

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

23 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**

**PROPOSITION DE LOI**

**relative à l'assurance complémentaire  
soins de santé**

**PROPOSITION DE LOI**

**visant à mieux encadrer l'utilisation  
des données personnelles de santé lors  
de la souscription d'assurance personne  
et à permettre l'assurabilité du risque décès  
des personnes exposées à un risque aggravé  
du fait de leur état de santé**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE L'ÉCONOMIE,  
DE LA POLITIQUE SCIENTIFIQUE, DE L'ÉDUCATION,  
DES INSTITUTIONS SCIENTIFIQUES ET CULTURELLES  
NATIONALES, DES CLASSES MOYENNES  
ET DE L'AGRICULTURE  
PAR  
MME **Magda DE MEYER**

Documents précédents :

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

001 : Projet de loi.  
002 et 003 : Amendements.

Doc 51 **0266/ (S.E. 2003) :**

001 : Proposition de loi de Mme Creyf.

Doc 51 **2542/ (2005/2006) :**

001 : Proposition de loi de Mme Milquet, MM. Wathelet et Arens..

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 maart 2007

**WETSONTWERP**

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

**WETSVOORSTEL**

**betreffende de aanvullende verzekering  
voor gezondheidsverzorging**

**WETSVOORSTEL**

**streckende tot een betere begeleiding van het  
gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens  
bij het aangaan van een persoonsverzekering  
en teneinde de verzekeraarbaarheid mogelijk  
te maken van het overlijdensrisico voor  
personen die een verhoogd risico lopen  
als gevolg van hun gezondheidstoestand**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR HET  
BEDRIJFSLEVEN, HET WETENSCHAPSBELEID,  
HET ONDERWIJS, DE NATIONALE  
WETENSCHAPPELIJKE EN CULTURELE  
INSTELLINGEN, DE MIDDENSTAND  
EN DE LANDBOUW  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW **Magda DE MEYER**

Voorgaande documenten :

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

001 : Wetsontwerp.  
002 en 003 : Amendementen.

Doc 51 **0266/ (B.Z. 2003) :**

001 : Wetsvoorstel van mevrouw Creyf.

Doc 51 **2542/ (2005/2006) :**

001 : Wetsvoorstel van mevrouw Milquet en de heren Wathelet en Arens.

**Composition de la commission à la date du dépôt du rapport /  
Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag :**

Voorzitter / Président : Paul Tant

**A. — Membres titulaires/Vaste leden :**

VLD Guy Hove, Pierre Lano, Georges Lenssen  
 PS Véronique Ghenne, Karine Lalieux, Sophie Pécriaux  
 MR Philippe Collard, Richard Fournaux, Dominique Van Roy  
 sp.a-spirit Magda De Meyer, Dalila Douifi, Koen T'Sijen  
 CD&V Trees Pieters, Paul Tant  
 Vlaams Blok Ortwin Depoortere, Jaak Van den Broeck  
 cdH Melchior Wathelet

**B. — Membres suppléants/Plaatsvervangers :**

Ingrid Meeus, Bart Tommelein, Luk Van Biesen, Ludo Van Campenhout  
 Jacques Chabot, Valérie Déom, Camille Dieu, Eric Massin  
 Valérie De Bue, Robert Denis, Corinne De Permentier, Dominique Tilmans  
 Anne-Marie Baeke, Philippe De Coene, Annemie Roppe, Greet Van Gool  
 Simonne Creyf, Katrien Schryvers, Mark Verhaegen  
 Hagen Goyvaerts, Staf Neel, Frieda Van Themsche  
 Benoît Drèze, David Lavaux

**C. — Membre sans voix délibérative/ Niet-stemgerechtigd lid :**

ECOLO Muriel Gerkens

<p>cdH : Centre démocrate Humaniste                  CD&amp;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</p>	<p>Abréviations dans la numérotation des publications :</p> <p>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)</p>	<p>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</p> <p>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)</p>
<p>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</p>	<p>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</p> <p align="right">Bestellingen :                  Natieplein 2                  1008 Brussel                  Tel. : 02/ 549 81 60                  Fax : 02/549 82 74                  www.deKamer.be                  e-mail : publicaties@deKamer.be</p>	

## SOMMAIRE

I. Exposé introductif du ministre de l'Economie et des auteurs des propositions de loi jointes . . . . .	4
II. Discussion des articles . . . . .	9
III. votes . . . . .	27
IV. Auditions . . . . .	30

## INHOUD

I. Inleidende uiteenzetting van de minister van Economie en van de auteurs van de toegevoegde wetsvoorstellen . . . . .	4
II. Artikelgewijze bespreking . . . . .	9
III. Stemmingen . . . . .	27
IV. Hoorzittingen . . . . .	30

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi et les propositions de loi jointes au cours de ses réunions des 14 et 29 novembre 2006 et des 7, 13 et 21 mars 2007.

### I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF DU MINISTRE DE L'ÉCONOMIE ET DES AUTEURS DES PROPOSITIONS DE LOI JOINTES

La dimension sociale du projet de loi à l'examen est énorme. C'est probablement, pour ce qui est des compétences du ministre de l'Économie, le projet le plus social et le plus engagé de l'ensemble de la législature.

À partir de maintenant, l'assuré obtient la garantie de bénéficié toute sa vie de son assurance hospitalisation individuelle, même s'il contracte une maladie chronique ou devient handicapé. De plus, cette garantie s'applique désormais aussi au partenaire et aux enfants repris dans l'assurance. Concrètement, un enfant qui naît malade ou handicapé ou le devient pendant la durée de la police, bénéficiera sa vie durant de l'assurance hospitalisation aux mêmes conditions qu'une personne en bonne santé. Ce principe est révolutionnaire et bétonne dans une loi la protection des malades et des personnes handicapées. L'accès des malades et handicapés à l'assurance hospitalisation est ainsi définitivement résolu !

La couverture à vie est en outre garantie à toute personne bénéficiant d'une assurance groupe. Il s'agit donc non seulement du personnel de l'entreprise qui a souscrit l'assurance groupe mais aussi du partenaire et des enfants du personnel. Chacun a le droit, dès qu'il perd le bénéfice de l'assurance groupe pour un quelconque motif (licenciement, démission, faillite de l'entreprise, pension), de poursuivre l'assurance à titre individuel. Le maintien de la couverture hospitalisation de chacun des assurés ne dépend donc plus de la relation professionnelle. En cas de divorce ou de déménagement des enfants, le projet prévoit aussi un droit à la poursuite individuelle du contrat.

Il est inutile de préciser qu'un rôle d'information extrêmement important est confié, en la matière, aux intermédiaires d'assurance.

\*  
\* \*

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp en de toegevoegde wetsvoorstellen besproken op haar vergaderingen van 14 en 29 november 2006 en 7, 13 en 21 maart 2007.

### I. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN ECONOMIE EN VAN DE AUTEURS VAN DE TOEGEVOEGDE WETSVORSTELLEN

De sociale inslag van dit wetsontwerp is enorm. Het is wellicht, wat de bevoegdheden van de minister van Economie betreft, het meest sociale en geëngageerde project van heel de legislatuur.

De verzekerde krijgt vanaf nu de garantie dat hij levenslang van zijn individuele hospitalisatieverzekering zal blijven genieten, ook indien hij intussen chronisch ziek of gehandicapt wordt. Meer nog, deze garantie wordt uitgebreid tot de partner en de kinderen die mee in de verzekering werden opgenomen. Concreet betekent dit dat een kind dat ziek of gehandicapt geboren wordt of in de loop van de polis te kampen krijgt met een chronische ziekte of een handicap, voor de rest van zijn leven van de hospitalisatieverzekering blijft genieten aan dezelfde voorwaarden als die van een gezonde persoon. Dit is revolutionair. De bescherming van zieken en personen met een handicap wordt op die manier definitief in de wet verankerd. De toegang tot de hospitalisatieverzekering voor de zieken en gehandicapten wordt als zodanig op termijn definitief opgelost !

Deze levenslange dekking geldt evenzeer voor al wie geniet van een groepsverzekering. Dit zijn niet alleen de personeelsleden van het bedrijf dat de groepsverzekering aanging, maar ook hun partners en kinderen. Allen krijgen het recht, zodra zij om één of andere reden het voordeel van de groepsverzekering verliezen (ontslag, faillissement van het bedrijf, pensionering) om de verzekering individueel voort te zetten. Het behoud van de hospitalisatiedekking is dus niet langer afhankelijk van de arbeidsrelatie. Ook bij scheiding of zelfstandig gaan wonen van de kinderen garandeert het ontwerp het recht op levenslange individuele voortzetting.

Onnodig te zeggen dat er ten deze een uitermate belangrijke informatierol weggelegd is voor de verzekeringstussenpersonen.

\*  
\* \*

Le projet de loi s'applique aux contrats d'assurance maladie complémentaire. L'assurance maladie obligatoire n'est bien entendu pas visée.

Les assurances maladie complémentaire sont l'assurance hospitalisation, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance revenu garanti.

\*  
\* \*

La première partie du projet de loi (section II) est applicable aux contrats individuels.

1. Elle règle la durée du contrat et la problématique de l'incontestabilité du contrat conclu.

Il est désormais prévu dans la loi sur le contrat d'assurance terrestre que les contrats d'assurance visés par le projet sont conclus à vie (art. 138*bis*-3). Cela ne vaut toutefois que pour l'assureur. Le preneur d'assurance peut résilier son contrat annuellement à la date d'échéance de la prime.

Que vaudrait toutefois la conclusion à vie du contrat si la prime ou les conditions de couverture pouvaient être modifiées en cours de contrat?

C'est pourquoi le projet prévoit que, sauf accord des deux parties, l'assureur ne pourra modifier les bases techniques de la prime, ni les conditions de couverture postérieurement à la conclusion du contrat, sauf dans les trois cas limitativement énoncés dans la loi (art. 138*bis*-4, §§ 2 et 3). Un contrôle de la CBFA est prévu.

Ces dispositions sont impératives. L'assureur ne peut donc y déroger.

Le ministre ajoute que la couverture à vie vaut également pour les membres de la famille (co-assurés) du preneur d'assurance. Il s'agit généralement du ou de la partenaire et des enfants. Il renvoie à ce qu'il disait en guise d'introduction: les enfants naissant avec une maladie chronique ou un handicap sont désormais certains de bénéficier d'une assurance hospitalisation et assurance maladie en général pour le restant de leurs jours à des conditions normales, puisque l'assureur ne peut modifier en cours de contrat les bases techniques de la prime ni les conditions de couverture !! L'accès de ces personnes à l'assurance est ainsi réglé.

Het wetsontwerp is van toepassing op de aanvullende ziekteverzekeringsovereenkomsten. Uiteraard valt de verplichte ziekteverzekering daarbuiten.

Tot de aanvullende ziekteverzekeringsovereenkomsten behoren de hospitalisatieverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de verzekering gewaarborgd inkomen.

\*  
\* \*

Het eerste deel van het wetsontwerp (afdeling II) heeft betrekking op de individuele overeenkomsten.

1. Daarin wordt de duur van de verzekeringsovereenkomst geregeld, alsook het vraagstuk van de onbetwistbaarheid van de gesloten overeenkomsten.

Op grond van dit wetsontwerp zal de wet op de landverzekeringsovereenkomsten voortaan bepalen de hier bedoelde verzekeringen levenslang worden gesloten (artikel 138*bis*-3). Dat geldt echter alleen voor de verzekeraar. De verzekeringnemer kan zijn overeenkomst jaarlijks opzeggen, op de vervaldag van de premiebetaling.

Wat zou echter de zin zijn van een levenslange overeenkomst, als de premie of de dekkingsvoorwaarden tijdens de looptijd van de overeenkomst kunnen worden gewijzigd?

Daarom bepaalt dit wetsontwerp dat, behoudens het akkoord van de beide partijen, de verzekeraar de technische grondslagen van de premie noch de dekkingsvoorwaarden mag wijzigen na het sluiten van de overeenkomst, tenzij in drie limitatief in de wet opgesomde gevallen (artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3). Terzake wordt in een controle door de CBFA voorzien.

Die bepalingen zijn dwingend van aard. De verzekeraar kan er dus niet van afwijken.

De minister voegt daaraan toe dat de levenslange dekking ook geldt voor de gezinsleden (medeverzekerden) van de verzekeringnemer. Veelal gaat het om de partner en de kinderen. Wat dat betreft, verwijst hij naar zijn inleiding: kinderen die worden geboren met een chronische ziekte of met een handicap, zullen voortaan gegarandeerd, gedurende hun hele leven en tegen de gebruikelijke voorwaarden een hospitalisatieverzekering en een algemene ziekteverzekering kunnen genieten. De verzekeraar kan immers de technische grondslagen van de premie noch de dekkingsvoorwaarden wijzigen tijdens de looptijd van de overeenkomst. Aldus wordt gewaarborgd dat de betrokkenen toegang hebben tot die verzekering.

2. Le projet aborde ensuite le problème de la couverture des maladies préexistantes qui suscite beaucoup de discussion en pratique. Le projet confirme la jurisprudence des cours et tribunaux, car elle est juste et équitable en ce sens qu'elle établit un équilibre entre les intérêts des assureurs et du preneur d'assurance.

Le projet prévoit qu'en cas de déclaration inexacte ou de non déclaration d'une maladie préexistante - et pour autant qu'il n'y ait pas d'intention frauduleuse de la part du preneur d'assurance - cette maladie préexistante ne pourra plus être invoquée par l'assureur pour refuser sa couverture si les deux conditions suivantes sont réunies:

- les symptômes de la maladie s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat d'assurance, mais la maladie n'avait pas encore été diagnostiquée;
- la maladie est diagnostiquée dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

L'assureur sera donc tenu d'accorder sa couverture si la maladie n'est pas diagnostiquée dans les deux ans ou si l'assureur ne l'a pas invoquée alors qu'elle a été diagnostiquée dans les deux ans.

Le projet est plus libéral que la jurisprudence actuelle, puisqu'il fixe le délai à deux ans, alors qu'il est de trois ans dans la jurisprudence actuelle.

3. Le projet de loi vise également à remédier aux problèmes rencontrés par les personnes qui sont déjà malades chroniques ou handicapées à l'heure actuelle et n'ont dès lors pas accès à l'assurance hospitalisation ou à l'assurance maladie en général.

Ces personnes ont maintenant la possibilité de contracter une telle assurance pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi (art. 138bis-5bis). Elles ne peuvent pas être refusées par l'assureur, qui a cependant le droit (non l'obligation) d'exclure les coûts liés à la maladie ou au handicap de la couverture ou de restreindre cette dernière.

Le gouvernement a décidé qu'un droit similaire doit être garanti par les mutualités pour les malades chroniques et les personnes handicapées. L'accès à l'assurance pour ces personnes doit être protégé de la même

2. Vervolgens gaat het wetsontwerp over het vraagstuk van de dekking van vooraf bestaande ziekten, waarover in het veld veel discussie bestaat. De ontworpen tekst bevestigt de jurisprudentie van de hoven en rechtbanken, want die is eerlijk en billijk aangezien ze zorgt voor een evenwicht tussen de belangen van de verzekeraars en de verzekeringnemers.

Wanneer een vooraf bestaande ziekte verkeerd of niet wordt aangegeven, kan de verzekeraar, op grond van de wet in ontwerp, die ziekte niet langer aangrijpen om de dekking te weigeren als aan de twee volgende voorwaarden werd voldaan en behoudens kwaad opzet van de verzekeringnemer:

- de symptomen van de ziekte hadden zich reeds op de een of de andere wijze gemanifesteerd toen de verzekeringsovereenkomst werd gesloten, maar er werd nog geen diagnose van opgemaakt;
- er werd een diagnose opgemaakt binnen een termijn van twee jaar te rekenen van de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

Derhalve moet de verzekeraar de dekking toestaan zo de ziekte niet binnen twee jaar werd gediagnosticeerd of zo de verzekeraar die ziekte niet als grond heeft aangevoerd, hoewel ze binnen voormelde termijn van twee jaar werd gediagnosticeerd.

