

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

13 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° 22 DE MME LALIEUX

Art. 2

Dans le texte proposé, insérer un article 138bis – 3bis, rédigé comme suit:

«Art. 138bis-3bis. — §1^{er}. En cas de résiliation du contrat, l'entreprise d'assurance transfère au nouvel assureur le montant de la réserve de vieillissement constituée au jour de la prise d'effet de la résiliation.

§ 2. La réserve de vieillissement est calculée selon une méthode actuarielle suffisamment prudente tenant compte de toutes les obligations futures, conformément aux conditions établies pour chaque contrat en cours.

Documents précédents :

Doc 51 **2689/ (2005/2006)** :

001 : Projet de loi.

002 : Amendements.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

13 maart 2007

WETSONTWERP

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

AMENDEMENTEN

Nr. 22 VAN MEVROUW LALIEUX c.s.

Art. 2

In de ontworpen tekst, een artikel 138bis – 3bis invoegen, luidende:

«Art. 138bis-3bis. — § 1. Ingeval de overeenkomst wordt opgezegd, maakt de verzekeringsonderneming aan de nieuwe verzekeraar het bedrag over van de reserve voor veroudering zoals ze was aangelegd op de dag waarop de opzegging ingaat.

§ 2. De reserve voor veroudering wordt berekend volgens een voldoende voorzichtige staffelmethode, rekening houdend met alle toekomstige verplichtingen, overeenkomstig de voorwaarden voor elke lopende overeenkomst.

Voorgaande documenten :

Doc 51 **2689/ (2005/2006)** :

001 : Wetsontwerp.

002 : Amendementen.

Le Roi détermine sans quelle mesure il pourra être tenu compte, pour le calcul de la réserve, des changements éventuels de couverture et de l'adaptation des tarifs.

§ 3. L'entreprise d'assurance renseigne le preneur d'assurance, au moins annuellement, sur le montant de la réserve visée au § 1^{er}.».

JUSTIFICATION

Une des caractéristiques principales des assurances maladie est l'augmentation des prestations par assuré avec l'âge. Pour les âges les plus élevés, celles-ci vont souvent du quintuple au décuple des prestations pour les assurés plus jeunes.

Pour le groupe d'assurance non-vie, en cas de loi de survivance à taux croissant avec l'âge –ce qui est le cas en assurance maladie- une provision de vieillissement correspondant à la valeur actuelle estimée des engagements futurs de l'entreprise d'assurance, déduction faite de la valeur actuelle estimée des primes futurs, doit être constitué. Il s'agit d'une provision constituée par des parts de primes des assurés les plus jeunes. Lorsque, plusieurs dizaines d'années plus tard, des prestations élevées leurs sont dues, l'entreprise d'assurance pourra alors prélever la différence dans la réserve de vieillissement constituée au moyen de ces provisions. Un tel système de financement lie les primes, les prestations et la réserve de vieillissement à l'évolution à long terme du portefeuille d'assurance concerné, ce qui permet à l'assureur d'accompagner ses assurés pendant toute leur vie, aussi longtemps qu'ils demeurent dans son effectif. Les provisions de vieillissement doivent en outre permettre de niveler les primes de manière à ce qu'elles n'atteignent pas de montants extrêmes, l'âge avançant.

Le projet ne prévoit aucun régime de «transfert» de cette provision de vieillissement en cas de changement d'assureur, parallèlement à l'instauration de la durée viagère du contrat. En effet, ne pas prévoir un tel transfert reviendrait à limiter les possibilités de l'assuré de changer d'assureur et de faire ainsi jouer la concurrence. L'assuré, se sachant pénalisé en cas de souscription d'un nouveau contrat (l'âge avançant, la prime devient plus chère) hésitera à changer d'assureur s'il ne peut se prévaloir des primes qu'il a déjà payées depuis le début de sa couverture – primes qui ont contribué à alimenter une provision de vieillissement qu'il serait inéquitable de laisser à l'assureur en cas de résiliation anticipée du contrat.

