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, §3, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1°) in het tweede lid, de eerste zin aanvullen als volgt:

«en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. La Commission veille également au respect des limites prescrites à l'alinéa 2.»

2°) compléter ce paragraphe par un alinéa 3, libellé comme suit:

«La Commission est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité lorsqu'elle n'a pas répondu dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance.»

JUSTIFICATION

La CBFA n'est pas l'instance appropriée pour autoriser une augmentation de prix exclusivement. Une double mission incombe en effet à la CBFA: elle doit, d'une part, fixer les tarifs et, d'autre part, assumer une responsabilité prudentielle. En outre, le savoir-faire en matière d'évaluation de la méthodologie utilisée pour fixer les paramètres de prix objectifs dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire se trouve au sein du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Selon le texte du projet de loi, le rôle de la CBFA se limite à l'évaluation du caractère significatif de l'influence sur le coût ou l'étendue des prestations garanties. L'adaptation doit en tout cas être proportionnelle à cette influence. Il convient d'étendre le contrôle exercé par la CBFA à cet effet.

Compte tenu de la suppression de l'article 138bis-4, § 5 par l'amendement du gouvernement n°...., les délais prévus à l'article 12 du Règlement de contrôle sont d'application, ce qui implique, dans la pratique, que l'assureur doit déjà notifier la proposition de modification au preneur d'assurance quatre mois avant l'échéance. En combinaison avec la fonction d'évaluation de la CBFA et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, la procédure de modification risque de se prolonger jusqu'à en devenir ingérable, tandis que les soins de santé évoluent très rapidement. Pour que cette procédure reste praticable, l'article amendé prévoit que la CBFA est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité si elle n'a pas répondu dans un délai d'un mois à la demande de la compagnie d'assurance.

N° 11 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Remplacer le § 4 de l'article 138bis-4, proposé, par le texte suivant:

«§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés de manière raisonnable et proportionnelle

– aux modifications intervenant dans la profession de l'assuré pour l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins, et/ou

«in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. De Commissie ziet er ook op toe dat de limieten voorgeschreven door het tweede lid in acht worden genomen.»;

2°) die paragraaf aanvullen met een derde lid, luidend als volgt:

«De Commissie wordt geacht het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend wanneer zij niet heeft geantwoord binnen een termijn van 30 dagen na het ontvangen van de aanvraag tot erkenning».

VERANTWOORDING

De CBFA is niet de geschikte instantie om alleen een prijsstijging toe te staan. Het CBFA krijgt immers een dubbele taak, enerzijds moet ze tariefbepalend optreden en anderzijds is zij prudentieel verantwoordelijk. Bovendien bevindt de know how voor het evalueren van de methodologie voor het opstellen van de objectieve prijsparameters in de aanvullende ziekteverzekering zich bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Volgens de tekst van het wetsontwerp is de rol van de CBFA beperkt tot de beoordeling van de betekenisvolle invloed op de kosten of op de omvang van de verleende dekking. De aanpassing moet in elk geval aan deze invloed proportioneel zijn. Het toezicht van de CBFA moet daartoe uitgebreid worden.

Ten gevolge van de schrapping van artikel 138bis-4, § 5 door de Regeringsamendement nr ... gelden de termijnen van artikel 12 van het Controlereglement, hetgeen in de praktijk betekent dat de verzekeraar reeds 4 maanden voor de vervaldag het voorstel tot wijziging aan de verzekeringsnemer moet meedelen. In combinatie met de evaluatieopdracht van de CBFA en het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, dreigt de wijzigingsprocedure onbeheersbaar lang te zullen worden, terwijl de gezondheidszorg zeer snel evolueert. Om de procedure praktisch werkbaar te houden voorziet het geamendeerde artikel erin dat de CBFA geacht wordt het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend indien zij binnen de maand niet heeft geantwoord op de aanvraag van de verzekeringsonderneming.

Nr. 11 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontwerpen artikel 138bis-4, §4, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1° na het woord «kunnen» de woorden «op redelijke en proportionele wijze» invoegen;

2° na het woord «beroep» de woorden «van de verzekerde voor de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering» invoegen;

– aux modifications intervenant dans le revenu de l'assuré pour l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore

– lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale pour l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.»

JUSTIFICATION

Tout d'abord, il faut veiller, par un texte explicite et clair, à ce que les adaptations ne soient pas déraisonnables et disproportionnées. La protection des preneurs d'assurances exige que l'étendue de l'adaptation et/ou de son influence sur les prestations garanties soit limitée de manière raisonnable et proportionnelle en fonction des modifications intervenues.