Dit wetsontwerp gaat verder dan de huidige jurisprudentie, want de termijn wordt op twee jaar vastgesteld, terwijl de hoven en rechtbanken hem momenteel op drie jaar houden.

3. Het wetsontwerp wenst eveneens tegemoet te komen aan de problemen van personen die op vandaag reeds chronisch ziek of gehandicapt zijn en bijgevolg geen toegang hebben tot de hospitalisatieverzekering of ziekteverzekering in het algemeen.

Deze personen krijgen nu de mogelijkheid om gedurende een periode van twee jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de wet, een dergelijke verzekering aan te gaan (art. 138bis-5bis). Ze mogen niet geweigerd worden door de verzekeraar, die evenwel het recht heeft (het is geen verplichting) 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 regering heeft beslist dat een soortgelijk recht voor de chronisch zieken en personen met een handicap gewaarborgd moet worden bij de ziekenfondsen. De toegang tot de verzekering voor deze personen moet

manière, qu'elles aient contracté une assurance auprès d'une compagnie d'assurances ou qu'elles aient pris une assurance complémentaire auprès de leur mutualité. Le ministre des Affaires sociales déposera dès lors un projet de loi similaire relatif aux mutualités.

En ce qui concerne les éventuels frais exclus liés à la maladie chronique ou au handicap, le gouvernement a décidé qu'il fallait chercher une solution dans le cadre du maximum à facturer (MAF).

\*  
\* \*

La deuxième partie du projet de loi (section III) concerne les assurances collectives.

Ce volet du projet de loi à l'examen est également révolutionnaire.

1. Comme il a déjà été précisé dans l'introduction, toute personne qui bénéficie de la couverture d'une assurance groupe a dorénavant droit à la poursuite individuelle de cette assurance lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance groupe pour un quelconque motif, par exemple une démission ou un licenciement, la faillite de l'entreprise, la liquidation de l'entreprise ou l'admission à la retraite. Ce droit à la poursuite individuelle ne s'applique pas seulement aux membres du personnel de l'entreprise qui a contracté l'assurance groupe, mais aussi à chaque «coassuré», généralement le partenaire et les enfants du membre du personnel assuré (art. 138bis-6).

Par conséquent, lorsque le partenaire ou les enfants perdent le bénéfice de l'assurance groupe, par exemple en cas de divorce ou de décision d'habiter seul, ils peuvent également faire valoir le droit à la poursuite individuelle.

Toute personne qui prétend bénéficier de la poursuite individuelle doit le faire savoir dans les délais prescrits par la loi.

Afin que les membres du personnel assurés et leur famille (coassurés) n'ignorent pas ce droit essentiel, le projet de loi prévoit un devoir d'information dans le chef de l'employeur (art. 138bis-6 §§ 2 et 3).

2. Le membre du personnel assuré ou le co-assuré (partenaire et autres membres de la famille), qui décide de poursuivre à titre individuel le contrat d'assurance maladie collective obtient un contrat d'assurance indivi-

evengood beschermd worden, ongeacht of zij een verzekering aangaan bij een verzekeringsonderneming dan wel een aanvullende verzekeringsdekking aangaan bij hun mutualiteit. De minister van Sociale Zaken zal derhalve een soortgelijk wetsontwerp neerleggen m.b.t. de ziekenfondsen.

Wat de eventueel uitgesloten kosten betreft, die verband houden met de chronische ziekte of handicap, heeft de Regering beslist dat een oplossing gezocht moet worden in het kader van de maximumfactuur (MAF).

\*  
\* \*

Het tweede deel van het wetsontwerp (afdeling III) betreft de collectieve verzekeringen.

Ook dit luik van het voorliggende wetsontwerp is revolutionair.

1. Zoals gezegd in de inleiding heeft voortaan elke persoon, die geniet van de dekking van een groepsverzekering, recht op de individuele voortzetting van die verzekering wanneer zij om welke reden ook het voordeel van die groepsverzekering verliest, bv. in geval van ontslag (vrijwillig of gedwongen), faillissement van het bedrijf, vereffening van het bedrijf of pensionering. Dit recht op individuele voortzetting geldt niet alleen voor de personeelsleden van het bedrijf dat de groepsverzekering aanging, maar ook voor elke «medeverzekerde», doorgaans de partner en kinderen van het verzekerde personeelslid (art. 138bis-6).

Dus ook wanneer de partner of de kinderen het voordeel van de groepsverzekering verliezen, omdat zij bv. uit de echt scheiden ofwel alleen gaan wonen, kunnen zij het recht op individuele voortzetting doen gelden.

Hij, die aanspraak maakt op de individuele voortzetting, moet dit binnen de in de wet gestelde termijnen bekendmaken.

Opdat de verzekerde personeelsleden en hun familie (medeverzekerden) niet onwetend zouden blijven over dat essentieel recht, schrijft het wetsontwerp een informatieplicht voor ten laste van de werkgever (art. 138bis-6 §§ 2 en 3).

2. Het verzekerde personeelslid of de medeverzekerde (partner en andere familieleden), die beslist de collectieve verzekering individueel voort te zetten, bekommt een individueel verzekeringscontract. De wet

duelle. La loi garantit que le contrat d'assurance maladie individuelle offre des garanties similaires au contrat d'assurance maladie collective (art. 138*bis*-8).

La similarité des garanties est évaluée à la lumière de la formule de choix de la chambre, de la formule de remboursement et de la couverture de la pré- et posthospitalisation.

Il fallait ancrer cette garantie dans la loi afin d'éviter que le contenu des garanties fournies ne puisse être vidé de sa substance dans l'assurance maladie individuelle.

3. Le projet de loi prévoit ensuite que la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collective ne peut être soumise à un nouveau délai d'attente, que les conditions de couverture ne peuvent être limitées et qu'une prime supplémentaire ne peut être imposée au motif que l'assuré concerné est devenu malade ou handicapé pendant la durée du contrat d'assurance maladie collective. De cette manière, le projet de loi prévoit, une fois de plus, une protection extraordinaire des assurés, plus particulièrement des personnes qui deviennent malades chroniques ou handicapées pendant la durée du contrat d'assurance maladie collective.

4. La prime pour l'assurance individuelle sera calculée en fonction de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, mais en tenant compte des éléments d'évaluation du risque tel qu'ils existaient au moment de l'affiliation au contrat collectif (assurance groupe).

L'assuré, qui poursuit son contrat à titre individuel, peut toutefois obtenir une prime plus avantageuse s'il constitue une réserve individuelle en cours d'assurance groupe. La réserve est constituée par le paiement d'une prime complémentaire. Dans ce cas la prime du contrat individuel sera calculée non pas en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il exerce son droit de poursuite individuelle, mais en considérant l'âge à partir duquel il a commencé à constituer sa réserve personnelle.

L'importance de cette possibilité est capital pour l'assuré. Le projet prévoit dès lors un devoir d'information de la part de l'assureur et de l'employeur.

La méconnaissance de ce devoir d'information est sévèrement sanctionnée (voyez art. 138*bis*-7, § 2).

garandeert dat de individuele verzekeringsovereenkomst gelijkaardige waarborgen biedt als de collectieve verzekering (art. 138*bis*-8).

De gelijkaardigheid van de waarborgen wordt beoordeeld in het licht van de kamerkeuzeformule, de terugbetalingsformule en de dekking van pre- en posthospitalisatie.

Deze garantie moest wettelijk verankerd worden om te vermijden dat de inhoud van de verstrekte waarborgen in de individuele verzekering uitgehold zou kunnen worden.

3. Het wetsontwerp voorziet vervolgens dat de individuele voortzetting niet afhankelijk mag worden gesteld van een nieuwe wachtermijn en dat geen bijpremie of beperktere dekkingsvoorwaarden mogen opgelegd worden omdat de betrokken verzekerde in de loop van de collectieve ziekteverzekering ziek of gehandicapt is geworden. Andermaal wordt op die manier voorzien in een buitengewone bescherming van de verzekerden, meer bepaald van de personen die in de loop van de collectieve verzekering chronisch ziek of gehandicapt worden.

4. De premie voor de individuele verzekering zal worden berekend afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde, op het ogenblik dat die de verzekering op individuele basis voortzet. Wel zal rekening worden gehouden met de risicobeoordelingselementen zoals die bestonden op het tijdstip van de toetreding tot de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst (groepsverzekering).

De verzekerde die zijn overeenkomst individueel voortzet, kan echter een voordeliger premie krijgen als hij tijdens de looptijd van zijn groepsverzekering een individuele reserve aanlegt. Concreet kan hij dat doen door een bijkomende premie te betalen. In dat geval zal de premie voor de individuele overeenkomst niet worden bepaald op grond van de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik dat hij zijn recht op een individuele voortzetting uitoefent, maar op grond van de leeftijd vanaf wanneer hij zijn persoonlijke reserve is begonnen aan te leggen.

Die mogelijkheid is van kapitaal belang voor de verzekerde. Vandaar dat het wetsontwerp de verzekeraar en de werkgever verplicht de verzekerde daarover te informeren.

De niet-nakoming van die informatieplicht wordt zwaar bestraft (zie artikel 138*bis*-7, § 2).



*Mme Simonne Creyf (CD&V)* souligne que sa proposition de loi (DOC n° 266/1) a déjà été évoquée par cette commission; la discussion n'avait toutefois pas été poursuivie parce que la ministre compétente de l'époque, Mme Moerman, avait annoncé un projet de loi en la matière. Mme Creyf tient néanmoins à revenir brièvement sur les points principaux de sa proposition de loi.

Cette proposition de loi vise à améliorer sur plusieurs points la législation relative à toutes les assurances complémentaires soins de santé. Les améliorations proposées concernent :

- la validité, en principe, à vie de l'assurance individuelle;
- la garantie de l'accès à une assurance complémentaire individuelle au terme d'une assurance de groupe;
- l'indemnisation de tous les dommages couverts après un an;
- le fait de ne plus subordonner l'octroi de la garantie d'assurance au caractère incontestable du diagnostic posé;
- l'interdiction de principe des modifications unilatérales de la police;
- l'octroi d'une sécurité tarifaire;
- l'instauration d'une déduction fiscale.

*M. Melchior Wathelet (cdH)* renvoie aux développements de sa proposition de loi (voir DOC 51 2542/001).

## II.— DISCUSSION DES ARTICLES

### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> ne donne lieu à aucune observation et ne fait l'objet d'aucun amendement.

### Art. 2

#### Art. 138bis-1

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer qu'une grande partie des assurances maladie privées (par exemple les fonds de pension) n'entrent pas dans le champ d'application du projet de loi. Le ministre peut-il confirmer que les fonds de pensions n'entrent pas dans son champ d'application?

Le projet de loi ne répond pas non plus à la situation des personnes qui ne sont pas domiciliées en Belgique. Et il ne concerne pas davantage les assurances

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* merkt op dat haar wetsvoorstel (Doc nr 266/1) reers eerder werd besproken in deze commissie ; de bespreking werd toen echter niet verdergezet omdat de indertijd bevoegde minister, mevrouw Moerman, een wetsontwerp terzake had aangekondigd. Mevrouw Creyf hecht er toch aan om nog eens de belangrijkste punten van haar wetsvoorstel in herinnering te brengen.

Het voorstel beoogt de wetgeving voor alle aanvullende gezondheidszorgverzekeringen op verschillende punten te verbeteren, waaronder:

- het in beginsel levenslang laten gelden van de individuele verzekering ;
- het garanderen van de toegang tot een individuele aanvullende verzekering na het verlaten van een groepsverzekering ;
- het vergoeden van alle gedekte schade na één jaar;
- het verlenen van de verzekeringswaarborg niet meer te laten afhangen van het onbetwistbaar zijn van de gestelde diagnose ;
- het in beginsel verbieden van éézijdige wijzigingen van het contract ;
- het verschaffen van tariefzekerheid ;
- het invoeren van een fiscale aftrek.

*De heer Melchior Wathelet (cdH)* verwijst naar de toelichting bij zijn wetsvoorstel.(zie DOC 51 2542/001 )

## II.— ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

### Artikel 1

Er worden geen opmerkingen geformuleerd, noch amendementen ingediend.

### Art. 2

#### Art. 138bis-1

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* merkt op dat een groot deel van de private ziekteverzekeringen buiten het toepassingsgebied van het wetsontwerp vallen zoals bijvoorbeeld de pensioenfondsen. Kan de minister bevestigen dat de pensioenfondsen buiten het toepassingsgebied vallen?

Het wetsontwerp biedt ook geen antwoord op de situatie van personen die niet in België gedomicilieerd zijn. Het wetsontwerp heeft ook geen betrekking op de ver-

proposées par les mutualités. Bien que le ministre Demotte soit compétent en la matière, il n'a encore pris aucune initiative à cet égard. Où en est ce dossier?

*Le ministre* répond que le champ d'application du projet de loi est clairement délimité. Le projet définit très bien les assurances sur lesquelles il porte. Un projet de loi concernant les assurances proposées par les mutualités a été soumis à l'avis du Conseil d'État. Ce projet sera bientôt soumis à la Chambre.

Les fonds de pension n'offrent pas la même couverture que les contrats d'assurance maladie privés visés ici. Pour les contrats d'assurance maladie privés, le principe de l'assurance à vie ne s'applique pas seulement à l'assuré principal, mais aussi aux membres de sa famille. Le projet de loi concernant les assurances proposées par les mutualités part du même principe. Ce principe ne s'applique toutefois pas aux fonds de pension.

Le ministre souligne que ce projet de loi ne s'applique qu'à la situation belge. Les cas étrangers doivent être réglés au niveau européen, mais pour ce faire, il faut une unanimité entre les États membres.

#### Art. 138bis-2

Aucune observation n'est formulée et aucun amendement n'est présenté.

#### Art138bis-3

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* demande quelle est la portée du § 4 de cet article, qui traite du contrat d'assurance maladie offert à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie. Selon l'intervenante, la moitié des assurés sur le marché de l'assurance se trouvent dans cette situation. L'exception prévue au § 4 ne risque-t-elle pas de miner le principe général de la durée à vie?

*Le ministre* répond qu'il fournira à la commission les chiffres exacts des assurés couverts par un contrat d'assurance maladie accessoire. Le projet de loi à l'examen concerne uniquement les contrats d'assurance maladie conclus en ordre principal. Le ministre plaide pour qu'un maximum d'assurés conclue un contrat d'assurance maladie en ordre principal et non en annexe à un autre contrat d'assurance.

zekeringen aangeboden door mutualiteiten. Minister Demotte is hiervoor bevoegd maar heeft daaromtrent nog altijd geen initiatief genomen. Wat is de stand van zaken in dit dossier?

*De minister* antwoordt dat het toepassingsgebied van het wetsontwerp zeer duidelijk is. Er is duidelijk omschreven welke verzekeringen wel of niet onder het toepassingsgebied vallen. Een wetsontwerp dat handelt over de verzekeringen die aangeboden worden door de mutualiteiten, is voor advies voorgelegd aan de Raad van State en zal binnenkort ingediend worden in de Kamer.

De pensioenfondsen bieden niet dezelfde dekking als de hier bedoelde private ziekteverzekeringsovereenkomsten. Voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt het principe van het levenslang verzekerd zijn, niet alleen voor de hoofdverzekerde maar ook voor zijn familieleden. Het wetsontwerp inzake verzekeringen die aangeboden worden door de mutualiteiten gaat uit van hetzelfde principe. Dit principe geldt echter niet voor de pensioenfondsen.

De minister wijst erop dat dit wetsontwerp enkel geldt voor de Belgische situatie. Buitenlandse gevallen moeten op Europees niveau geregeld worden, daarvoor is echter eensgezindheid nodig tussen alle Europese lidstaten.