De Koning bepaalt in hoeverre voor de berekening van de reserve rekening kan worden gehouden met de eventuele wijzigingen in de dekking en in de aanpassing van de tarieven.

§ 3. De verzekeringsonderneming stelt de verzekeringnemer minstens jaarlijks in kennis van het bedrag van de in § 1 bedoelde reserve.».

VERANTWOORDING

De leeftijdsgerelateerde stijging van de prestaties is een van de voornaamste kenmerken van de ziekteverzekeringen. Voor de oudste verzekerden bedragen ze vaak tussen het vijfvoudige en het tienvoudige van de prestaties voor de jongere verzekerden.

Voor de groep van de schadeverzekeringen moet in geval van een met de leeftijd stijgende voorvalswet – wat het geval is in de ziekteverzekering – een reserve voor veroudering worden aangelegd die overeenkomt met de geschatte actuele waarde van de toekomstige verplichtingen van de verzekeringsonderneming, na aftrek van de geschatte actuele waarde van de toekomstige premies. Het betreft een reserve bestaande uit delen van premies van de jongste verzekerden. Als hun, tientallen jaren later, aanzienlijke uitkeringen verschuldigd zullen zijn, zal de onderneming op dat ogenblik het verschil kunnen putten uit de reserve voor veroudering die aan de hand van die provisies werd aangelegd. Een dergelijke financieringsregeling koppelt de premies, de prestaties en de reserve voor veroudering aan de langetermijnevolutie van de betrokken verzekeringsportefeuille. Dat maakt het voor de verzekeraar mogelijk aan zijn verzekerden prestaties te blijven betalen gedurende hun hele leven, zolang ze bij hem klant zijn. Door de reserves voor veroudering zouden bovendien de premies moeten kunnen worden afgevlakt, zodat die met het ouder worden niet buitensporig oplopen.

Het wetsontwerp voorziet niet in de minste regeling om die reserve voor veroudering over te hevelen voor het geval de verzekerde van verzekeringsmaatschappij verandert, parallel met het instellen van de levenslange duur van de overeenkomst. Als men niet in een soortgelijke overheveling zou voorzien, zou zulks immers betekenen dat de verzekerde minder mogelijkheden heeft om van verzekeraar te veranderen, en aldus de concurrentie te laten spelen. In de wetenschap dat hij wordt «bestraft» als hij een nieuwe overeenkomst ondertekent (de premie stijgt immers met de leeftijd), zal de verzekerde niet zomaar van verzekeringsmaatschappij veranderen als hij zich niet kan laten voorstaan op de premies die hij reeds heeft betaald sinds hij de overeenkomst is aangegaan; aangezien het gaat om premies die hebben bijgedragen tot het aanleggen van een reserve voor veroudering, zou het niet billijk zijn die achter te laten bij de verzekeringsmaatschappij in geval van vervroegde opzegging van de overeenkomst.

Il convient donc de prévoir que les provisions de vieillissement doivent être constituées individuellement et remises proportionnellement à l'assuré en cas de résiliation par l'une des parties, pour lui permettre notamment de retrouver aisément une assurance à bon prix, ce qui est plus évident s'il peut apporter des provisions de vieillissement.

Il n'est toutefois pas adéquat d'exiger, pour la constitution de la réserve de vieillissement, un système de capitalisation pur. En effet, même si ce système est sans doute le plus à même de garantir les intérêts des preneurs d'assurance, il ne permet pas de tenir compte, d'un point de vue général tout d'abord, des modifications du portefeuille global d'assurance maladie de l'entreprise et, d'un point de vue particulier ensuite, des changements éventuels de type d'assurance ou de l'adaptation des tarifs.