Deuxièmement, l'amendement précise pour quelles branches exactes la profession, le revenu et le statut de sécurité sociale peuvent avoir une influence sur le risque et la charge des sinistres à supporter par l'assurance. Par exemple, un changement de revenu n'a pas d'influence directe sur le risque supporté par l'assurance soins de santé, mais bien sur l'assurance incapacité de travail. Le présent amendement permet d'éviter qu'un assureur ne se serve d'une modification du revenu pour changer la couverture de l'assurance soins de santé.

Par ailleurs, le statut dans le système de sécurité sociale est tout d'abord pertinent pour l'assurance incapacité de travail complémentaire. Les indemnités légales en cas d'incapacité de travail diffèrent sur un grand nombre de points fondamentaux selon qu'elles sont octroyées à un salarié ou à un indépendant. En guise d'exemples, on peut citer le plafond salarial et le pourcentage appliqué pour le calcul de l'indemnité et de la durée de la période de carence. Le système de sécurité sociale peut également jouer un rôle sur le plan de l'assurance soins de santé. Ainsi, il existe des assurances hospitalisation dont la couverture diffère selon qu'un indépendant est assuré ou non pour les petits risques. Il faut en outre tenir compte des personnes qui partent à l'étranger et relèvent (temporairement) du système d'un autre État.

REMARQUE !

Cette justification s'applique également à l'article 138bis-9, en ce qu'il prévoit que, lors du calcul de la prime du contrat d'assurance maladie individuelle poursuivant le contrat d'assurance maladie collective, on tient uniquement compte: (...) 3° du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti.

3° na de woorden «van de verzekerde» **de woorden** «voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering» **invoeegen**;

4° na de woorden «sociale zekerheid» **de woorden** «voor de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering» **invoeegen**.

VERANTWOORDING

Vooreerst moet via een uitdrukkelijke en duidelijke tekst ervoor gezorgd worden dat de aanpassingen niet onredelijk en niet onevenredig zijn. De bescherming van de verzekeringnemers vereist dat de omvang van de aanpassing en/of van de invloed ervan op de verleende dekking op redelijke en proportionele wijze beperkt is in functie van de tot stand gekomen wijzigingen.

Ten tweede preciseert het amendement voor welke takken precies het beroep, het inkomen dan wel het statuut van sociale zekerheid een invloed kunnen hebben op het risico en de schadelast te dragen door de verzekering. Een verandering van inkomen heeft bijvoorbeeld geen rechtstreekse invloed op het risico gedragen door de ziektekostenverzekering, maar wel op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Met dit amendement wordt voorkomen dat een verzekeraar een wijziging van het inkomen zou aangrijpen om de dekking van de ziektekostenverzekering te wijzigen.

Het statuut in het stelsel van sociale zekerheid is daarbij ten eerste relevant voor de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering. De wettelijke uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid verschillen op heel wat fundamentele aspecten tussen werknemers en zelfstandigen. Voorbeelden zijn het loonplafond en het percentage voor de berekening van de uitkering en de duur van de carenstijd. Ook op het vlak van de ziektekostenverzekering kan het stelsel van sociale zekerheid een rol spelen. Zo bestaan er hospitalisatieverzekeringen waarvan de dekking verschilt naargelang een zelfstandige al dan niet inzake de kleine risico's is verzekerd. Bovendien moet rekening worden gehouden met personen die naar het buitenland trekken en (tijdelijk) onder het stelsel van een andere Staat vallen.

OPMERKING!

Deze verantwoording onderbouwt ook artikel 138bis-9, waar het stelt dat bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst alleen rekening worden gehouden met: (...) 3° de regeling en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen.

N° 12 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-4, supprimer le paragraphe 5.

JUSTIFICATION

Le délai d'un mois tel que fixé par le projet de loi doit être porté à quatre. En effet, d'une part, en cas de modification des conditions tarifaires, l'article 12 de l'A.R. de contrôle¹ prévoit l'obligation d'avertir l'assuré au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du contrat, à moins que le droit ne soit accordé à l'assuré de résilier son contrat dans le délai de 3 mois à compter de la notification. Cet article prévoit en outre expressément que le droit de résiliation est formellement mentionné dans la notification.