#### Art. 138bis-2

Er worden geen opmerkingen geformuleerd, noch amendementen ingediend.

#### Art. 138bis-3

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* vraagt wat de draagwijdte is van §4 van dit artikel dat handelt over ziekteverzekeringsovereenkomst die op bijkomende wijze is aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is. Volgens spreekster bevindt de helft van de verzekerden op de verzekeringsmarkt zich in dergelijke situatie. Dreigt de uitzondering voorzien in §4, het algemeen principe van de levenslange duur niet te ondergraven?

*De minister* antwoordt dat hij de exacte cijfers van de verzekerden die via een bijkomende ziekteverzekeringsovereenkomst verzekerd zijn, aan de commissie zal bezorgen. Dit wetsontwerp gaat enkel over ziekteverzekeringsovereenkomsten die in hoofdorde zijn afgesloten. De minister pleit ervoor dat zoveel mogelijk verzekerden een ziekteverzekeringsovereenkomst in hoofdorde zouden afsluiten en niet als annex bij een andere verzekeringsovereenkomst.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* demande si le projet de loi ne porte pas préjudice aux autres dispositions de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

*Le ministre* répond que l'énumération, dans cet article, des articles 6, 7, 11, 14, etc. de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre a pour but d'indiquer clairement que le caractère à vie du contrat d'assurance maladie ne porte pas préjudice aux sanctions prévues par ces dispositions en cas de déclaration inexacte du risque, de non-paiement de la prime, etc.

Il va de soi que les autres dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre restent également d'application dans la mesure où les dispositions prévues dans le projet de loi à l'examen n'y dérogent pas. Les articles contenus dans le nouveau chapitre IV inséré par le projet de loi à l'examen doivent être considérés comme des dispositions particulières.

*Mme Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 3 - DOC 51 2689/002), qui tend à supprimer l'alinéa 2 du § 2. L'article 30, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre contient déjà une disposition spécifique relative à la résiliation des contrats d'assurance maladie. L'alinéa 2, proposé, du § 2 est dès lors superflu.

*Le ministre* souscrit à l'amendement n° 3.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 4 - DOC 51 2689/002), qui tend à préciser que les contrats privés d'assurance maladie ne peuvent être conclus pour une durée limitée que si c'est dans l'intérêt de l'assuré. L'amendement offre une meilleure protection aux assurés, car s'il est adopté, les entreprises d'assurance pourront moins aisément contourner le caractère viager de l'assurance maladie.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* demande qui doit prouver que l'assuré a intérêt à la conclusion d'un tel contrat et quelle est la procédure à suivre dans ce cadre. Qui appréciera cet intérêt? La conclusion d'un tel contrat pourra-t-elle être refusée pour cause d'absence d'intérêt?

*Le ministre* répond qu'il s'agit en l'espèce d'une norme ouverte qui devra être interprétée par le juge. L'exception de la durée limitée peut uniquement être appliquée

*Mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* vraagt of het wetsontwerp geen afbreuk doet aan de andere bepalingen van de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

*De minister* antwoordt dat de opsomming van de artikelen 6, 7, 11, 14 enz... van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst in onderhavig artikel tot doel heeft duidelijk te maken dat het levenslang karakter van de ziekteverzekeringsovereenkomst geen afbreuk doet aan de sancties die door deze bepalingen worden voorzien in geval van onjuiste opgave van het risico, bij niet betaling van de premie enz...

Het spreekt vanzelf dat de andere bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst eveneens toepasselijk blijven in de mate dat de bepalingen in onderhavig wetsontwerp voorzien er niet van afwijken. De bepalingen die ingevoegd worden via het nieuwe hoofdstuk IV door dit wetsontwerp, dienen als bijzondere bepalingen aangemerkt te worden

Er wordt een amendement nr. 3 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt het tweede lid van §2 te schrappen. Artikel 30, §1, vierde lid van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst bevat reeds een specifieke bepaling over de opzegging van ziekteverzekeringsovereenkomsten. Het voorgestelde tweede lid van § 2 is bijgevolg overbodig.

*De minister* gaat akkoord met amendement nr. 3

Er wordt een amendement nr. 4 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt te specificeren dat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten enkel voor een beperkte duurtijd kunnen aangegaan worden als dat in het belang is van de verzekerde. Het amendement leidt tot een betere bescherming van de verzekerden omdat het de verzekeringsondernemingen moeilijker maakt om te ontkomen aan de verplichting dat de ziekteverzekeringsovereenkomsten levenslang worden aangegaan.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* vraagt wie dit belang moet aantonen en hoe dat dan moet gebeuren. Wie zal het belang beoordelen? Kan dit belang ook geweigerd worden?

*De minister* antwoordt dat het hier gaat om een open norm dat door de rechter zal moeten geïnterpreteerd worden. De uitzondering van de beperkte duurtijd is

dans l'intérêt de l'assuré. C'est dans ce sens que les juges devront interpréter le texte de loi.

*Le ministre* souscrit à l'amendement n° 4.

Art. 138bis-3bis (nouveau)

L'amendement n° 22 (DOC 51 2689/003), présenté par Mme Karine Lalieux (PS) et consorts, tend à insérer un article 138bis-3bis (nouveau). L'amendement contraint la compagnie d'assurances à transférer, en cas de résiliation d'un contrat d'assurance, le montant de la réserve de vieillissement au nouvel assureur. Si l'on ne prévoit pas un pareil transfert, l'assuré aurait en effet moins de possibilités de changer d'assureur, et donc de faire jouer la concurrence.

*Le ministre* ne souscrit pas à l'amendement n° 22. Il n'existe en effet aucune réglementation générale au sujet de la réserve de vieillissement, qui obligerait tous les assureurs à constituer une telle réserve. En outre, la constitution de cette réserve peut donner lieu à des majorations de la prime.

Mme Karine Lalieux (PS) plaide pour que la constitution d'une réserve de vieillissement soit insérée en tant que principe général dans la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

*Le ministre* réplique qu'il est prévu de réaliser une évaluation de la nouvelle réglementation relative aux contrats privés d'assurance maladie, ainsi que de la réglementation analogue relative aux assurances proposées par les mutuelles, qui sera également instaurée. À la suite de cette évaluation, l'opportunité d'instaurer un principe général de constitution d'une réserve de vieillissement sera examinée.

Art. 138bis-4

Mme Simonne Creyf (CD&V) constate qu'aucun critère objectif n'est fixé pour pouvoir modifier les bases techniques du calcul de la prime et des conditions d'assurance. Comment faut-il comprendre les expressions «paramètres objectifs» et «influence significative»? Comment la CBFA doit-elle interpréter ces notions qui, selon l'intervenante, manquent totalement de clarté? Ne risque-t-on pas que la CBFA tienne davantage compte de l'équilibre financier des compagnies d'assurances

enkel mogelijk als het in het belang is van de verzekerde. In die zin zullen de rechters de wettekst moeten interpreteren.

*De minister* gaat akkoord met amendement nr. 4.

Art. 138bis-3bis (nieuw)

Er wordt een amendement nr. 22 (DOC 51 2689/003) ingediend door mevrouw Karine Lalieux (PS) c.s. dat een artikel 138bis-3bis (nieuw) invoert. Het amendement verplicht de verzekeringsonderneming om in geval van de opzegging van een verzekeringsovereenkomst het bedrag van de reserve voor veroudering over te maken aan de nieuwe verzekeraar. 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.

*De minister* gaat niet akkoord met amendement nr. 22. Er bestaat immers geen algemene regeling voor de reserve voor veroudering waardoor niet alle verzekeraars dergelijke reserve aanleggen. Bovendien kan het aanleggen van deze reserve leiden tot premieverhogingen.

Mevrouw Karine Lalieux (PS) pleit ervoor dat de aanleg van een reserve voor veroudering als algemeen principe in de wet op de landverzekeringsovereenkomst zou opgenomen worden.

*De minister* repliceert dat er een evaluatie zal volgen van de nieuwe regeling m.b.t. private ziekteverzekeringsovereenkomsten evenals van de analoge regeling m.b.t. de verzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen die ook zal worden ingevoerd. Naar aanleiding van deze evaluatie zal overwogen worden of de invoering van een algemeen principe van aanleg van een reserve voor veroudering opportuun is.

Art. 138bis-4

Mevrouw Simonne Creyf (CD&V) stelt vast dat er geen objectieve criteria zijn vastgelegd om de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden ervan te kunnen wijzigen. Wat dient er begrepen te worden onder de term «objectieve parameters» en «betekenisvolle invloed». Hoe moet de CBFA deze begrippen interpreteren? De begrippen zijn volgens spreekster helemaal niet duidelijk. Bestaat er geen gevaar dat de CBFA meer rekening zal houden met het

que de l'intérêt des patients? La liberté d'appréciation accordée à la CBFA est, selon Mme Creyf, beaucoup trop large.

L'intervenante renvoie aux auditions au cours de laquelle la CBFA a elle-même déclaré ne pas être favorable au pouvoir d'appréciation qui lui serait confié en ce qui concerne les modifications à apporter aux bases techniques du calcul de la prime ainsi qu'aux conditions de couverture. La CBFA a proposé de confier cette tâche au Centre fédéral d'Expertise des soins de santé. La CBFA est-elle l'instance la mieux placée pour apprécier les modifications à apporter à la prime, aux prestations et aux conditions de couverture?

En ce qui concerne le § 5, Mme Creyf fait observer que le délai d'au moins un mois avant la date de l'échéance annuelle de la prime est trop bref. Il importe que le preneur d'assurance soit informé plus tôt de la modification de la prime et des conditions de couverture.

*Mme Karine Lalieux (PS)* demande que la modification de la prime et/ou des conditions de couverture autorisée dans les cas prévus aux § 2, 3 et 4 (indexation, hausse du coût réel des prestations garanties et modification légale ou réglementaire ayant une influence sur l'assurance-maladie) ne soit permise que s'il n'est pas porté atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat d'assurance, par analogie à la réglementation prévue à l'article 32.3 de la loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur à propos des clauses abusives.

*Le ministre* répond que la proposition de madame Lalieux est inspirée de l'article 32.3 de la loi sur les pratiques du commerce qui prévoit qu'une modification unilatérale du contrat ne peut porter sur les caractéristiques essentielles du contrat.

Le ministre est d'avis que cette disposition ne peut être appliquée dans le cas présent pour les raisons suivantes :

1. L'article 32 de la loi sur les pratiques du commerce vise expressément l'hypothèse du co-contractant qui se réserve dans le contrat le droit de modifier unilatéralement ce dernier.

financieel evenwicht van de verzekeringsondernemingen dan met het belang van de patiënten? De beoordelingsvrijheid die gegeven wordt aan de CBFA is volgens mevrouw Creyf veel te ruim.

De spreekster verwijst naar de hoorzittingen waarbij de CBFA zelf heeft aangegeven geen voorstander te zijn van het feit dat zij bevoegd zou worden om te oordelen over wijzigingen van de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden. De CBFA heeft voorgesteld dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg deze taak op zich zou nemen. Is de CBFA wel de meest geschikte instantie om te oordelen over de wijzigingen van de premie, prestaties en dekkingsvoorwaarden?

M.b.t. paragraaf 5 merkt mevrouw Creyf op dat de minimumtermijn van één maand voor de jaarlijkse verval dag van de premie te kort is. Het is van belang dat de verzekerde vroeger op de hoogte gebracht wordt van de wijziging van de premie en de dekkingsvoorwaarden.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* vraagt dat de wijziging aan de premie en/of de dekkingsvoorwaarden die toegelaten wordt in de gevallen voorzien door de §§ 2, 3 en 4 van artikel 138bis-4 (indexering, stijging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en wijziging aan wetten of reglementen die de ziekteverzekering beïnvloeden) enkel mogelijk zou zijn wanneer niet geraakt wordt aan de wezenlijke kenmerken van het verzekeringscontract naar analogie met de regeling voorzien in artikel 32.3 van de wet van 14 juli 1991 betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument i.v.m. de onrechtmatige bedingen

*De minister* antwoordt dat het voorstel van mevrouw Lalieux geïnspireerd is op artikel 32.3 van de wet betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument, dat bepaalt dat een eenzijdige aanpassing van de overeenkomst geen betrekking mag hebben op de wezenlijke kenmerken van de overeenkomst.

Volgens de minister kan die bepaling in dit geval niet worden toegepast, en wel om de volgende redenen:

1. Artikel 32 van de wet betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument slaat uitdrukkelijk op het geval waarin de medecontractant zich het recht voorbehoudt de overeenkomst eenzijdig aan te passen.

En l'espèce, l'assureur ne se réserve pas le droit de modifier unilatéralement le contrat, mais cette faculté lui est accordée par la loi dans trois cas bien précis limitativement énoncés à l'article 138bis-4 en raison du fait que le contrat est conclu à vie.

La modification du contrat est donc la conséquence de facteurs externes prévus par la loi. Il ne s'agit pas d'une décision unilatérale de l'assureur.

Cette faculté ne peut en outre être exercée que dans le cadre des conditions restrictives reprises à l'article 138bis-4.

2. Il ne serait pas possible d'obliger l'assureur à conclure un contrat d'assurance à vie s'il ne pouvait dans les cas prévus à l'article 138bis-4 apporter des modifications à la prime et/ou aux conditions d'assurance. Une telle interdiction absolue bouleverserait complètement l'équilibre contractuel et aurait pour conséquence que les assureurs refuseraient de souscrire un contrat à vie. Le but poursuivi par le projet de loi ne pourrait donc être réalisé.

Les modifications possibles dans les trois cas prévus par la loi peuvent avoir pour conséquence que l'une ou l'autre caractéristique essentielle du contrat d'assurance soit modifiée. Ce ne sera pas nécessairement la règle, mais c'est une possibilité. La question est aussi de savoir ce qu'est une caractéristique essentielle du contrat d'assurance. Cela aussi prête à discussion.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 5 - DOC 51 2689/002) tendant à indiquer expressément que seul le preneur d'assurance a le droit de solliciter une modification du contrat d'assurance.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 6 - DOC 51 2689/002) tendant à indiquer que la modification d'un contrat d'assurances moyennant l'accord réciproque des parties peut uniquement avoir lieu si elle est dans l'intérêt du preneur d'assurance.

*Le ministre* souscrit aux amendements n°s 5 et 6 parce qu'ils soulignent une fois de plus que le projet de loi vise en premier lieu à protéger le preneur d'assurance. Ces amendements rendront aussi l'interprétation de la loi plus claire pour les juges.

De verzekeraar behoudt zich in dit geval niet het recht voor de overeenkomst eenzijdig te wijzigen, maar die mogelijkheid is hem wel bij wet toegestaan in drie welomschreven gevallen, die limitatief in artikel 138bis-4 worden opgesomd omdat de overeenkomst voor het leven wordt gesloten.

De aanpassing van de overeenkomst is dan ook het gevolg van externe, bij wet bepaalde factoren. Het gaat niet om een eenzijdige beslissing van de verzekeraar.

Die mogelijkheid kan trouwens alleen worden toegepast in het kader van de in artikel 138bis-4 vermelde restrictieve voorwaarden.

2. De verzekeraar zou niet kunnen worden verplicht een overeenkomst voor het leven te sluiten, mocht hij niet in de in artikel 138bis-4 bedoelde gevallen wijzigingen kunnen aanbrengen wat de premie en/of de verzekeringsvoorwaarden betreft. Een dergelijk absoluut verbod zou het contractuele evenwicht volledig onderuit halen, en tot gevolg hebben dat de verzekeraars een levenslange overeenkomst zouden weigeren te sluiten. Het met het wetsontwerp beoogde doel zou dus niet kunnen worden verwezenlijkt.