Dans cette perspective, il convient de n'exiger des provisions de vieillissement que dans une mesure qui serait actuariellement nécessaire, au vu des divers éléments énoncés ci-dessus

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

N° 23 DE MME CREYF

Art. 2

Remplacer l'article 138bis-5, alinéa 1^{er}, proposé, par l'alinéa suivant:

«Dès qu'un délai d'un an s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut plus invoquer l'article 7 de cette loi, relatif aux 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 ou affection qui est apparue et a été diagnostiquée avant que la garantie d'assurance prenne cours.».

JUSTIFICATION

Le délai de deux ans est trop long. La protection de l'assuré requiert un délai plus court d'un an.

Par ailleurs, on ne peut pas se fonder sur des «symptômes» pour déterminer la présence d'une maladie préexistante. Il s'agit d'un critère bien trop vague et trop sujet à contestation. La consultation occasionnelle d'un médecin pourrait être interprétée par la suite comme le signe de la découverte d'un symptôme, ce qui est inacceptable. Le présent amendement prend comme point de départ l'existence d'une maladie qui doit être effectivement diagnostiquée.

Derhalve moet worden bepaald dat de reserves voor veroudering individueel moeten worden opgebouwd en evenredig aan de verzekerde moeten worden teruggegeven indien één van de partijen de overeenkomst opzegt. Aldus zal de verzekerde meer bepaald makkelijker een verzekering tegen een gunstige prijs kunnen afsluiten – zulks is eenvoudiger wanneer hij reserves voor veroudering kan aanbrengen.

Met het oog op het aanleggen van de reserve voor veroudering is het evenwel niet aangewezen een loutere kapitalisatieregeling op te leggen. Ook al zou die regeling de belangen van de verzekerden ongetwijfeld het best kunnen waarborgen, dan nog zou aan de hand daarvan in het algemeen niet kunnen worden ingespeeld op wijzigingen van de alomvattende ziekteverzekeringportefeuille van de onderneming, noch op eventuele wijzigingen van het verzekeringstype of op een tariefaanpassing in het bijzonder.

Vanuit dat oogpunt mag het aanleggen van een reserve voor veroudering, in het licht van de diverse voormelde elementen, slechts worden opgelegd voor zover zulks actuariel nodig zou zijn.

Nr. 23 VAN MEVROUW CREYF

Art. 2

Het voorgestelde artikel 138bis-5, eerste lid, vervangen als volgt:

«Zodra een termijn van één jaar verstreken is te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op artikel 7 van deze wet met betrekking tot 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, die reeds voor aanvang van de verzekeringswaarborg is opgetreden en gediagnosticeerd.».

VERANTWOORDING

De termijn van 2 jaar is te lang. De bescherming van de verzekerde vereist een kortere termijn van 1 jaar.

Bovendien gaat het niet om te verwijzen naar «symptoom» bij het bepalen van een voorafbestaande ziekte. Dit is veel te vaag en voor veel te veel betwisting vatbaar. Het occasioneel bezoek aan een dokter kan later worden geïnterpreteerd als het ontdekken van een symptoom, wat onaanvaardbaar is. Wij gaan dan ook uit van een ziekte die effectief moet worden gediagnosticeerd.

N° 24 DE MME CREYF

Art. 2

Remplacer l'alinéa 1^{er} de l'article 138bis-6, § 2, proposé, par le texte suivant:

«§ 2. L'assureur informe l'assuré principal et les coassurés, 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 et les coassurés du délai dans lequel l'assuré principal et les coassurés peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle.»

JUSTIFICATION

Le droit à la poursuite individuelle des coassurés pourrait être fortement restreint par le fait que l'assureur lui-même n'a pas de devoir d'information vis-à-vis des coassurés. Il n'est dès lors pas inimaginable qu'un coassuré parte du principe qu'il est assuré, alors qu'en réalité, il ne l'est plus, parce que le preneur d'assurance (ou le curateur ou le liquidateur), d'une part, ou l'assuré principal, d'autre part, n'a pas rempli son devoir d'information. Un exemple concret: qu'en est-il des personnes divorcées et de leurs enfants, lorsque la couverture est perdue et que l'assuré principal ne prévient pas son ex-partenaire et ses enfants ?