D'autre part, le projet de loi stipule que la résiliation par le preneur est soumise au délai prévu par l'article 30 LCAT. Or cet article prévoit que la résiliation doit avoir lieu au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat. Ainsi, en percevant la notification un mois avant l'échéance annuelle de la prime, le preneur ne pourrait résilier le contrat en bonne et due forme pour ladite échéance. Le projet de loi protecteur des droits des assurés ne peut prévoir un régime qui leur serait moins favorable ou qui ne leur permettrait pas d'user pleinement de leurs droits. Pour cette raison, il y a lieu de supprimer le paragraphe 5.

N° 13 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-5, alinéa 1^{er}, proposé, entre les mots «ne peut invoquer» et les mots «les omissions ou inexactitudes non intentionnelles», insérer les mots «l'article 7 de la présente loi en ce qui concerne»

JUSTIFICATION

En vertu de l'article 138bis-5, un contrat devient incontestable deux ans après son entrée en vigueur. Cela signifie qu'au terme de cette période, l'assureur ne peut plus invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie du preneur d'assurance ou de l'assuré. Cela signifie également que l'assureur peut parfaitement contester le contrat sur la base d'une maladie ou d'une affection

¹ A.R. du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurance, *M.B.*, 11 avril 1991.

Nr. 12 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-4, paragraaf 5 weglaten.

VERANTWOORDING

De termijn van één maand die het wetsontwerp in uitzicht stelt, moet tot vier maanden worden verlengd. Enerzijds bepaalt artikel 12 van het koninklijk besluit met betrekking tot het controlereglement¹ immers het volgende: «De verzekeringnemer wordt minstens vier maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van zijn verzekeringsovereenkomst in kennis gesteld van de tariefwijziging, tenzij hem (...) het recht wordt toegekend zijn overeenkomst alsnog op te zeggen binnen een termijn van minstens drie maanden te rekenen vanaf de dag van die kennisgeving. Het opzegrecht wordt uitdrukkelijk in de kennisgeving vermeld.».

Anderzijds voorziet het wetsontwerp erin dat voor de opzegging door de verzekeringnemer de termijn geldt welke is vastgelegd bij artikel 30 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst. Daarin is evenwel bepaald dat de opzegging ten minste drie maanden vóór de vervalddag van de overeenkomst moet plaatsvinden. Doordat de verzekeringnemer de kennisgeving pas één maand voor de jaarlijkse vervalddag van de premie zou ontvangen, zou hij de overeenkomst niet naar behoren vóór die vervalddag kunnen opzeggen. Het wetsontwerp ter bescherming van de rechten van de verzekerden mag niet in een ongunstiger regeling voorzien waardoor hun de onverkorte uitoefening van hun rechten wordt verhinderd. Bijgevolg moet paragraaf 5 worden weggelaten.

Nr. 13 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-5, eerste lid, tussen de woorden «niet meer beroepen op» en «het opzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens», de woorden «artikel 7 van deze wet met betrekking tot» invoegen.

VERANTWOORDING

Met artikel 138bis-5 wordt een overeenkomst onbetwistbaar 2 jaar na de inwerkingtreding van het contract. Dit betekent dat de verzekeraar zich na verloop van die periode niet meer kan beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens die betrekking hebben op een ziekte of een aandoening van de verzekeringnemer en verzekerde. Dit betekent ook dat de verzekeraar de overeenkomst wel kan betwisten op grond van symptomen die bestonden op

¹ Koninklijk besluit houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, *Belgisch Staatsblad* van 11 april 1991.

dont les symptômes existaient déjà au moment de la conclusion du contrat, mais qui n'est diagnostiquée que dans le courant des deux années suivant l'entrée en vigueur du contrat.

L'article est muet sur les conséquences pour le contrat, mais on peut déduire de l'exposé des motifs (p. 14) que l'assureur a le droit, dans ce cas, de refuser la couverture.

Cette sanction est plus lourde que celle que prévoit actuellement l'article 7 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en cas d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles. Si l'omission ou la déclaration inexacte (§ 2) ne peut être reprochée au preneur d'assurance, l'assureur doit fournir la prestation convenue. Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance, l'assureur est seulement tenu de fournir une prestation proportionnelle au risque qu'il connaissait.

Le présent amendement tend à préciser que l'on ne touche pas aux sanctions existantes prévues par l'article 7 de la loi du 25 juin 1992 sur l'assurance terrestre en ce qui concerne les omissions ou inexactitudes dans la déclaration.