De wijzigingen welke in de drie wettelijk bepaalde gevallen mogelijk zijn, kunnen tot gevolg hebben dat een of ander wezenlijk kenmerk van de verzekeringsovereenkomst wordt gewijzigd. Dat zal niet noodzakelijkerwijs de regel zijn, maar het is mogelijk. Tevens rijst de vraag wat nu feitelijk moet worden verstaan onder een wezenlijk kenmerk van de verzekeringsovereenkomst. Ook dat is stof voor discussie.

*Amendement nr. 5 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s.* beoogt te verduidelijken dat enkel de verzekeringnemer het recht heeft een wijziging van de verzekeringsovereenkomst aan te vragen.

*Amendement nr. 6 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s.*, beoogt te verduidelijken dat de wijziging van een verzekeringsovereenkomst in wederzijds akkoord enkel kan wanneer de wijziging in het belang is van de verzekeringnemer.

*De minister* gaat akkoord met de amendementen nrs. 5 en 6 omdat ze nog eens benadrukken dat het wetsontwerp in eerste plaats de verzekeringnemer wenst te beschermen. Door deze amendementen zal het ook voor de rechters duidelijker zijn hoe zij deze wet moeten interpreteren.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* souscrit à l'amendement n° 5 mais formule une observation à ce propos. Le véritable problème en matière de modifications tarifaires réside en réalité dans les §§ 2, 3 et 4 du même article, qui prévoient qu'une adaptation ne nécessite aucun accord entre les parties ni de demande préalable du preneur d'assurance. Ainsi, le projet prévoit que la prime peut être adaptée pendant la durée du contrat, notamment lorsqu'il y a une influence significative sur le coût réel ou l'étendue des prestations garanties. C'est la CBFA qui évalue cette influence.

L'intervenante souscrit également à l'amendement n° 6. L'amendement prévoit encore une protection supplémentaire pour le consommateur. Si une modification du montant de la prime ne peut avoir lieu que moyennant l'accord réciproque des parties et à la demande exclusive du preneur d'assurance, une adaptation des bases techniques de la prime et des conditions de couverture n'est acceptée que si elle est dans l'intérêt du preneur d'assurance. Le respect d'une telle disposition peut-il être assuré?

*Le ministre* répond que les contrats d'assurance resteront d'application à vie, quel que soit l'état de santé de l'assuré. La prime et les conditions de couverture peuvent par contre être adaptées en cas de modifications qui ont une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties, par exemple une modification du régime de sécurité sociale qui a des conséquences pour le coût d'un traitement médical particulier. L'influence significative est évaluée par la CBFA en concertation avec le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (voir amendement n° 7). Le Centre Fédéral d'Expertise fournira des paramètres objectifs à la CBFA afin d'évaluer l'influence significative.

Selon le ministre, la CBFA ne risque pas de ne pas tenir compte des intérêts des patients. L'ensemble du projet de loi vise une meilleure protection de l'assuré. La CBFA devra donc également en tenir compte lors de son évaluation.

Le ministre estime que le délai de 30 jours alloué à la CBFA pour statuer sur l'influence significative n'est pas trop court. Un délai analogue est prévu dans le cadre de l'assurance contre les catastrophes naturelles sans que cela pose problème. Le secteur de l'assurance n'a formulé aucune objection en la matière au cours de l'élaboration du projet de loi.

*L'amendement n° 7 (DOC 51 2689/002)* présenté par *Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* et consorts tend à préciser qu'il est possible d'adapter la prime, les fran-

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* gaat akkoord met amendement nr. 5 maar maakt een kanttekening. Het echte probleem m.b.t. tariefwijzigingen zit evenwel in de §§ 2, 3 en 4 van hetzelfde artikel waarvoor geen akkoord tussen de partijen vereist is en waar geen voorafgaandelijk verzoek is van de verzekeringnemer. Zo kan de premie worden aangepast tijdens de looptijd van het contract o.a. wanneer er een betekenisvolle invloed is op de reële kosten of de omvang van de dekking, zo stelt het ontwerp. De beoordeling ervan gebeurt door de CBFA

De spreekster kan zich eveneens terugvinden in amendement nr. 6. Het amendement voorziet in nog een extra bescherming van de consument. Hoewel een premiewijziging enkel kan in wederzijds akkoord en op uitsluitend verzoek van de verzekeringnemer, wordt een aanpassing aan de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden enkel aanvaard wanneer het in het belang is van de verzekeringnemer. Is dergelijke bepaling wel afdwingbaar?

*De minister* antwoordt dat de verzekeringscontracten levenslang van toepassing zullen blijven wat ook de gezondheidstoestand zal zijn van de verzekerde. De premie en dekkingsvoorwaarden kunnen wel gewijzigd worden indien er wijzigingen zijn die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties vb. een wijziging in het sociale zekerheidsstelsel dat gevolgen heeft voor de kostprijs van een bepaalde medische behandeling. De betekenisvolle invloed wordt beoordeeld door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (zie amendement nr. 7). Het Federaal Kenniscentrum zal aan het CBFA objectieve parameters aanreiken om de betekenisvolle invloed te beoordelen.

Er bestaat volgens de minister geen gevaar dat de CBFA geen rekening zal houden met de belangen van de patiënten. Heel het wetsontwerp is opgebouwd rond de betere bescherming van de verzekerde. De CBFA zal in haar beoordeling hier dus ook rekening mee moeten houden.

De termijn van 30 dagen die de CBFA krijgt om te oordelen over de betekenisvolle invloed is volgens de minister niet te kort. In de natuurrampenverzekering wordt met een gelijkaardige termijn gewerkt zonder dat dit aanleiding geeft tot problemen. De verzekeringssector heeft tijdens de voorbereide besprekingen van het wetsontwerp geen bezwaar geuit tegen deze termijn.

*Amendement nr. 7 (DOC 51 2689/002)* ingediend door *mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* c.s. strekt ertoe te verduidelijken dat wijzigingen aan de premie, vrij-

chises et les prestations en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts. Les variations de coûts sont constatées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs. En tant qu'instance indépendante, 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.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer que l'amendement n° 7 maintient la possibilité d'adapter la prime, la franchise et les conditions lorsqu'un paramètre objectif et justifié induit une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres. L'amendement prévoit également l'intervention du Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé dans la fixation de ce paramètre, une mission qui revenait initialement à la CBFA.

L'intervenante tient à rappeler que lors de son audition, le représentant de la CBFA avait explicitement souligné qu'il ne pouvait revenir à la CBFA de décider si une hausse des coûts des prestations garanties ou une modification du cadre légal et/ou réglementaire sont suffisamment significatives pour justifier une adaptation de la prime et de la couverture. Le représentant avait alors suggéré de transférer cette compétence au Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé, ce qui va bien au-delà de ce que propose l'amendement puisqu'il prévoit que le Centre Fédéral d'Expertise se voit uniquement confier une sorte de fonction consultative. Pourquoi n'a-t-on pas donné suite à la suggestion de la CBFA? Cet amendement a-t-il fait l'objet d'une concertation avec le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé? Le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé est-il en mesure de s'acquitter de cette mission, ainsi que le représentant de la CBFA se le demandait?

*Le ministre* s'étonne de la critique formulée par la CBFA au cours des auditions. En effet, la CBFA est une instance prudentielle qui rend des avis sur, et intervient dans les primes et les tarifs dans le domaine des assurances. Il est dès lors singulier que la CBFA émette spécifiquement des réserves en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie.

La fixation définitive des paramètres objectifs n'est pas du ressort de la CBFA mais appartient au Roi. Dans une période intermédiaire, la CBFA est donc habilitée à fixer les paramètres objectifs.

stellungen en prestaties mogelijk zijn op grond van de vaststelling van duurzame prijsschommelingen. De prijsschommelingen worden vastgesteld op grond van representatieve en objectieve parameters. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg staat als onafhankelijke instelling in voor de verificatie van de methodologische geldigheid van de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* merkt op dat het amendement nr. 7 de mogelijkheid laat bestaan om de premie, de franchise en de voorwaarden te wijzigen wanneer er door een objectieve en verantwoorde parameter een verschil in evolutie is tussen het indexcijfer en deze parameters. Eveneens voorziet het amendement in een interventie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bij het vastleggen van die parameter, daar dit aanvankelijk enkel aan de CBFA toekwam.

De spreekster wenst eraan te herinneren dat tijdens de hoorzitting de vertegenwoordiger van de CBFA uitdrukkelijk had gesteld dat de bevoegdheid om te beslissen of een stijging van de kosten voor de gewaarborgde prestaties of een wijziging van het wettelijk en/of reglementair kader, betekenisvol genoeg zijn om een wijziging van de premie en de dekking te verantwoorden, niet aan de CBFA kan toekomen. De vertegenwoordiger gaf toen de suggestie om deze bevoegdheid volledig over te dragen aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, wat dus veel verder gaat dan wat hier wordt voorgesteld. Hier krijgt dat Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg enkel een soort van adviesfunctie. Waarom is op de suggestie van de CBFA niet volledig ingegaan? Is dit amendement overlegd met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg? Kan het Federaal Kenniscentrum deze taak aan, zoals de vertegenwoordiger van de CBFA zich ook afvroeg?

*De minister* is verrast met de kritiek die de CBFA geuit heeft op de hoorzittingen. De CBFA is namelijk een prudentiële instantie die in verzekeringsaangelegenheden advies geeft en tussenkomst inzake premies en tarieven. Het is dan ook eigenaardig dat de CBFA voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten dan specifiek voorbehoud maakt.

Het definitief vaststellen van de objectieve parameters behoort niet toe aan de CBFA maar aan de Koning. In een tussenperiode is dus de CBFA bevoegd voor het bepalen van de objectieve parameters.



*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 8 – DOC 51 2689/002) tendant à préciser que le montant de la prime et/ou les conditions d'assurance ne peuvent être adaptés qu'en cas de modification durable du coût réel des prestations garanties. Les termes «modification légale ou réglementaire» sont élargis et remplacés par celui de «circonstances» afin d'aligner le projet de loi sur ce qui prévaut pour les mutualités.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer que l'amendement n° 8 prévoit que le montant de la prime peut être adapté en cas d'augmentation du coût réel pour autant que cette augmentation soit «durable» (il ne peut donc s'agir d'un pic de courte durée).

Cet amendement étend en outre la possibilité d'augmenter le montant de la prime. Il permet que toutes les circonstances ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties puissent donner lieu à une adaptation tarifaire. Dans le projet de loi même, il n'était question, auparavant, que d'une modification de la législation. Qu'entend-on par circonstances? Pourquoi utilise-t-on cette formulation? L'intervenante estime que cette disposition est beaucoup trop vague et beaucoup trop large et qu'elle pourrait donner lieu à une demande constante d'augmentation du montant de la prime pendant la durée du contrat.

*Le ministre* répond qu'il s'agit d'une modification tarifaire, ce qui peut impliquer tant une augmentation qu'une diminution du montant de la prime. Il ne s'agit pas de toutes les circonstances, mais bien de circonstances très spécifiques. Il doit s'agir d'une circonstance ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties. La CBFA se prononcera à cet égard sur la base de données objectives. La modification du coût réel des prestations garanties doit de surcroît être durable. Il est donc faux de dire que le montant de la prime ou les conditions d'assurance peuvent être modifiés sur la base de n'importe quelle modification ou circonstance. Il ne peut s'agir d'un fait ponctuel ou d'un phénomène temporaire.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* précise que les mots «modification légale ou réglementaire» ont été remplacés par le mot «circonstances» afin de conformer le projet de loi aux dispositions en vigueur pour les mutualités. Par le terme «circonstances», il convient cependant d'entendre uniquement les modifications légales et réglementaires;

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 9, DOC 51 2689/002), tendant à préciser clairement qu'en cas de modification de

Er wordt een amendement nr. 8 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat beoogt te benadrukken dat de premies en/of dekkingsvoorwaarden enkel kunnen gewijzigd worden als de wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties duurzaam is. De term «wettelijke of reglementaire wijziging» wordt verruimd naar «omstandigheden» om het wetsontwerp af te stemmen op wat geldt voor de ziekenfondsen.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* wijst erop dat amendement nr. 8 voorziet dat een aanpassing van de premie kan, wanneer er een stijging is van de reële kosten op voorwaarde dat de stijging «duurzaam» is (er mag dus geen sprake zijn van een korte piek).

Dit amendement breidt bovendien de mogelijkheid om de premie te laten stijgen, uit. Dit amendement laat toe dat alle omstandigheden die een betekenisvolle invloed hebben op de gewaarborgde prestaties aanleiding kunnen geven tot een aanpassing van de premie. In het wetsontwerp zelf was voorheen enkel sprake van een wijziging van de wetgeving. Wat wordt bedoeld met alle omstandigheden? Waarom wordt dit zo omschreven? Spreekster vindt deze bepaling veel te vaag en veel te ruim en dat het zou aanleiding kunnen geven tot een constante vraag om de premie tijdens de looptijd van het contract te verhogen.

*De minister* antwoordt dat het gaat om een premiewijziging, dit kan dus zowel een stijging als een daling van de premie inhouden. Het gaat niet om alle omstandigheden maar wel om zeer specifieke omstandigheden. Het moet gaan om een omstandigheid die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties. De CBFA zal hierover oordelen op basis van objectieve gegevens. De wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties moet bovendien duurzaam zijn. Het is dus niet zo dat op basis van eender welke wijziging of omstandigheid de premies of dekkingsvoorwaarden kunnen gewijzigd worden. Het kan dus niet gaan om een eenmalig feit of om een tijdelijk fenomeen.

*Mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* verduidelijkt dat de term «wettelijke of reglementaire wijziging» gewijzigd is in de term «omstandigheden» om het wetsontwerp af te stemmen op wat geldt voor de ziekenfondsen. Met de term «omstandigheden» worden wel enkel wettelijke en reglementaire wijzigingen bedoeld.

Er wordt een amendement nr. 9 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt uitdrukkelijk te bepalen dat bij

la prime ou des tarifs, il y a lieu de tenir compte du principe de proportionnalité. Il faut en effet veiller à ce que les entreprises d'assurances ne puissent profiter de cette disposition pour imposer une modification hors de toute proportion avec la modification (même significative) que ces événements produisent.

Tant *Mme Simonne Creyf (CD&V)* que *le ministre* marquent leur accord sur l'amendement n° 9, parce qu'il offre encore plus de garanties à l'assuré.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 10, DOC 51 2689/002), tendant à rendre la CBFA également compétente pour se prononcer sur le principe de proportionnalité et à associer le Centre fédéral d'expertise des soins de santé dans le processus décisionnel sur le caractère significatif de l'influence. Il instaure en outre un délai dans lequel la CBFA doit prendre une décision sur le caractère significatif de l'influence et sur la proportionnalité. Si cette décision n'est pas rendue dans le délai, le caractère significatif de l'influence et la proportionnalité sont réputés être reconnus

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer que l'amendement n° 10 prévoit une intervention du Centre fédéral d'expertise des soins de santé dans l'évaluation du caractère significatif ou non de la hausse du coût réel que pourrait entraîner une augmentation de la prime ou de la franchise, alors que cette compétence était initialement confiée à la seule CBFA.

En outre, à la suite de cet amendement, la CBFA ne dispose que d'un délai de 30 jours pour se prononcer sur le caractère significatif de la hausse du coût et la proportionnalité. Ce délai sera-t-il suffisant pour se prononcer sur le fond et surtout pour prendre connaissance de l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé?

L'intervenante estime que la CBFA risque de ne pas pouvoir suivre si le nombre de demandes de recalcul de la prime est très important. La modification proposée risque dès lors d'être acceptée d'office à l'expiration du délai. En effet, la modification est acceptée lorsqu'aucune réponse n'est donnée.

*Mme Creyf* estime qu'il faudrait inverser les termes de cette règle: la modification devrait être rejetée lorsqu'aucune réponse n'est donnée dans le délai prévu. Elle présente dès lors l'amendement n° 25 (DOC 51 2689/003, sous-amendement à l'amendement n° 10).

een wijziging van de premie of de tarieven moet rekening gehouden worden met het evenredigheidsbeginsel. 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.