L'assureur est le mieux placé pour savoir à quel moment l'assurance prend fin. Il sait également qui sont les coassurés. Il possède toutes les informations. C'est donc à lui qu'il incombe d'informer toutes les personnes concernées.

N° 25 DE MME CREYF

(Sous-amendement à l'amendement n°10)

Art. 2

Au 2°, remplacer le texte proposé par le texte suivant:

«La Commission est censée avoir rejeté 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.».

Nr. 24 VAN MEVROUW CREYF

Art. 2

Het voorgestelde artikel 138bis-6, eerste lid, vervangen als volgt:

«§ 2. De verzekeraar brengt de hoofdverzekerde en de medeverzekerden 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 en de medeverzekerden over de termijn waarbinnen de hoofdverzekerde en de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen.».

VERANTWOORDING

Het recht op individuele voortzetting van medeverzekerden zou wel eens fel kunnen worden ingeperkt door het feit dat de verzekeraar zelf geen informatieplicht heeft naar de medeverzekerden toe. Het is dan ook niet ondenkbaar dat een medeverzekerde ervan uitgaat dat hij verzekerd is, terwijl hij dat in werkelijkheid niet meer is, doordat de verzekeringnemer (dan wel curator of vereffenaar) enerzijds of de hoofdverzekerde anderzijds zijn informatieplicht niet heeft voldaan. Een concreet voorbeeld: wat met gescheiden personen en hun kinderen, waarbij de dekking verloren gaat en de hoofdverzekerde zijn ex-partner en haar kinderen niet daarvan op de hoogte brengt.

De verzekeraar is het best geplaatst om te weten wanneer de verzekering stopt. Hij heeft ook zicht op wie al de medeverzekerden zijn. Hij heeft alle info. Op hem rust dus de informatieplicht.

Nr. 25 VAN MEVROUW CREYF

(subamendement op amendement nr. 10)

Art. 2

In 2°, de voorgestelde tekst vervangen als volgt:

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

JUSTIFICATION

Il est inadmissible qu'une demande d'augmentation de la prime soit acceptée lorsque la CBFA ne réagit pas dans les trente jours. La CBFA risque de ne jamais pouvoir répondre à temps, notamment eu égard au rôle assigné au Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Nous prévoyons que l'absence de réaction de la CBFA équivaut à un refus, ce qui est dans l'intérêt de l'assuré.

N° 26 DE MME CREYF

Art. 2bis (nouveau)

Insérer un article 2bis, libellé comme suit:

«Art. 2bis. — Au titre II, chapitre II, section VI du Code des impôts sur les revenus 1992, le point F, abrogé par la loi du 29 décembre 1992, est rétabli dans la rédaction suivante:

«F. CREDIT D'IMPOT

«Art. 117. — § 1^{er}. Il est imputé sur l'impôt calculé conformément aux articles 130 à 156 et 171 à 174 un crédit d'impôt pour les primes qu'un habitant du Royaume a versées en exécution d'un contrat d'assurance individuelle soins de santé visé à l'article 2 de la loi du ... modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrat d'assurance maladie .

§ 2. Le contrat d'assurance ne peut couvrir que le contribuable et les membres de sa famille.

§ 3. Le Roi peut déterminer le montant maximal du crédit d'impôt.».

JUSTIFICATION

Par cet amendement, nous souhaitons instaurer un incitant fiscal, rendant la conclusion de contrats d'assurance maladie individuelle fiscalement attrayante (comme le prévoyait également la proposition de loi DOC 51 0266/001). Le présent amendement tend à élaborer un régime en vertu duquel les personnes qui souscrivent une assurance maladie individuelle peuvent prétendre à un crédit d'impôt. Le Roi peut fixer le montant maximal du crédit.