N° 14 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-5bis proposé, apporter les modifications suivantes:

1° compléter l'alinéa 1^{er} par la phrase suivante:
«*La prime doit être celle qui serait facturée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.*»;

2° à l'alinéa 2, remplacer les mots «Un document» par les mots: «*Sans préjudice de l'application des articles 5 et 95 de la présente loi en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document*»;

3° à l'alinéa 4, première phrase, in fine, remplacer les mots «les mutuelles» par les mots «des associations de patients».

JUSTIFICATION

Afin d'éviter les discussions, l'amendement précise que les malades chroniques et les personnes handicapées qui sollicitent dans les deux ans la conclusion d'une assurance soins de santé doivent payer une prime normale, c'est-à-dire la prime qui leur serait réclamée s'ils ne souffraient pas d'une maladie chronique ou n'étaient pas atteints d'un handicap. L'assureur peut donc tenir compte de l'état de santé de l'intéressé, mais en faisant abstraction de sa maladie chronique ou de son handicap. Le but est que cette personne soit traitée, sur le plan de

het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst, maar waarvan de ziekte of aandoening pas wordt gediagnosticeerd in de loop van de 2 jaar volgend op de inwerkingtreding van de overeenkomst.

Het artikel spreekt niet over de gevolgen voor de overeenkomst, maar uit de memorie van toelichting (p. 14) kan worden afgeleid dat de verzekeraar in een dergelijk geval het recht heeft de dekking te weigeren.

Deze sanctie is zwaarder dan waarin artikel 7 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst momenteel voorziet in geval van onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens. Kan het verzwijgen of onjuist meedelen (§ 2) niet worden verweten aan de verzekeringnemer, dan is de verzekeraar gehouden tot de overeengekomen prestatie. Kan het verzwijgen of onjuist meedelen wel worden verweten aan de verzekeringnemer, dan is de verzekeraar enkel gehouden tot de prestatie in verhouding tot het risico dat hij kende.

Dit amendement strekt ertoe te verduidelijken dat niet geraakt wordt aan de bestaande sancties bedoeld in artikel 7 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst inzake onopzettelijke verzwijging of onopzettelijke onjuiste mededeling van gegevens.

Nr. 14 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontwerpen artikel 138bis-5bis, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1° het eerste lid aanvullen als volgt:
«*De premie moet deze zijn die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien zij niet chronisch ziek of gehandicapt was*»;

2° in het tweede lid, de woorden «aan de verzekeringsovereenkomst wordt» vervangen door de woorden «Onverminderd de toepassing van de artikelen 5 en 95 van deze wet wat de informatie met betrekking tot de genetische gegevens betreft wordt aan de verzekeringsovereenkomst»;

3° in het vierde lid, de woorden «de mutualiteiten» vervangen door de woorden «patiëntenverenigingen».

VERANTWOORDING

Teneinde terzake discussie te voorkomen wordt verduidelijkt dat aan de chronisch zieke of gehandicapte persoon, die binnen twee jaar aanspraak maakt op het sluiten van een ziektekostenverzekering, een normale premie moet gevraagd worden, d.w.z. de premie die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien zij niet zou lijden aan de chronische ziekte of geen handicap zou hebben. De verzekeraar mag dus rekening houden met haar gezondheidstoestand, maar los van de chronische ziekte en de handicap. De bedoeling is dat deze

la tarification (fixation de la prime), de la même façon que tout autre candidat-preneur d'assurance.

Il est utile de rappeler que cette réglementation ne porte pas atteinte aux articles 5 et 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. L'article 95 figure du reste parmi les dispositions (générales) communes relatives aux assurances de personnes. Ces articles prévoient une exception à l'obligation d'informer l'assureur de toutes les caractéristiques du risque lorsqu'il s'agit d'informations génétiques. Le recours à des techniques d'analyse génétique est interdit.

Le projet de loi offre uniquement des garanties aux personnes qui sont assurées auprès d'une entreprise d'assurance et non à celles qui bénéficient d'une assurance maladie complémentaire proposée par une mutuelle. Il n'y a aucune raison que les mutuelles participent à l'évaluation de l'article 138bis-5bis, puisque le projet de loi ne vise pas leurs assurances complémentaires.

Il est essentiel d'associer les organisations de patients à l'évaluation. En effet, celles-ci sont les premières à être confrontées aux problèmes liés à l'accès à une couverture d'assurance pour les personnes malades ou handicapées. Leur expérience sur le terrain sera nécessaire pour déterminer si cet article a eu un impact quelconque sur l'assurabilité des personnes malades et handicapées et s'il y a lieu d'apporter des améliorations et/ou des adaptations en la matière.