Zowel *mevrouw Simmone Creyf (CD&V)* als *de minister* gaan akkoord met amendement nr. 9 omdat het nog meer waarborgen biedt aan de verzekerde.

*Mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s.* dient een amendement nr. 10 (DOC 51 2689/002) in dat ertoe strekt de CBFA ook bevoegd te maken om te oordelen over het proportionaliteitsbeginsel en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg mee te betrekken in het beslissingsproces over de betekenisvolle invloed. Er wordt bovendien een termijn ingesteld binnen dewelke de CBFA een beslissing moet nemen over de betekenisvolle invloed en de proportionaliteit. Gebeurt er niets binnen die termijn, dan worden de betekenisvolle invloed en de proportionaliteit geacht te zijn erkend.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* stelt dat amendement nr. 10 voorziet in een interventie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bij het beoordelen van het al dan niet betekenisvol karakter van de stijging van de reële kosten die een stijging van de premie of de franchise tot gevolg zou kunnen hebben, daar waar dit aanvankelijk enkel aan de CBFA toekwam

De CBFA krijgt door dit amendement slechts een termijn van 30 dagen, om te oordelen over het betekenisvol karakter van de stijging van de kosten en de proportionaliteit. Zal dit wel voldoende zijn om ten gronde te oordelen en vooral ook het advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg te kunnen kennen?

Het gevaar bestaat volgens spreekster dat wanneer er heel wat aanvragen zijn om de premie te herberekenen de CBFA dit niet kan opvolgen, waardoor de voorgestelde wijziging de facto wordt aanvaard door het verstrijken van de termijn. Immers, wanneer er geen antwoord volgt, wordt de wijziging aanvaard.

*Mevrouw Creyf* is van mening dat dit principe zou moeten worden omgedraaid: volgt er geen antwoord binnen de termijn, dan wordt de wijziging afgewezen. Bijgevolg dient zij een amendement nr. 25 (DOC 51 2689/003) in als subamendement op amendement nr. 10.

*Le ministre* ne souscrit pas à l'amendement n° 25. En principe, si la CBFA ne prend pas de décision dans le délai prescrit, la modification est censée avoir été approuvée. Ce principe est également d'application dans les autres procédures. De plus, la CBFA ne risque pas d'être surchargée puisque seules les conditions générales sont visées, et donc pas les situations individuelles.

*M<sup>me</sup> Simonne Creyf (CD&V)* réplique que le délai de trente jours est néanmoins très court. Si le Centre fédéral d'expertise des soins de santé néglige le dossier, ce délai de 30 jours risque de s'écouler avant que la CBFA ait pu donner son avis. Si le dossier reste coincé au Centre fédéral d'expertise, l'assuré sera le dindon de la farce.

*Mme Karine Lalieux (PS)* partage le point de vue de *M<sup>me</sup> Creyf*. Il serait inacceptable que l'assuré supporte les conséquences des retards éventuels d'une institution, et il convient dès lors d'inverser les termes de la règle, comme le propose *M<sup>me</sup> Creyf*, ou de prévoir un délai de plus de trente jours.

*Le ministre* donne son accord pour la prolongation du délai de 30 jours et présente l'amendement n° 27 (DOC 51 2689/003, sous-amendement à l'amendement n° 10), qui prévoit de suspendre ce délai pendant un délai maximum de 30 jours au cours duquel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit transmettre son avis à la demande de la CBFA.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 11 - DOC 51 2689/002), qui tend à préciser que la protection des preneurs d'assurance 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.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* estime que l'amendement n° 11 améliore l'article, car il précise pour quelles branches d'assurances la profession, le revenu et le statut de sécurité sociale ont une influence. Il est également logique que l'adaptation ne puisse être que raisonnable et proportionnelle. À qui l'appréciation sera-t-elle laissée? Cette mesure est-elle contraignante et aura-t-elle véritablement une valeur ajoutée?

*De minister* gaat niet akkoord met amendement nr. 25. Het principe is dat als de CBFA geen beslissing neemt binnen een bepaalde termijn, de beslissing wordt geacht te zijn goedgekeurd. Dit principe wordt ook toegepast in andere procedures. Bovendien dreigt er geen gevaar dat de CBFA zal overbevraagd worden omdat het moet gaan om algemene omstandigheden. Het kan dus niet gaan om individuele gevallen.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* repliceert dat de termijn van 30 dagen wel erg kort is. Als het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg het dossier laat liggen, bestaat het gevaar dat de termijn van 30 dagen verstreken is voordat de CBFA uitspraak heeft kunnen doen. Als het dossier bij het Federaal Kenniscentrum blijft liggen, is de verzekerde dus de gedupeerde.

*Mevrouw Karine Lalieux (PS)* beaamt de opmerking van mevrouw Creyf. Het is onaanvaardbaar dat een verzekerde het slachtoffer zou worden van een instelling die niet tijdig een advies zou uitbrengen. Ofwel moet het systeem dus omgedraaid worden zoals mevrouw Creyf voorstelt ofwel moet de termijn van 30 dagen verlengd worden.

*De minister* gaat akkoord met de verlenging van de termijn van 30 dagen en dient een amendement nr. 27 (DOC 51 2689/003) in als subamendement op amendement nr. 10 dat ertoe strekt de termijn van dertig dagen te schorsen voor maximaal dertig dagen. Tijdens deze schorsing dient het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg op vraag van de CBFA haar advies over te maken.

Er wordt een amendement nr. 11 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt te verduidelijken dat 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.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* acht het amendement nr. 11 een goede verbetering van het artikel doordat wordt bepaald voor welke verzekeringstakken het beroep, het inkomen, dan wel het statuut van sociale zekerheid een invloed hebben. Het is ook logisch dat de aanpassing slechts redelijk en proportioneel mag zijn. Wie doet de beoordeling, wat is de afdwingbaarheid en in hoeverre zal dit effectief een meerwaarde hebben?

*Le ministre* souscrit également à l'amendement n° 11.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 12 - DOC 51 2689/002), qui tend à supprimer le § 5 de l'article. Le délai d'un mois prévu par le § 5 est contraire à l'article 12 de l'arrêté royal portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, en vertu duquel le preneur d'assurance doit être averti de la modification tarifaire au moins quatre mois avant l'échéance annuelle de son contrat d'assurance.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* demande si cet amendement porte le délai à quatre mois. Quel est le fondement légal de cette modification? L'augmentation de la prime prend-elle cours immédiatement ou faut-il attendre l'échéance?

*Le ministre* répond que la modification de la prime prend cours à l'échéance.

Art. 138bis-5

L'amendement n° 13 (DOC 51 2689/002), présenté par *Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts*, tend à préciser que cet article ne porte pas atteinte aux sanctions prévues à l'article 7 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer qu'il s'agit en l'occurrence d'une petite adaptation technique mais importante de la loi, en vertu de laquelle les omissions ou inexactitudes non intentionnelles ne peuvent être sanctionnées par un refus de couverture, mais bien par la sanction prévue à l'article 7 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

L'intervenante estime que cette possibilité d'exception est beaucoup trop large, la marge d'interprétation laissée par le mot «symptôme» étant nettement trop vaste. Si l'assureur est de mauvaise volonté, toute consultation du médecin peut être interprétée comme signe de la présence d'un symptôme. Selon plusieurs orateurs entendus lors des auditions (en particulier des organisations de patients), la réglementation telle qu'elle est à présent prévue sape l'objectif du projet de loi, à savoir créer un cadre légal permettant aux personnes qui deviennent malades ou handicapées de continuer malgré tout à bénéficier de la même couverture, la couverture étant en d'autres mots incontestable. Il s'indique dès lors de ne pas parler de symptômes, mais de diagnostics.

*De minister* gaat eveneens akkoord met amendement nr. 11

Er wordt een amendement nr. 12 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt § 5 van het artikel te schrappen. De termijn van 1 maand bepaald in § 5 is namelijk strijdig met artikel 12 van het koninklijk besluit houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen dat bepaalt dat de verzekeringnemer minstens vier maanden voor de jaarlijkse vervalddag van zijn verzekeringsovereenkomst in kennis gesteld moet worden van de tariefwijziging.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* vraagt of de termijn door dit amendement nu 4 maanden bedraagt? Op grond van welke wettelijke bepalingen? Wanneer gaat de premiestijging nu in: onmiddellijk of moet de vervalddag worden afgewacht?

*De minister* antwoordt dat de premiewijziging zal ingaan op de vervalddag.

Art. 138bis-5

Amendement nr. 13 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. beoogt te verduidelijken dat dit artikel geen afbreuk doet aan de sancties voorzien in artikel 7 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* wijst erop dat het hier gaat om een belangrijke, maar kleine technische aanpassing van de wet, waardoor het onopzettelijk verzwijgen of meedelen van gegevens, niet kan worden gesanctioneerd met de mogelijke dekkingsweigering, maar wel met de sanctie van artikel 7 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

Volgens de spreekster is deze uitzonderingsmogelijkheid veel te ruim daar de term «symptoom» veel te veel interpretatieruimte laat. Bij slechte wil vanwege de verzekeraar kan elk bezoek aan de dokter aanleiding geven tot de stelling dat er reeds sprake was van een symptoom. Volgens meerdere sprekers op de hoorzittingen (vooral patiëntenorganisaties) ondermijnt de regeling zoals ze nu is voorzien het opzet van het wetsontwerp, nl. een wettelijk kader creëren waarbij mensen die ziek worden of gehandicapt toch van dezelfde dekking kunnen blijven genieten, waarbij de dekking m.a.w. onbetwistbaar is. Het verdient daarom aanbeveling niet te spreken over symptomen maar over diagnoses.

En outre, un délai de deux ans avant que la police ne devienne incontestable est relativement long. Il existe d'ores et déjà sur le marché des polices prévoyant un délai d'un an. Cette disposition a, elle aussi, soulevé des critiques au cours des auditions.

*Mme Creyf* présente par conséquent un amendement (n° 23, DOC 51 2689/003) tendant à apporter les deux modifications qu'elle propose.

Selon *Mme Creyf*, si l'on ne remplace pas le terme «symptômes» par celui de «diagnostics», le projet de loi risquerait d'être un coup dans l'eau.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* partage le point de vue de *Mme Creyf*. Le projet de loi est un pas dans la bonne direction, mais on a raté une occasion de régler le problème des maladies préexistantes. Dans le cadre de l'article 5 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, le preneur d'assurance est tenu de communiquer à l'assureur toutes les données connues de lui qui peuvent avoir une influence sur l'appréciation du risque. S'il s'agit de données médicales, cela entraîne souvent des contestations entre assurés et assureurs. Il est en effet très difficile, pour un profane, d'apprécier quels symptômes (par exemple, des maux de tête ou de la toux) sont révélateurs d'une affection chronique ultérieure. Si l'on tenait compte uniquement de diagnostics et plus de simples symptômes, il serait beaucoup plus simple de déterminer le niveau de risque.

L'intervenante avait préparé à cet effet un amendement tendant à inscrire dans l'article 5 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre que s'il s'agissait de la communication de données médicales, celles-ci ne pouvaient être basées que sur un diagnostic. Une modification de la loi sur le contrat d'assurance terrestre offre l'avantage que la disposition en question pourrait également s'appliquer à d'autres assurances, telles que les assurances solde restant dû, les assurances voyage et les assurances responsabilité civile, où cette problématique intervient également. *Mme Baeke* déplore que l'on ne soit pas parvenu à un consensus au sujet de cette proposition d'amendement au sein de la majorité.

*Le ministre* répond que le remplacement du terme «symptômes» par celui de «diagnostic» entraînerait une forte augmentation du montant de la prime. Le projet de loi fait en sorte de mettre fin à un vide juridique en ce qui concerne les maladies chroniques. Grâce au projet de loi, les maladies qui sont diagnostiquées plus de deux ans après la conclusion du contrat d'assurance seront entièrement couvertes. Les personnes qui présentent une pathologie pourront se couvrir, mais devront, pour ce faire, payer une prime d'un montant plus élevé.

Bovendien is ook de termijn van 2 jaar vooraleer een polis onbetwistbaar wordt vrij lang. Vandaag de dag zijn er op de markt reeds polissen die een termijn van 1 jaar voorzien. Ook op deze bepaling was kritiek tijdens de hoorzittingen.

Bijgevolg dient *mevrouw Creyf* een amendement nr. 23 (DOC 51 2689/003) in dat de twee door haar voorgestelde wijzigingen bevat.

Zonder de term «symptomen» te wijzigen in de term «diagnoses» dreigt het wetsontwerp een maat voor niets te zijn volgens *mevrouw Creyf*.

*Mevrouw Anne-marie Baeke (sp.a-spirit)* gaat akkoord met *mevrouw Creyf*. Het wetsontwerp is een stap in de goede richting maar er is een kans gemist om het probleem van de voorafbestaande ziekten aan te pakken. In het kader van artikel 5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst is de verzekeringnemer verplicht om al de hem bekende gegevens die invloed kunnen hebben op de beoordeling van het risico, mede te delen aan de verzekeraar. Als het om medische gegevens gaat, leidt dit vaak tot betwistingen tussen verzekeren en verzekeraars. Het is voor een leek namelijk zeer moeilijk om te oordelen welke symptomen (vb. hoofdpijn of hoest) duiden op een latere chronische aandoening. Indien men enkel rekening zou houden met diagnoses en niet met loutere symptomen, zou het veel eenvoudiger zijn om het risico te bepalen.

De spreekster had daartoe een amendement klaargemaakt om in artikel 5 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst in te schrijven dat als het om de mededeling van medische gegevens ging deze alleen konden gebaseerd zijn op een diagnose. Een wijziging van de wet op de landverzekeringsovereenkomst biedt het voordeel dat deze bepaling dan ook kan gelden voor andere verzekering zoals schuldsaldo-, reisen aansprakelijkheidsverzekeringen waar deze problematiek ook speelt. *Mevrouw Baeke* betreurt dat er omtrent dit voorstel van amendement geen consensus bereikt is binnen de meerderheid.

*De minister* antwoordt dat de wijziging van de term «symptomen» in de term «diagnose» zou leiden tot een forse verhoging van de premie. Het wetsontwerp zorgt ervoor dat er een juridische leemte i.v.m. de chronische aandoeningen wordt weggewerkt. Door het wetsontwerp worden aandoeningen die gediagnosticeerd worden meer dan twee jaar na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst volledig gedekt. Mensen met een ziektebeeld zullen zich kunnen verzekeren maar zullen daarvoor een hogere premie moeten betalen.

À terme, on aboutira à une assurance abordable pour tous. Un mécanisme de solidarité intermédiaire est nécessaire pour garantir que l'assurance maladie reste abordable. Remplacer aujourd'hui directement le terme « symptômes » par celui de « diagnostic » aurait pour effet de rendre l'assurance maladie inabordable.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* déplore le point de vue du ministre. Les maladies préexistantes sont précisément le principal problème et donnent lieu à de nombreuses contestations juridiques. Ce problème n'est donc pas résolu. De nombreuses organisations de patients ont pourtant attiré l'attention sur cette problématique.

#### Art. 138bis-5bis

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 1, DOC 51 2689/002) tendant à limiter l'obligation d'acceptation pour les malades chroniques et les handicapés aux personnes âgées de moins de 65 ans.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 14, DOC 51 2689/002) tendant à préciser 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.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer que l'amendement n° 14 apporte une fois encore une petite amélioration, mais qui n'est pas suffisante. Il prévoit que la prime réclamée aux malades chroniques ou aux handicapés doit être la même que celle qui est réclamée à une personne qui ne souffre pas d'une maladie chronique ou n'est pas atteinte d'un handicap, ce qui est très positif.