VERANTWOORDING

Het kan niet dat een aanvraag tot het verhogen van de premie wordt aanvaard wanneer de CBFA niet reageert binnen de 30 dagen. Het gevaar bestaat de CBFA nooit tijdig kan antwoorden, o.a. ook gelet op de rol die aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorgen wordt toegekend. Wij voorzien dat het niet reageren van de CBFA gelijk staat met een weigering, wat in het belang van de verzekerde is.

Nr. 26 VAN MEVROUW CREYF

Art. 2bis (nieuw)

Een artikel 2bis invoegen, luidend als volgt:

«Art. 2bis. — In titel II, hoofdstuk II, afdeling VI, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 wordt het punt F, opgeheven bij de wet van 29 december 1992, hersteld in de volgende lezing:

«F. BELASTINGKREDIET»

«Art. 117. — § 1. Op de belasting berekend overeenkomstig de artikelen 130 tot 156 en 171 tot 174 wordt een belastingkrediet aangerekend voor de premies welke een inwoner van het Rijk heeft gestort ter uitvoering van een individuele verzekeringsovereenkomst inzake gezondheidsverzorging zoals bedoeld in artikel 2 van de wet van ... tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 betreffende de landverzekeringsovereenkomsten.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst mag enkel in de dekking voorzien van de belastingplichtige en de leden van zijn gezin.

§ 3. De Koning kan het maximale bedrag van het krediet bepalen.».

VERANTWOORDING

Met dit amendement beogen wij een fiscale stimulans te geven om het afsluiten van individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten fiscaal aantrekkelijk te maken (net zoals in het wetsvoorstel DOC 51 0266/001 was voorzien). Dit amendement beoogt een regeling uit te werken waarbij degenen die een individuele ziekteverzekering afsluiten kunnen beroep doen op een belastingkrediet. De Koning kan het maximale bedrag van het krediet bepalen.

À l'heure actuelle, seuls certains travailleurs d'entreprises «puissantes» peuvent être assurés d'une manière fiscalement intéressante par le biais d'une police collective. L'objectif de l'article est d'assimiler le traitement fiscal des polices individuelles à celui des polices collectives et de supprimer ainsi une discrimination injustifiée.

N°27 DU GOUVERNEMENT
(sous-amendement à l'amendement n°10)

Art. 2

Compléter l'alinéa 3 proposé comme suit:

«Ce délai est suspendu pendant un délai de 30 jours au maximum dans lequel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit transmettre son avis à la CBFA.»

JUSTIFICATION

Ce délai supplémentaire doit permettre à la CBFA de prendre plus facilement une décision dans le délai proposé. Si le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ne donne pas d'avis dans ce délai, le délai imparti initialement à la CBFA est prolongé.

Le ministre de l'Economie,

Marc VERWILGHEN

Vandaag kunnen alleen sommige werknemers van «sterke» bedrijven via een collectieve polis op een fiscaal gunstige wijze verzekerd worden. De doelstelling van het artikel is de fiscale behandeling van individuele polissen gelijkwaardig te maken aan die van collectieve polissen en zo die onrechtvaardige discriminatie weg te werken.

Nr. 27 VAN DE REGERING
(subamendement op amendement nr. 10)

Art. 2

In punt 2 van het amendement, het voorgestelde artikel 138bis-4, § 3, derde lid, aanvullen als volgt:

«Deze termijn wordt geschorst gedurende een termijn van maximaal 30 dagen waarbinnen het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg haar advies aan de CBFA dient over te maken.»

VERANTWOORDING

De bijkomende termijn moet de CBFA beter in staat stellen om binnen de voorgestelde termijn een beslissing te nemen. Indien het Federaal kenniscentrum binnen deze termijn geen advies geeft, wordt de initieel aan de CBFA toegekende termijn verdergezet.

De minister van Economie,

Marc VERWILGHEN