N° 15 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Compléter la section II, proposée, par un article 138bis-5ter, libellé comme suit:

«Art. 138bis-5ter — § 1^{er} Le preneur d'assurance informe l'assureur, par écrit ou par voie électronique, du moment où un membre de la famille assuré quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur la base de ces données, l'assureur doit, dans les 30 jours, soumettre à l'assuré, une proposition d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur informe l'assuré que l'offre peut également s'appliquer aux membres de sa famille. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré dispose d'un délai de 60 jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 2. Le contrat d'assurance que l'assuré a accepté commence à courir à partir du moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente.»

persoon behandeld wordt zoals elke andere kandidaat-verzekeringnemer op het vlak van de tarifiering (premiezetting).

Het is nuttig eraan te herinneren dat geen afbreuk wordt gedaan aan de artikelen 5 en 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Artikel 95 is overigens opgenomen onder de gemeenschappelijke (algemene) bepalingen betreffende de persoonsverzekeringen. Deze artikelen voorzien in een uitzondering op de verplichting om de verzekeraar te informeren over alle kenmerken van het risico wanneer het genetische gegevens betreft. Het gebruik van technieken van genetisch onderzoek is verboden.

Het wetsontwerp biedt alleen garanties voor de personen die verzekerd zijn bij een verzekeringsonderneming en niet voor de personen met een aanvullende ziekteverzekering aangeboden door een ziekenfonds. Aangezien het wetsontwerp hun aanvullende verzekeringen niet viseert, is er geen enkele reden waarom ziekenfondsen zouden moeten deelnemen aan de evaluatie van artikel 138bis-5bis.

Bij de evaluatie moeten de patiëntenorganisaties zeker betrokken zijn. Zij zijn immers de eersten die geconfronteerd worden met de problemen van de toegang tot een verzekering voor een zieke of gehandicapte. Hun ervaring op het terrein zal onontbeerlijk zijn om in te schatten of dit artikel enige impact heeft gehad op de verzekeraarbaarheid van zieken en gehandicapten en waar eventueel verdere verbeteringen en/of aanpassingen nodig zijn.

Nr.15 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

De ontworpen afdeling II aanvullen met een nieuw artikel 138bis-5ter, luidend als volgt:

«Art. 138bis-5ter. — § 1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doet de verzekeraar de verzekerde binnen de 30 dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar informeert de verzekerde dat het aanbod ook kan gelden voor de leden van zijn gezin. De verzekeraar kan niet invoeren dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De verzekerde, beschikt over een termijn van 60 dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, vangt aan op het tijdstip waarop hij het voordeel van de vorige verzekering verliest.»

JUSTIFICATION

L'exposé des motifs précise clairement, en ce qui concerne l'article 138bis-2, § 2, 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 individuellement... De même, un partenaire qui divorce ou des enfants qui quittent le nid familial sont assurés pour le reste de leurs jours.» Le projet de loi ne prévoit toutefois pas de procédure pour la poursuite individuelle de la «police familiale» lorsqu'on quitte ce foyer familial.

N° 16 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-6, § 1^{er}, alinéa 2, *in fine*, proposé, remplacer les mots «par le preneur d'assurance» par les mots «auprès d'une compagnie d'assurance, au sens de la présente loi».

JUSTIFICATION

L'article 138bis-6, § 1^{er}, alinéa 2, ne tient pas compte du fait que dans le climat de travail actuel, il n'est pas évident de travailler une longue période chez le même employeur.

Il est de plus en plus fréquent de changer régulièrement d'employeur. Le présent amendement fait en sorte que l'assuré ne doit pas avoir été assuré pendant deux ans par le biais d'un seul et même employeur. Il va de soi que la période ne porte que sur les périodes d'assurance auprès d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances au sens de la loi sur l'assurance terrestre et, très clairement, ne concerne pas les périodes d'assurance auprès d'une mutualité.

N° 17 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-6, § 2, proposé, insérer l'alinéa suivant entre l'alinéa 3 et l'alinéa 4:

«*En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant, au co-assuré le délai de quinze jours dont il dispose pour accepter l'offre et les modalités de l'acceptation (soit par écrit soit par voie électronique)*».