Il ne change toutefois rien au nœud du problème, c'est-à-dire au fait que les coûts liés à la maladie ou au handicap peuvent être exclus. Selon l'intervenante, il ne s'agit en l'occurrence que d'une boîte vide, ainsi qu'il a été souligné à juste titre au cours des auditions, dès lors que cette disposition prévoit qu'une couverture peut être obtenue, mais que l'assureur peut exclure certains coûts. Il peut aller jusqu'ou bon lui semble. Cela implique que la protection est vidée de sa substance, ce qui est au fond inadmissible. Il n'y a pas de limite à l'exclusion.

Op termijn zal men komen tot een betaalbare verzekering voor iedereen. Een intermediair solidariteitsmechanisme is nodig om de ziekteverzekering betaalbaar te houden. Nu direct de term «symptomen» in de term «diagnose» vervangen zou de ziekteverzekering onbetaalbaar maken.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* betreurt het standpunt van de minister. Voorafbestaande ziektes zijn juist het grootste probleem en leiden tot veel juridische betwistingen. Dit probleem blijft dus onopgelost. Vele patiëntenorganisaties hebben nochtans op deze problematiek gewezen.

#### Art. 138bis-5bis

Er wordt een amendement nr. 1 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat er toe strekt de acceptatieplicht voor chronisch zieken en gehandicapten te beperken tot personen met een leeftijd minder dan 65 jaar.

Er wordt een amendement nr. 14 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt te verduidelijken 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.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* stelt dat amendement nr. 14 opnieuw een kleine verbetering is maar onvoldoende. Het voorziet dat de premie dat aan de chronisch zieken of gehandicapten wordt aangerekend, dezelfde moet zijn als die wordt aangerekend aan een persoon die niet chronisch ziek of gehandicapt is, wat een zeer goede zaak is.

Evenwel aan het kernprobleem, nl. het feit dat de kosten die verband houden met de ziekte of de handicap mogen uitgesloten worden, wordt niets gedaan. Dit is volgens de spreker niets meer dan een lege doos, zoals ook terecht tijdens de hoorzitting werd gesteld, want deze bepaling stelt dat er wel een dekking kan worden bekomen, maar dat de verzekeraar bepaalde kosten mag uitsluiten. Hij kan daar zover in gaan zoals hij wil. Dit betekent een uitholling van de bescherming en is eigenlijk niet aanvaardbaar. Er zijn geen beperking aan de uitsluiting.

Pour le surplus, les adaptations proposées sont utiles (notamment l'évaluation de la loi par les organisations de patients), mais non fondamentales.

*Le ministre* répond qu'il s'agit du droit à l'assurance des malades chroniques et des handicapés. Cela constitue déjà une avancée considérable par rapport à la situation antérieure. Même si un certain nombre de défauts subsistent, à long terme tout le monde pourra être assuré pour un prix abordable.

#### Art. 138bis-5ter

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 15) tendant à insérer un article 138bis-5ter. L'amendement n° 15 prévoit que la durée à vie du contrat d'assurance maladie individuel s'applique également aux membres de la famille qui quittent le domicile parental, comme les enfants ou un partenaire qui divorce.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* fait observer que l'amendement n° 15 vise à créer une procédure permettant aux membres de la famille de poursuivre la police à titre individuel. Il s'agit donc également d'une amélioration, mais une fois de plus, on ne s'attaque pas au fond du problème.

L'intervenante constate l'existence d'une série de problèmes, également soulevés par un certain nombre d'orateurs lors des auditions:

Tout d'abord, la loi ne prévoit aucune obligation pour l'assureur de faciliter cette poursuite individuelle du co-assuré. L'obligation d'informer le co-assuré de son droit à la poursuite individuelle incombe en effet au preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, au curateur ou au liquidateur.

En fait, cela revient à chercher des problèmes: il n'est pas improbable que certains assurés principaux, et *a fortiori* les co-assurés, ne soient pas informés de leur possibilité de poursuivre l'assurance à titre individuel. Le risque existe donc qu'à un moment donné, une personne qui pense être assurée ne le soit plus en fait.

On peut en effet se demander ce qu'il adviendra dans le cas d'un couple qui vit séparé par exemple, la femme étant co-assurée dans le cadre de l'assurance collective de son mari, et que celui-ci perd subitement son emploi. Il est peu probable que le mari informe sa femme, dont il vit séparé. Les drames surgissent alors lorsque

Voor het overige zijn de aanpassingen nuttig (o.a. de evaluatie van de wet door de patiëntenverenigingen) maar niet fundamenteel.

*De minister* antwoordt dat het gaat om het recht op verzekering voor de chronisch zieken en gehandicapten. Dit is reeds een grote stap voorwaarts in vergelijking met de vroegere situatie. Er zijn nog een aantal gebreken maar op langere termijn zal iedereen kunnen verzekerd worden tegen een betaalbare prijs.

#### Art. 138bis-5ter

*Mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s.* dient een amendement nr. 15 in dat een artikel 138bis-5ter invoegt. Het amendement nr. 15 bepaalt dat de levenslange duur van een individuele ziekteverzekering blijft gelden voor de gezinsleden die het ouderlijk huis verlaten, zoals kinderen of een scheidende partner.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* merkt op dat amendement nr. 15 erop is gericht om een procedure te creëren om de gezinsleden de mogelijkheid te bieden de polis individueel verder te zetten. Het is dus ook wel een verbetering maar opnieuw is het probleem niet ten gronde aangepakt.

De spreekster stelt een aantal problemen vast, die ook werden gedeeld door een aantal sprekers op de hoorzittingen:

In de eerste plaats voorziet de wet niets die het de verzekeraar verplicht om deze individuele voortzetting voor de medeverzekerde te faciliteren. De verplichting om de medeverzekerde op de hoogte te brengen van zijn recht op individuele voortzetting rust immers op de verzekeringsnemer of in geval van faillissement of verffening op de curator respectievelijk de vereffenaar.

Eigenlijk is dit problemen zoeken: het is niet zo onwaarschijnlijk dat bepaalde hoofdverzekerden, laat staan de medeverzekerden niet op de hoogte zullen worden gebracht van het feit dat zij individueel de verzekering kunnen verderzetten. Het risico bestaat dan ook dat een bepaald moment iemand die denkt verzekerd te zijn, dat eigenlijk niet meer is.

Men kan immers de vraag stellen wat er zal gebeuren wanneer man en vrouw bijvoorbeeld gescheiden leven, waarbij de vrouw meeverzekerd was in de collectieve verzekering van haar man en haar man plots zijn werk verliest. Het is weinig waarschijnlijk dat de man zijn vrouw van wie hij gescheiden leeft, zal op de

l'intéressé qui pensait être assuré (mais qui ne l'est plus) se retrouve à l'hôpital.

*Le ministre* marque son accord sur l'amendement n° 15. L'assuré est le mieux placé pour informer l'assureur des personnes faisant partie de sa famille.

Art. 138bis-6

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 16- DOC 51 2689/002) tendant à tenir compte du fait que les travailleurs changent régulièrement d'employeur. Cet 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 pour pouvoir bénéficier du droit à la poursuite individuelle du contrat.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 17 - DOC 51 2689/002) tendant à obliger l'assureur, au moment où il adresse son offre, à informer l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré sur les conditions de garantie, les exclusions, le délai de déclaration et le délai dont ils disposent pour donner suite à l'offre. Le délai dont l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré disposent pour accepter l'offre d'assurance est porté de quinze jours à trente jours.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* fait observer qu'il y a lieu de remplacer, dans l'amendement n° 17, le mot « quinze » par le mot « trente ». Par conséquent, la même modification doit être apportée à l'article 138bis-6, § 2, alinéa 5. Ces modifications peuvent être réalisées par le biais d'une correction technique.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 18 - DOC 51 2689/002) tendant à adapter les autres délais afin de tenir compte de la prolongation de délai prévue par l'amendement n° 17.

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 19 - DOC 51 2689/002) tendant à faire en sorte que la couverture de l'assurance maladie collective et celle de l'assurance individuelle se succèdent sans interruption.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* souscrit aux amendements n°s 17 à 19.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* présente un amendement (n° 24, DOC 51 2689/003), qui tend à obliger l'assureur à informer l'assuré principal et les co-assurés de la possibilité d'une poursuite individuelle.

hoogte brengen. Drama's zijn er dan wanneer de betrokkene die dacht verzekerd te zijn (maar dit niet meer is) in het ziekenhuis terechtkomt.

*De minister* gaat akkoord met amendement nr. 15. De verzekerde is het best geplaatst om aan de verzekeraar mede te delen wie allemaal tot zijn gezin behoort.

Art. 138bis-6

Er wordt een amendement nr. 16 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat rekening houdt met de situatie dat werknemers regelmatig van werkgever veranderen. Dit amendement maakt dat de verzekerde niet 2 jaar via één en dezelfde werkgever verzekerd moet zijn geweest om te kunnen genieten van het recht op individuele voortzetting.

Er wordt een amendement nr. 17 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt de verzekeraar te verplichten om op het ogenblik dat hij zijn aanbod bezorgt, de hoofdverzekerde en eventuele medeverzekerde(n) in kennis te stellen over de dekkingsvoorwaarden, uitsluitingen, aangiftetermijn en de termijn om op het aanbod in te gaan. De termijn voor de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde om het verzekeringsaanbod te aanvaarden wordt van 15 op 30 dagen gebracht.

*Mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit)* wijst erop dat in amendement nr. 17 het woord «vijftien» moet vervangen worden door het woord «dertig». Bijgevolg dient dezelfde wijziging te gebeuren in artikel 138bis-6, §2, vijfde lid. Deze wijzigingen kunnen doorgevoerd worden bij wijze van technische correctie.

Er wordt een amendement nr. 18 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat de andere termijn aanpast aan de termijnverlenging voorzien in amendement nr. 17.

Er wordt een amendement nr. 19 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s. dat ertoe strekt de dekking van de individuele ziekteverzekering ononderbroken te laten aansluiten bij de collectieve verzekering.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* gaat akkoord met de amendementen nrs. 17 tot 19.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* dient een amendement nr. 24 (DOC 51 2689/003) in dat ertoe strekt de verzekeraar te verplichten de hoofdverzekerde en de medeverzekerden te informeren over de mogelijkheid tot individuele voortzetting.



*Le ministre* ne souscrit pas à l'amendement n° 24. L'assureur ne peut pas savoir qui fait partie de la famille de l'assuré.

Art. 138bis-7

Mme Anne-Marie Baeke (*sp.a-spirit*) et consorts présentent un amendement (n° 20, DOC 51 2689/002), qui tend à tenir compte des interruptions dans le paiement des primes complémentaires du contrat d'assurance poursuivi individuellement.

Mme Simonne Creyf (CD&V) observe que le projet de loi prévoyait que la prime devait être payée de façon ininterrompue si l'on voulait échapper au principe que la prime pour la poursuite individuelle est calculée en fonction de l'âge. S'il n'y avait pas eu de paiement ininterrompu des primes complémentaires, l'âge redevenait prépondérant. Cette sanction était beaucoup trop sévère. On y remédie maintenant en prévoyant un relèvement proportionnel de la prime pour les années où la prime n'a pas été payée.

L'intervenante considère que c'est une bonne amélioration mais maintient la critique que lors du calcul de la prime d'une couverture poursuivie individuellement, la prime est calculée en fonction de l'âge au moment de la poursuite (à moins qu'une prime complémentaire n'ait été payée). Ces dispositions laissent en fait les mains libres aux assureurs pour fixer le montant de la prime au niveau qu'ils entendent.

Pour l'actuelle génération plus âgée, le paiement d'une prime complémentaire prévu par le projet de loi à l'examen n'est pas une solution dès lors que ces personnes ne peuvent verser des primes complémentaires qu'un nombre d'années limité. Pour les plus jeunes, cela représente chaque année un effort supplémentaire qu'ils ne souhaitent ou ne peuvent peut-être pas supporter.

Art. 138bis-8

Mme Anne-Marie Baeke (*sp.a-spirit*) et consorts présentent un amendement (n° 21, DOC 51 2689/002), qui tend à ajouter un certain nombre d'éléments en vue de déterminer si un contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre des garanties équivalentes à celles prévues par le contrat d'assurance maladie poursuivi collectivement: la période avant et après l'hospitalisation et le régime relatif aux maladies graves.

*Le ministre* marque son accord sur l'amendement n° 21.

*De minister* gaat niet akkoord met amendement nr. 24. De verzekeraar kan niet weten wie er allemaal tot het gezin van de verzekerde behoort.

Art. 138bis-7

Er wordt een amendement nr. 20 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (*sp.a-spirit*) c.s. dat ertoe strekt te voorzien dat rekening gehouden wordt met onderbrekingen in de betaling van bijkomende premies voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst.

Mevrouw Simonne Creyf (CD&V) merkt op dat het in het wetsontwerp zo was dat de premie onafgebroken moet zijn doorbetaald, wil men ontsnappen aan het principe dat de premie voor de individuele voortzetting wordt berekend afhankelijk van de leeftijd. Was er geen ononderbroken bijbetaling geweest, dan was de leeftijd weer doorslaggevend. Deze sanctie was veel te streng. Daar wordt nu een mouw aangepast nl. door te voorzien in een proportionele verhoging van de premie voor die jaren waar er geen premie is betaald.

De spreektster acht dit een goede verbetering, maar de kritiek blijft behouden dat bij de berekening van de premie van een individueel voortgezette dekking, de premie wordt berekend afhankelijk van de leeftijd op het ogenblik van de verderzetting (tenzij er een bijbetaling is geschied). Deze bepalingen geven de verzekeraars eigenlijk vrij spel om de premie zo hoog te maken als ze zelf willen.

Voor de huidige oudere generatie biedt het bijbetalen van een extra premie, zoals voorzien door dit wetsontwerp, geen oplossing daar zij maar een beperkt aantal jaar kunnen bijbetalen. Voor jongeren betekent dit elk jaar een extra bijkomende inspanning, die zij misschien niet wensen of kunnen dragen.

Art. 138bis-8

Er wordt een amendement nr. 21 (DOC 51 2689/002) ingediend door mevrouw Anne-Marie Baeke (*sp.a-spirit*) c.s. dat ertoe strekt een aantal elementen toe te voegen om te bepalen of een individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst gelijkwaardige waarborgen biedt als de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst: de pre- en post-hospitalisatie en de regeling betreffende zware ziekten.

*De minister* gaat akkoord met amendement nr. 21.

## Art. 138bis-9

Cet article ne donne lieu à aucune observation et aucun amendement n'est présenté.

## Art. 2bis (nouveau)

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* présente un amendement (n° 26, DOC 51 2689/003), qui tend à insérer un article 2bis (nouveau). L'amendement n° 26 instaure un crédit d'impôt pour les personnes qui concluent un contrat d'assurance maladie individuel.

*Le ministre* peut souscrire au motif qui sous-tend l'amendement n° 26. En raison de l'étroitesse des marges budgétaires, le ministre ne marque pas son accord sur l'amendement n° 26.

## Art. 3

*Mme Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) et consorts* présentent un amendement (n° 2, DOC 51 2689/002), qui tend à ce que les dispositions légales prévoyant la protection pour les compagnies d'assurance entrent en vigueur en même temps que celles qui concernent les mutualités.

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.

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* émet des réserves quant à l'amendement n° 2. Cet amendement subordonne l'entrée en vigueur du projet de loi à un autre projet de loi relatif aux mutuelles qui n'a pas encore été déposé au Parlement. Qu'advient-il si ledit projet de loi n'était jamais déposé?

*Le ministre* répond que le projet relatif aux mutuelles a été transmis pour avis au Conseil d'État, à la suite de quoi il sera déposé à la Chambre sans délai.

## Art. 138bis-9

Er worden bij dit artikel geen amendementen ingediend, noch opmerkingen geformuleerd.

## Art 2bis (nieuw)

Er wordt een amendement nr. 26 (DOC 51 2689/003) ingediend door *mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* dat ertoe strekt een artikel 2bis (nieuw) in te dienen. Amendement nr. 26 voert een belastingskrediet in voor diegenen die een individuele ziekteverzekering afsluiten.

*De minister* kan zich terugvinden in de achterliggende beweegreden van amendement nr. 26. Wegens de beperkte budgettaire ruimte gaat de minister niet akkoord met amendement nr. 26.

## Art. 3

Er wordt een amendement nr. 2 (DOC 51 2689/002) ingediend door *mevrouw Anne-Marie Baeke (sp.a-spirit) c.s.* dat ertoe strekt de wettelijke regelingen, die de beschermingsregeling invoeren bij enerzijds de verzekeringsondernemingen en anderzijds de ziekenfondsen, tegelijkertijd in werking te laten treden.

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.

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* maakt voorbehoud bij amendement nr. 2. De inwerkingtreding van het wetsontwerp wordt door dit amendement afhankelijk gesteld van een ander wetsontwerp m.b.t. de ziekenfondsen dat nog niet is ingediend in het parlement. Wat gebeurt er dan indien dit wetsontwerp nooit wordt ingediend?

*De minister* antwoordt dat het wetsontwerp m.b.t. de ziekenfondsen ter advies voorligt bij de Raad van State, waarna het zo snel mogelijk bij de Kamer zal ingediend worden.

## III.— VOTES

Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> est adopté à l'unanimité.

## Art. 2

## Art. 138bis-1

L'article 138bis-1 est adopté à l'unanimité.

## Art. 138bis-2

L'article 138bis-2 est adopté à l'unanimité.

## Art. 138bis-3

Les amendements n<sup>os</sup> 3 et 4 sont adoptés à l'unanimité.

L'article 138bis-3, ainsi amendé, est adopté à l'unanimité.

Art. 138bis-3bis (*nouveau*)

L'amendement n<sup>o</sup> 22, visant à insérer un article 138bis-3bis (*nouveau*), est rejeté par 7 voix contre 2 et une abstention.

## Art. 138bis-4

L'amendement n<sup>o</sup> 5 est adopté par 10 voix et une abstention.

Les amendements n<sup>os</sup> 6 et 7 sont adoptés à l'unanimité.

L'amendement n<sup>o</sup> 8 est adopté par 10 voix et une abstention.

L'amendement n<sup>o</sup> 9 est adopté à l'unanimité.

Le sous-amendement n<sup>o</sup> 25 est rejeté par 10 voix contre une.

Le sous-amendement n<sup>o</sup> 27 est adopté par 10 voix et une abstention.

L'amendement n<sup>o</sup> 10 est adopté par 10 voix et une abstention.

Les amendements n<sup>os</sup> 11 et 12 sont adoptés à l'unanimité.

## III. — STEMMINGEN

## Artikel 1

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 2

## Art. 138bis-1

Art. 138bis-1 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 138bis-2

Art. 138bis-2 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 138bis-3

De amendementen nrs. 3 en 4 worden eenparig aangenomen.

Art. 138bis-3, zoals geamendeerd, wordt eenparig aangenomen.

Art. 138bis-3bis (*nieuw*)

Amendement nr. 22 dat artikel 138bis-3bis (*nieuw*) invoert, wordt verworpen met 7 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 138bis-4

Amendement nr. 5 wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Amendementen nrs. 6 en 7 worden eenparig aangenomen.

Amendement nr. 8 wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr. 9 wordt eenparig aangenomen.

Subamendement nr. 25 wordt verworpen met 10 tegen 1 stem.

Subamendement nr. 27 wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr. 10 wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

De amendementen nrs. 11 en 12 worden eenparig aangenomen.

L'article 138*bis*-4, ainsi amendé, est adopté par 10 voix et une abstention.

Art. 138*bis*-5

L'amendement n° 13 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 23 est rejeté par 8 voix contre une et 2 abstentions.

L'article 138*bis*-5, ainsi amendé, est adopté par 10 voix contre une.

Art.138*bis*-5*bis*

Les amendements n°s 1 et 14 sont adoptés à l'unanimité.

L'article 138*bis*-5*bis*, ainsi amendé, est adopté par 10 voix et une abstention.

Art.138*bis*-5*ter* (*nouveau*)

L'amendement n° 15, visant à insérer un article 138*bis*-5*ter* (*nouveau*), est adopté à l'unanimité.

Art. 138*bis*-6

Les amendements n°s 16 à 19 sont adoptés à l'unanimité.

L'amendement n° 24 est rejeté par 10 voix contre une.

L'article 138*bis*-6, ainsi amendé, est adopté à l'unanimité.

Art. 138*bis*-7

L'amendement n° 20 est adopté à l'unanimité.

L'article 138*bis*-7, ainsi amendé, est adopté à l'unanimité.

Art. 138*bis*-8

L'amendement n° 21 est adopté à l'unanimité.

L'article 138*bis*-8, ainsi amendé, est adopté par 10 voix et une abstention.

Artikel 138*bis*-4, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Art. 138*bis*-5

Amendement nr. 13 wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 23 wordt verworpen met 8 tegen 1 stem en 2 onthoudingen.

Art. 138*bis*-5, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 10 tegen 1 stem.

Art.138*bis*-5*bis*

De amendementen nrs. 1 en 14 worden eenparig aangenomen.

Art.138*bis*-5*bis*, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Art.138*bis*-5*ter* (*nieuw*)

Amendement nr. 15 dat artikel Art.138*bis*-5*ter* (*nieuw*) invoert, wordt eenparig aangenomen.

Art. 138*bis*-6

De amendementen nrs. 16 tot 19 worden eenparig aangenomen.

Amendement nr. 24 wordt verworpen met 10 tegen 1 stem.

Art. 138*bis*-6, zoals geamendeerd, wordt eenparig aangenomen.

Art. 138*bis*-7

Amendement nr. 20 wordt eenparig aangenomen.

Art. 138*bis*-7, zoals geamendeerd, wordt eenparig aangenomen.

Art. 138*bis*-8

Amendement nr. 21 wordt eenparig aangenomen.

Art. 138*bis*-8, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 10 stemmen en 1 onthouding.

Art. 138*bis*-9

L'article 138*bis*-9 est adopté à l'unanimité.

L'article 2, ainsi amendé, est également adopté à l'unanimité.

Art. 2*bis* (nouveau)

L'amendement n° 26, visant à insérer un article 2*bis* (nouveau), est rejeté par 9 voix contre une.

## Art. 3

L'amendement n° 2 est adopté par 9 voix et une abstention.

L'article 3, ainsi amendé, est adopté par 9 voix et une abstention.

L'ensemble du projet de loi, tel qu'il a été amendé, est adopté par 9 voix et 2 abstentions. Les propositions de loi jointes deviennent dès lors sans objet.

La commission souscrit aux corrections d'ordre légistique proposées par le secrétariat de la commission et par le Service juridique.

*La rapporteuse,*

Magda DE MEYER

*Le président,*

Paul TANT

Art. 138*bis*-9

Art. 138*bis*-9 wordt eenparig aangenomen.

Artikel 2, zoals geamendeerd, wordt eveneens eenparig aangenomen.

Art. 2*bis* (nieuw)

Amendement nr. 26 dat artikel 2*bis* (nieuw) invoert, wordt verworpen met 9 tegen 1 stem.

## Art. 3

Amendement nr. 2 wordt aangenomen met 9 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 3, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 9 stemmen en 1 onthouding.

Het gehele wetsontwerp, zoals geamendeerd, wordt aangenomen met 9 stemmen en 2 onthoudingen. Bijgevolg vervallen de toegevoegde wetsvoorstellen.

De commissie gaat akkoord met de legistische verbeteringen die werden voorgesteld door het commissie-secretariaat en door de juridische dienst.

*De rapporteur,*

Magda DE MEYER

*De voorzitter,*

Paul TANT

## IV. — AUDITIONS

A. AUDITIONS**1. Professeur Hubert CLAASSENS, professeur émérite K.U.Leuven**

1. Cela fait très longtemps déjà que les principales associations de patients et leurs conseillers et assistants demandent avec insistance, arguments solides à l'appui, que des améliorations radicales voient le jour en ce qui concerne la problématique évoquée et, d'une façon plus générale, l'ensemble des problèmes d'assurances que rencontrent régulièrement et avec beaucoup de difficultés les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap ainsi que leurs proches, améliorations qui devraient de préférence reposer sur une concertation approfondie et ouverte entre tous les groupes et secteurs concernés. En ce qui concerne ces derniers, on se reportera, outre aux initiatives de certaines «associations sectorielles» telles que les ligues contre le cancer, les ligues Huntington, les ligues de la sclérose en plaques, etc., également à la LUSS – Ligue des usagers des services de santé, colloque novembre 2003; à la VPP – *Vlaams PatiëntenPlatform, Ronde tafel*, mars 2004. Des associations de consommateurs plus générales formulent également depuis longtemps des demandes insistantes en ce sens.

Jusqu'à présent, cela a malheureusement été vain.

L'initiative visant à ne pas limiter les auditions au projet de loi 2689 à l'examen (M. Verwilghen), dont on s'apercevra aujourd'hui et plus tard, qu'il n'apporte certainement pas de solution efficace à tous les problèmes réels et souvent particulièrement pénibles et soulève même plus de problèmes et de questions qu'il n'en résout, est très franchement appréciée par l'orateur. La discussion est, au contraire, résolument élargie aux propositions de loi certainement (plus) valables n° 266 relative à l'assurance complémentaire soins de santé (S. Creyf) et n° 2542 visant une meilleure protection et assurabilité des risques de décès en faveur de personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé (J. Milquet, M. Wathelet, J. Arens) ou même, espérons le, à l'ensemble de la problématique de l'assurance en la matière (voir également les propositions de loi 2544 et 2545, A.-M. Baeke, D. Casaer, K. Lalieux, G. Van Gool visant à clarifier et à limiter les critères et les excès de segmentation).

2. En ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire, il ne fait aucun doute que l'initiative de votre

## IV. — HOORZITTINGEN

A. HOORZITTINGEN**1 Prof. Hubert CLAASSENS, Emeritus hoogleraar K.U.Leuven**

1. Omtrent deze problematiek en meer in het algemeen het geheel van de verzekeringsproblemen, waarmee personen met een chronische ziekte of handicap en hun naastbestanden geregeld bijzonder pijnlijk geconfronteerd worden, wordt nu al heel lang, door de belangrijkste patiëntenverenigingen en hun adviseurs en begeleiders, met aandrang en grondige argumentatie gevraagd naar ingrijpende verbeteringen, liefst gesteund op een diepgaand, open overleg tussen alle belanghebbende groepen en sectoren. Zie voor het laatst, naast initiatieven van bepaalde «deelverenigingen» zoals kankerliga's, huntingtonliga's, MS-liga's e.d., ook b.v. LUSS – Ligue des Usagers des Services de Santé, colloque november 2003; VPP – Vlaams PatiëntenPlatform, Ronde tafel, maart 2004. Meer algemene consumentenverenigingen dringen eveneens al langer hierop aan.

Tot op heden, helaas, tevergeefs.

De zeer oprechte waardering van de spreker geldt ook voor het initiatief om deze hoorzitting geenszins te beperken tot het voorliggend wetsontwerp 2689 (M. Verwilghen), dat zoals vandaag en later wel nog meer zal blijken, beslist niet alle reële vaak bijzonder pijnlijke problemen efficiënt oplost of zelfs meer problemen en vragen doet rijzen dan het echt oplost ... De bespreking hoort integendeel resoluut uitgebreid te worden tot de beslist (meer) waardevolle wetsvoorstellen 266 inzake de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging (S. Creyf) en 2542 inzake betere bescherming en verzekeraarbaarheid van het overlijdensrisico voor personen met een verhoogd risico als gevolg van hun gezondheidstoestand (J. Milquet, M. Wathelet, J. Arens) of zelfs, naar mag worden verhoopt, tot het geheel van de desbetreffende verzekeringsproblematiek (zie b.v. ook wetsvoorstellen 2544 en 2545, A.M. Baeke, D. Casaer, K. Lalieux, G. Van Gool inzake verduidelijking maar ook beveiliging met betrekking tot segmenteringscriteria en -excessen).

2. Met betrekking tot de zgn. **aanvullende ziektekostenverzekering** kan het initiatief van uw Com-

commission peut être examinée d'emblée dans une perspective élargie et européenne.

C'est ainsi que dès novembre 2000, le parlement européen, se basant sur un rapport remarquable de Michel Rocard, s'est particulièrement intéressé au problème de l'assurance complémentaire soins de santé demandant qu'une attention particulière y soit accordée (JOCE, C 223, 8 août 2001, résolution du parlement européen du 16 novembre 2000; C 204, 18 juillet 2000, avis du Comité économique et social du 25 mai 2000).

La Commission européenne a ainsi été instamment priée de prendre une initiative législative, de préférence par la voie d'une directive, imposant toutes les mesures nécessaires afin de garantir le caractère social de cette assurance complémentaire soins de santé (notamment l'accès général pour tous). Cette demande n'a jusqu'à présent malheureusement pas non plus été suivie d'une réponse efficace.

Pour être complet, l'orateur tient encore à mentionner brièvement que:

- le Parlement européen a notamment souligné en la matière que dans ce domaine également, le modèle du «régime public de protection sociale ... doit demeurer la pierre angulaire du système d'assurance sociale de l'Union européenne» (résolution, point 5) et que «la couverture de différents risques de maladie pourrait s'opérer par la voie d'assurances complémentaires en sus des systèmes légaux de prévoyance» (résolution, point 9), à condition toutefois d'assortir ces assurances complémentaires d'un certain nombre de conditions strictes (résolution, points 11 à 15);

- le Comité économique et social a notamment précisé en la matière (point II, observations spécifiques, partie III, § 3): «Dans une conception très rude de la loi du marché, la sélection systématique des risques ne peut conduire qu'à l'éviction, à la mise hors marché des plus faibles». «S'agissant des «gros risques», il conviendrait d'organiser une mutualisation, en créant, par exemple, des fonds de garantie, à la charge des opérateurs d'assurance, prenant en charge les surprimes».

3. Une première série de suggestions peuvent déjà être formulées sur cette base:

la problématique actuelle et les réglementations qui doivent être élaborées en la matière interviennent radicalement dans la vie quotidienne de toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap, ainsi que dans celle de leurs proches: le refus ou la limitation excessive de l'accès à toutes sortes d'assurances entraîne souvent une «pénalisation financière» de familles entières; la recherche de solutions efficaces et plus justes suppose nécessairement l'organisation

missie voorzeker direct worden bekeken in **breder, Europees perspectief**.

Zo is reeds, in november 2000, door het Europees Parlement, op grond van een merkwaardig verslag van Michel Rocard, bijzondere aandacht besteed aan en gevraagd voor deze problematiek van de aanvullende ziektekostenverzekering (*P.B. E.G. C223*, 8 augustus 2001, resolutie Europees Parlement d.d. 16 november 2000; C204, 18 juli 2000, advies Economisch en Sociaal Comité d.d. 25 mei 2000).

De Europese Commissie is hierbij met aandrang gevraagd een wetgevend initiatief te nemen, liefst via een richtlijn, waardoor **alle** nodige maatregelen worden opgelegd met het oog op het waarborgen van het sociaal karakter van deze aanvullende ziektekostenverzekering (met o.m. algemene toegang voor iedereen). Tot op heden is ook op deze vraag jammer genoeg nog geen efficiënt antwoord gekomen.