VERANTWOORDING

De memorie van toelichting verduidelijkt uitdrukkelijk bij artikel 138bis-2, § 2 dat «de levenslange duur van de individuele overeenkomsten en alle daarbij horende regels ook gelden voor de gezinsleden van de verzekeringnemer die bij zijn individuele ziekteverzekering aangesloten zijn. ... Ook de scheidende partner of de kinderen, die het ouderlijk nest verlaten, zijn verzekerd van de levenslange garantie.» Het wetsontwerp voorziet evenwel niet in een procedure voor de individuele verder zetting van de «gezinspolis» wanneer men dat gezin verlaat.

Nr. 16 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-6, § 2, tweede lid, *in fine*, de woorden «door de verzekeringnemer» vervangen door «bij een verzekeringsonderneming, zoals bedoeld in deze wet».

VERANTWOORDING

Het tweede lid van artikel 138bis-6 gaat voorbij aan het gegeven dat lange tijd bij eenzelfde werkgever werken in het huidige arbeidsklimaat niet vanzelfsprekend is.

Regelmatig veranderen van werkgever komt steeds vaker voor. Dit amendement maakt dat de verzekerde niet 2 jaar via één en dezelfde werkgever verzekerd moet zijn geweest. Het spreekt voor zich dat de periode enkel slaat op periodes van verzekering bij een of meer verzekeringsondernemingen in de zin van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en uitdrukkelijk geen betrekking heeft op verzekeringsperiodes bij een ziekenfonds.

Nr. 17 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-6, § 2, tussen het derde en het vierde lid het volgende lid invoegen:

«*Op hetzelfde ogenblik waarop hij zijn aanbod bezorgt, brengt de verzekeraar de hoofdverzekerde – en in voorkomend geval ook de medeverzekerde – in kennis over de dekkingsvoorwaarden (inzonderheid de gedekte prestaties), de uitsluitingen en de aangifttermijn. Voorts herinnert hij de hoofdverzekerde – en in voorkomend geval ook de medeverzekerde – aan de termijn van vijftien dagen waarover hij beschikt om (schriftelijk dan wel elektronisch) het aanbod en de nadere aanvaardingsregels te aanvaarden.*».

JUSTIFICATION

L'assureur est tenu d'un devoir d'information envers l'assuré. Il y a lieu de le rappeler. Cet ajout s'inscrit dans la volonté des rédacteurs du projet de loi d'améliorer considérablement et de protéger les droits des assurés. L'assuré doit pouvoir choisir de souscrire individuellement en pleine connaissance des éléments du contrat d'assurance.

Le délai dont il dispose pour décider est porté à 30 jours. L'assuré doit avoir le temps d'étudier l'offre et de s'informer éventuellement auprès d'autres assureurs. Le délai de 15 jours initialement prévu était trop court.

Dans la mesure où le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration du délai de 30 jours dont dispose l'assuré pour accepter la proposition d'assurance, il y a lieu de prévoir que ce délai ainsi que les modalités de l'acceptation soient rappelés et mis en exergue par l'assureur en même temps qu'il adresse son offre. On ne peut en effet admettre que l'assuré désireux d'accepter la proposition ne soit plus en droit de le faire, le délai étant dépassé ou l'acceptation ayant été formulée verbalement, à cause d'un défaut d'information.

N° 18 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-6 proposé, apporter les modifications suivantes:

1) **au § 2, alinéa 2 et au § 3, alinéa 1^{er}, remplacer chaque fois les mots «90 jours» par les mots «105 jours»;**

2) **au § 3, alinéa 3, remplacer chaque fois les mots «15 jours» par les mots «30 jours».**

JUSTIFICATION

Les délais de 90 jours et de 15 jours sont portés à 105 jours et 30 jours respectivement, afin de tenir compte de la prolongation de délai introduite par l'amendement n° 18.

N° 19 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Compléter l'article 138bis-6, proposé, par un § 4, libellé comme suit:

VERANTWOORDING

Pro memorie: de verzekeraar heeft een voorlichtingsplicht jegens de verzekerde. Die toevoeging is ingegeven door het oogmerk van de stellers van het wetsontwerp om de rechten van de verzekerden fors te verruimen en te beschermen. De verzekerde moet ervoor kunnen kiezen de verzekeringsovereenkomst persoonlijk te sluiten met volle kennis van zaken over de inhoud ervan.

De termijn waarover hij beschikt wordt op 30 dagen gebracht. De verzekerde moet de tijd hebben het aanbod te onderzoeken en eventueel inlichtingen in te winnen bij andere verzekeraars. De oorspronkelijk in uitzicht gestelde termijn van 15 dagen was te krap.

Aangezien het recht op persoonlijke voortzetting vervalt na afloop van de termijn van 30 dagen waarover de verzekerde beschikt om het verzekeringsaanbod te aanvaarden, moet erin worden voorzien dat de verzekeraar die termijn en de nadere aanvaardingsregels in herinnering brengt en beklemtoont op het ogenblik dat hij zijn aanbod bezorgt. Het is immers onaanvaardbaar dat een verzekeringnemer die het aanbod wil aanvaarden daartoe niet langer gerechtigd ware omdat wegens ontoereikende informatie de termijn is verstreken sinds het ogenblik waarop de aanvaarding mondeling werd geformuleerd.

Nr. 18 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-6, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1) **in § 2, tweede lid, en in § 3, eerste lid, de woorden «90 dagen» telkens vervangen door de woorden «105 dagen»;**

2) **in § 3, derde lid, de woorden «15 dagen» vervangen door de woorden «30 dagen».**

VERANTWOORDING

De termijnen van 90 dagen en van 15 dagen worden verlengd tot respectievelijk 105 dagen en 30 dagen om rekening te houden met de verlenging van termijn ingevoerd door amendement nr. 18.

Nr. 19 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

Het ontworpen artikel 138bis-6, aanvullen met een § 4, luidend als volgt:

«§ 4. Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance collective.».

JUSTIFICATION

Le projet de loi vise à faire en sorte que la couverture de l'assurance maladie collective et celle de l'assurance individuelle se succèdent sans interruption. Afin de faire correspondre cette garantie légale à la validité et au fonctionnement actuels des assurances maladie collectives, il est préférable de faire en sorte que l'assurance individuelle prenne cours de manière rétroactive au moment où l'assuré perd l'avantage de l'assurance collective. Tel est l'objectif du présent amendement.

N° 20 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 138bis-7

Compléter l'article 138bis-7, § 1^{er}, proposé par un alinéa 3, libelle comme suit:

«L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 138bis-9 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.».

JUSTIFICATION

Dans sa formulation actuelle, le § 1^{er}, alinéa 2, est très strict. Il suffit qu'une seule prime complémentaire n'ait pas été payée au cours d'une année pour perdre l'avantage de la formule selon laquelle la prime du contrat d'assurance poursuivi individuellement est calculée en fonction de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

Tel ne peut être l'objectif poursuivi. C'est pourquoi il est à présent prévu que lorsque les primes complémentaires n'ont pas été payées de façon ininterrompue et qu'il y a donc discontinuité dans le paiement, l'âge à prendre en considération sera relevé proportionnellement en fonction de ces interruptions dans le paiement des primes complémentaires.

N° 21 DE MME BAEKE ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 138bis-8, § 1^{er}, proposé, apporter les modifications suivantes:

1° dans l'alinéa 1^{er}, entre les mots «offre» et les mots «des garanties similaires», insérer les mots «au moins»;

«§ 4. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, vangt aan op het tijdstip waarop hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest.»

VERANTWOORDING

Het is de bedoeling van het wetsontwerp om de dekking van de individuele ziekteverzekering ononderbroken te laten aansluiten bij de collectieve verzekering. Om deze wettelijke garantie in overeenstemming te brengen met de huidige gelding en werkwijze van collectieve ziekteverzekeringen, verdient het de voorkeur de individuele verzekering retroactief te laten aanvangen op het moment dat het voordeel van de collectieve verzekering verloren gaat. Dat is het doel van dit amendement.

Nr.20 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

Het ontworpen artikel 138bis-7, aanvullen met een derde lid, luidend als volgt:

«De leeftijd, die in aanmerking komt voor de berekening van de premie bedoeld in artikel 138bis-9 wordt proportioneel opgetrokken in geval van en in functie van de tijdelijke onderbreking in de betaling van de bijkomende premies bedoeld in lid 2.».

VERANTWOORDING

Het huidige tweede lid van § 1 is zeer streng. Het volstaat dat één bijkomende premie één jaar niet betaald wordt om het voordeel te verliezen van de berekening van de premie van de individueel voortgezette verzekeringsovereenkomst op de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is begonnen te betalen.

Dit kan niet de bedoeling zijn. Daarom wordt nu voorzien dat, wanneer de bijkomende premies niet ononderbroken betaald werden en er dus hiaten zijn in deze doorlopende betaling, de in aanmerking te nemen leeftijd proportioneel opgetrokken zal worden uitgaande van de onderbrekingen in de betaling van deze bijkomende premies.

Nr. 21 VAN MEVROUW BAEKE c.s.

Art. 2

In het ontworpen artikel 138bis-8, § 1, de volgende wijzigingen aanbrengen:

1° in het eerste lid, na de woorden «biedt» het woord «minstens» invoegen;

2° remplacer l'alinéa 2, 3°, par le texte suivant:

«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. Si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

4° les maladies graves: la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés aux maladies graves.».

JUSTIFICATION

Pour les raisons énoncées dans l'Exposé des motifs, il est pratiquement impossible de poursuivre individuellement l'assurance collective suivant les mêmes modalités précisément. L'article 138bis-18 prévoit dès lors un certain nombre de caractéristiques sur la base desquelles il est possible de vérifier s'il s'agit d'un contrat d'assurance «similaire». Il va sans dire qu'une élaboration détaillée de ces caractéristiques saperait de nouveau complètement la faisabilité pratique du système.

Un certain nombre d'assurances soins de santé indemnisent, outre les frais liés à l'hospitalisation, également les frais ambulatoires liés à l'hospitalisation pendant une période déterminée, avant et après cette hospitalisation. Les délais concrets varient toutefois en fonction du produit d'assurance et de la compagnie d'assurance.

Pour offrir néanmoins suffisamment de garanties à l'assuré collectif, il est ici proposé, dans la mesure où l'assurance collective prévoyait la garantie pré- et posthospitalisation, de prévoir que l'assurance poursuivie individuellement indemnise également les frais ambulatoires liés à l'hospitalisation, au moins durant un mois avant l'hospitalisation et trois mois après cette hospitalisation.

Le marché belge se caractérise en outre par un vaste éventail d'assurances soins de santé, qui prévoient éventuellement elles aussi un remboursement (intégral ou partiel) après la sortie de l'hôpital lorsque l'assuré souffre d'une maladie grave. La liste des maladies graves insérée dans les différents contrats présente néanmoins des différences. L'on ne peut dès lors imposer, dans l'assurance individuelle qui constitue la poursuite de l'assurance collective, l'utilisation d'une liste exactement identique.

Si l'assureur dispose de différentes polices individuelles, il doit, sans préjudice des dispositions prévues au § 1^{er} de cet article 138bis-8, proposer celle qui se rapproche le plus, en termes de couverture, de la couverture offerte par l'assurance collective.

2° het tweede lid, 3°, vervangen als volgt:

«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 welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie. In de mate dat deze ambulante kosten gedekt zijn, dient de termijn minstens één maand te bedragen vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie;

4° de zware ziekten: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met zware ziekten.».

VERANTWOORDING

Omwille van de redenen uiteengezet in de memorie van toelichting is het praktisch onmogelijk om de collectieve verzekering individueel voort zetten aan precies dezelfde modaliteiten. Daarom voorziet artikel 138bis-8 in een aantal kenmerken aan de hand waarvan kan worden nagegaan of het gaat om een 'gelijkaardige' verzekeringsovereenkomst. Het spreekt voor zich dat een gedetailleerde uitwerking van deze kenmerken de praktische haalbaarheid opnieuw volledig zou ondergraven.

Een aantal ziektekostenverzekeringen vergoeden, naast de kosten van de hospitaalopname, ook de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie gedurende een bepaalde periode voor en na de hospitalisatie. De concrete termijnen verschillen echter naargelang het verzekeringsproduct en de verzekeringsonderneming.

Om de collectief verzekerde toch voldoende garanties te bieden, wordt hier voorgesteld om, in de mate dat de collectieve verzekering in de waarborg pre- en posthospitalisatie voorziet, te bepalen dat ook de individueel verdergezette verzekering minimaal gedurende één maand vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie vergoedt.

De Belgische markt kent bovendien een waaier aan ziektekostenverzekeringen, die mogelijkerwijze ook in een terugbetaling (geheel of gedeeltelijk) buiten het hospitaal voorzien in het geval de verzekerde lijdt aan een zware ziekte. De in de diverse contracten gehanteerde lijst van zware ziekten verschilt evenwel. In de individuele verzekering die de collectieve verzekering voortzet, kan dus niet opgelegd worden dat exact dezelfde lijst zal worden gehanteerd.

Indien de verzekeraar over verschillende individuele polissen beschikt, moet hij, onverminderd het bepaalde bij § 1 van dit artikel 138bis-8, deze aanbieden die qua dekking het nauwst aansluit bij de dekking die de collectieve verzekering verstrekke.

Anne-Marie BAEKE (sp.a-spirit)
Guy HOVE (VLD)
Karine LALIEUX (PS)