Volledigheidshalve doch zeer in het kort:

- door het Europees Parlement is terzake o.m. benadrukt dat, ook op dit gebied, het model van de «van de Staat uitgaande sociale zekerheid ... de hoeksteen moet blijven van het sociale zekerheidsstelsel van de Europese Unie» (resolutie, punt 5); «dat verschillende gezondheidsrisico's door een aanvullende verzekering, naast de wettelijke zorgstelsels, kunnen worden gedekt» (resolutie, punt 9), maar dat dan wel voor dergelijke aanvullende verzekeringen een aantal strikte voorwaarden moeten gelden (resolutie, punten 11-15);

- door het Economisch en Sociaal Comité is hieromtrent o.m. al aangestipt (punt II, specifieke opmerkingen, deel III, Par. 3): «indien de wetten van de markt al te zeer naar de letter worden opgevat, zal de systematische selectie van de risico's er onvermijdelijk toe leiden dat de zwaksten uit de boot vallen» «Voor grote risico's zou een systeem van onderlinge risicoverdeling moeten worden ingevoerd, bijvoorbeeld door de oprichting – ten laste van de verzekeringsmaatschappijen – van garantiefondsen die met extra premies zouden worden gefinancierd.»

3. Alleen al op deze basis kan hier een eerste reeks **suggesties** worden geformuleerd:

met de hier aan de orde zijnde problematiek en de daarvoor uit te werken regelingen wordt bijzonder diep ingegrepen in het dagdagelijks leven van alle personen met een chronische ziekte of handicap en hun naastbestaanden: door het weigeren of bovenmatig beperken van allerlei verzekeringen worden veelal meteen ook hele gezinnen «financieel gestraft»; het streven naar doeltreffende meer rechtvaardige oplossingen is dan ook a.h.w. ondenkbaar zonder het reeds met aandrang door

d'une concertation préalable approfondie, qui a déjà été réclamée avec insistance par les associations de patients.

Or, aucune concertation réfléchie et efficace n'a encore eu lieu jusqu'à présent, même au sein de la Commission des assurances, institution spécialisée qui a été créée dans ce but par le législateur lui-même.

On n'a même pas pris la peine de procéder à un inventaire ou à un examen contradictoires des problèmes les plus importants rencontrés en pratique et des solutions souhaitables et praticables en l'espèce. Il s'ensuit nécessairement que le projet de loi à l'examen n° 2689, ainsi qu'il ressort déjà d'une comparaison avec les propositions de loi précitées, n'offre certainement pas de solution efficace et satisfaisante pour un certain nombre de problèmes, voire pour les problèmes les plus pénibles auxquels sont confrontées toutes les personnes concernées. Ces solutions ne peuvent assurément pas découler de conceptions et d'applications trop étroites ou trop limitées de la technique d'assurance ou même d'un droit des assurances qui serait greffé uniquement sur cette technique, ainsi que le montrera clairement la discussion prévue dans le cadre de cette audition.

L'orateur illustre déjà son propos par plusieurs exemples concrets qui seront certainement complétés par d'autres orateurs au cours de l'examen du projet de loi.

3.1. En ce qui concerne la problématique des maladies préexistantes qui sont (peuvent être) exclues de la couverture d'assurance, le projet de loi ( DOC 51 2689, article 138bis-5) renvoie à la jurisprudence récente. En réalité, cette jurisprudence s'opposant aux thèses maintenues pendant longtemps par certaines entreprises d'assurance n'a toutefois pu être obtenue que difficilement mais résolument après des années d'insistance de la part des associations de consommateurs et de patients, qui entendent et peuvent décidément aller encore beaucoup plus loin dans cette voie. La proposition de « couler cette jurisprudence en loi » ne peut dès lors qu'entraver d'autres évolutions favorables aux consommateurs et aux patients.

En outre, le projet de loi fait, à cet égard, encore essentiellement référence (article 138bis-5) à « une maladie dont les symptômes s'étaient déjà manifestés », alors que chacun sait ou, en tout cas, peut savoir qu'en pratique, une telle référence à des symptômes liés à une maladie éventuelle n'entraîne que des problèmes (voir par exemple encore récemment Cour d'appel de Bruxelles, 5<sup>ème</sup> chambre, 12 octobre 2005, D.K.V. Belgium contre H. Zoons en matière de fatigue chronique ou CVS).

patiëntenverenigingen gevraagd **voorafgaand, diepgaand overleg**.

Tot op heden is er echter van een dergelijk doelbewust en efficiënt overleg geen sprake geweest, zelfs niet in de hiertoe door de wetgever zelf opgerichte en gespecialiseerde Commissie voor Verzekeringen.

Evenmin is er sprake van een, op tegensprekelijke basis opgestelde, inventaris of zelfs maar onderzoek van de in de praktijk ervaren belangrijkste problemen en de daarvoor gewenste en ook mogelijke oplossingen. Hieruit volgt a.h.w. noodzakelijkerwijze dat het voorliggend wetsontwerp 2689, zoals trouwens nu al blijkt uit een vergelijking met de hogervermelde wetsvoorstellen, beslist geen doeltreffende of bevredigende oplossing biedt voor een aantal of zelfs de meeste bijzonder pijnlijke problemen voor alle daarbij betrokken mensen. Zo'n oplossingen kunnen beslist niet volgen uit al te enge of beperkte opvattingen en toepassingen van de zgn. verzekeringstechniek of zelfs een enkel daarop geënt verzekeringsrecht. De in deze hoorzitting geplande bespreking zal dit zeer zeker nog overduidelijk aantonen.

Op deze plaats kan dit reeds worden geïllustreerd door een paar **concrete voorbeelden** die beslist ook nog door andere sprekers, in de loop van deze bespreking, zullen worden aangevuld.

3.1. Met betrekking tot de zogenaamde problematiek van **voorafbestaande ziekten of aandoeningen** die van de verzekeringsdekking (kunnen) worden uitgesloten, wordt in het wetsontwerp (2689, artikel 138bis-5) verwezen naar zgn. recente rechtspraak. In de realiteit is deze rechtspraak tegen lang aangehouden stellingen van bepaalde verzekeringsondernemingen echter slechts moeizaam maar doelbewust nagestreefd en bekomen na jarenlang aandringen van consumenten- of patiëntenverenigingen, die nu beslist nog veel verder op deze weg willen en kunnen gaan. Dat deze «jurisprudentiële regeling thans wettelijk bekrachtigd» zou worden, kan verdere voor consumenten en patiënten gunstige evoluties dan ook alleen maar bemoeilijken.

Overigens verwijst het wetsontwerp hieromtrent (artikel 138bis-5) nog essentieel naar «een ziekte of aandoening, waarvan de *symptomen* zich ... reeds hadden gemanifesteerd», terwijl iedereen weet of alleszins kan weten dat zo'n verwijzing naar symptomen met een mogelijk daaraan verbonden ziekte in de praktijk alleen maar problemen meebrengt (zie recent b.v. nog Hof van Beroep Brussel, 5<sup>e</sup> kamer, 12 oktober 2005, D.K.V. Belgium t. H. Zoons inzake CVS).



En ce qui concerne le délai prévu pour l'incontestabilité, sur cette base, des assurances contractées, le projet de loi (article 138*bis*-5) fixe un délai de deux ans. Ce délai est beaucoup plus long que ce qui est raisonnablement acceptable pour les associations de patients ou même ce qui est d'ores et déjà stipulé dans les meilleures polices collectives mais aussi dans d'autres polices, et beaucoup plus long également que le délai qui est déjà proposé concrètement dans la proposition de loi n° 266 (S. Creyf, article 6, § 1<sup>er</sup>: un an).

De toute façon, il faut qu'il soit clair que la charge de la preuve en la matière repose sur l'entreprise d'assurance concernée (voir proposition de loi n° 266, article 6, § 1<sup>er</sup>).

Pour le reste, la formulation même de la disposition en question contient un certain nombre d'imprécisions ou même d'incohérences qui peuvent être approfondies à la demande.

3.2. En ce qui concerne la réglementation proposée dans le projet de loi (2689, article 138*bis*-4) en matière de modifications tarifaires et contractuelles, il s'impose, en tout cas et au moins, de procéder à un examen plus approfondi : cette réglementation offre-t-elle véritablement aux patients et aux autres consommateurs de meilleures conditions que la « simple » application du régime de droit commun en matière de contrats d'assurance, de clauses abusives, de pratiques du commerce, de lutte contre la discrimination, etc... ?

Tout comme les associations de consommateurs et de patients, l'orateur n'en est absolument pas convaincu, au contraire. La réglementation proposée en la matière peut dès lors difficilement être adoptée telle quelle.

3.3. En ce qui concerne le «droit à une assurance maladie» particulièrement limité (notamment dans le temps) pour les malades chroniques et les personnes handicapées (projet de loi 2689, article 138*bis*-5*bis*), force est de constater, d'emblée, que ce droit est particulièrement peu consistant. Ainsi, rien ou presque rien n'est précisé concernant ce que doit couvrir ou peut exclure une telle «assurance maladie», sous quelles conditions et à quels tarifs. Des questions importantes restent sans réponse: quelles maladies ou affections quels coûts dans quels établissements, etc.? (Le projet de loi à l'examen ne précise d'ailleurs ces modalités pour aucun autre contrat d'assurance «ordinaire»).

Un autre élément étonnant est que les patients ou les personnes handicapées et leurs organisations représentatives ne doivent pas nécessairement être associés à l'évaluation prévue ultérieurement. Cette exclusion est tout bonnement inadmissible.

Met betrekking tot de termijn voor een zgn. onbetwistbaarheid, op deze basis, van gesloten verzekeringen, legt het wetsontwerp (artikel 138*bis*-5) een termijn van twee jaar vast. Dit is veel langer dan wat redelijkerwijze voor patiëntenverenigingen aanvaardbaar is of zelfs nu al in betere collectieve maar ook andere polissen wordt bedongen, en ook wat reeds concreet is vooropgesteld b.v. in wetsvoorstel 266 (S. Creyf, artikel 6 § 1: één jaar).

Alleszins moet het duidelijk zijn dat de bewijslast terzake volledig op de betrokken verzekeringsonderneming rust (zie wetsvoorstel 266, artikel 6 § 1).

Voor het overige bevat de formulering zelf van deze bepaling een aantal onduidelijkheden of zelfs ongerijmdheden waarover desgewenst nog nader kan worden ingegaan.

3.2. Met betrekking tot de regeling die door het wetsontwerp (2689, artikel 138*bis*-4) is vooropgesteld inzake **wijziging van het tarief en de voorwaarden van lopende verzekeringsovereenkomsten** dringt zich alleszins, en op zijn minst, een nader grondig onderzoek op: biedt deze regeling de patiënten en andere consumenten echt betere voorwaarden dan de «gewone» toepassing van de gemeenrechtelijke regeling inzake verzekeringsovereenkomsten, onrechtmatige bedingen, handelspraktijken, antidiscriminatie e.d.?

Met de consumenten- en patiëntenverenigingen ben ik geenszins hiervan overtuigd. Integendeel. De terzake vooropgestelde regeling kan dan ook bezwaarlijk zo maar worden goedgekeurd.

3.3. Met betrekking tot het (ook al in de tijd) bijzonder beperkt zgn. «**recht op een ziektekostenverzekering**» voor chronische zieken en personen met een handicap (wetsontwerp 2689, artikel 138*bis*-5*bis*) moet meteen worden vastgesteld dat dit recht bijzonder weinig inhoud heeft. Zo wordt er weinig of niets nader vooropgesteld over wat precies in zo «een ziektekostenverzekering» moet worden gedekt resp. mag worden uitgesloten, onder welke voorwaarden en tegen welke tarifiering. Belangrijke vragen blijven zonder antwoord: welke ziekten of aandoeningen? welke kosten in welke instellingen? enz.? (... In dit wetsontwerp wordt zulks overigens voor geen enkele andere «gewone» verzekeringsovereenkomst gepreciseerd).

Opvallend is verder ook dat patiënten of gehandicapten en hun representatieve verenigingen geenszins bij de later geplande evaluatie hoeven te worden betrokken. Dit is zonder meer onaanvaardbaar.

Il n'est dès lors pas déraisonnable d'inviter votre commission à consacrer une attention particulière - notamment et surtout sur ce point - à de meilleures alternatives telles que la création et l'organisation d'un bureau de tarification (voir à cet égard les propositions de loi n° 266, article 9 concernant l'assurance soins de santé pour certains candidats preneurs d'assurance, n° 2542, article 3 concernant la couverture du risque de décès de personnes présentant un risque élevé en raison de leur état de santé) ou la limitation de l'utilisation de certains critères de segmentation (voir à cet égard la proposition de loi n° 2545 concernant le sexe, l'âge et, surtout, l'état de santé du candidat preneur d'assurance).

3.4. En ce qui concerne la réglementation prévue par le projet de loi (2689, section III, articles 138*bis*-6 à 9) en matière de «poursuite individuelle d'un contrat d'assurance collective», elle ne peut faire l'objet d'un plein accord de principe que si des détails très clairs et explicites sont fournis, de préférence dans la loi elle-même, sur plusieurs points (régulièrement sujets à polémique dans la pratique actuelle), tels que:

– le sens et surtout la portée, en l'occurrence, de l'exclusion de la perte, en la matière (article 138*bis*-6, § 1<sup>er</sup>), du «bénéfice du contrat d'assurance maladie collective pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 (...) et de manière générale en cas de fraude»?

– concernant «la perte du bénéfice de l'assurance collective, et (...) la possibilité de poursuite individuelle», une obligation d'information immédiate et formelle (de l'assuré principal ainsi que, éventuellement ou indirectement, de coassurés) n'est imposée qu'au preneur d'assurance et nullement à l'assureur (projet de loi 2689, 138*bis*-6, § 2). Il ressort toutefois de la pratique que, dans ce cas, seul l'assureur dispose de toutes les données nécessaires pour transmettre efficacement et sans perte de temps toutes les informations requises (à l'assuré principal, et éventuellement aux coassurés). Une fois encore, la pratique révèle qu'il s'agit du seul moyen contraignant qui permette de protéger les droits de toutes les personnes concernées ou de tous les intéressés. Il convient donc d'adapter la loi en ce sens;

– qu'en est-il précisément de l'application et de la portée de la réglementation en projet pour les «assurances collectives» principalement conclues par les parents à l'intention des membres de leur famille (surtout lorsqu'un de ces membres ou plus quittent la famille)?

4. En somme, on peut conclure, à titre provisoire, que la réglementation proposée n'atteint pas réellement – ou pas efficacement – l'objectif que se fixe le projet de loi à l'examen (DOC 51 2689/001, résumé, alinéa 1<sup>er</sup> :

Van uw Commissie kan dan ook redelijkerwijze worden verlangd dat zij – ook en wel vooral op dit punt – bijzondere aandacht besteed aan betere alternatieven zoals b.v. het oprichten en organiseren van een tariferingsbureau (zie terzake wetsvoorstellen nr. 266, artikel 9 m.b.t. de verzekering voor gezondheidsverzorging voor bepaalde kandidaat-verzekeringnemers, resp. nr. 2542, artikel 3 m.b.t. de dekking van het overlijdensrisico van personen met een verhoogd risico als gevolg van hun gezondheidstoestand) of het inperken van het gebruik van bepaalde segmenteringscriteria (zie terzake wetsvoorstel nr. 2545 m.b.t. geslacht, leeftijd en, vooral, gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekeringnemer).

3.4. Met betrekking tot de in het wetsontwerp (2689, Afdeling III, artikels 138*bis*-6 t.e.m. 9) vooropgestelde regeling inzake «**individuele voortzetting van een collectieve verzekeringsovereenkomst**» kan een daaraan te hechten principiële goedkeuring pas volledig worden wanneer, liefst in de wet zelf, zeer duidelijke en uitdrukkelijke bijzonderheden worden verstrekt over enkele (veelal in de huidige praktijk reeds meer dan eens betwiste) aangelegenheden zoals:

– wat is hier de bedoeling en vooral de draagwijdte van het terzake (artikel 138*bis*-6, § 1) uitgesloten verlies van «het voordeel van de collectieve verzekeringsovereenkomst omwille van de redenen bedoeld in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 ... en in het algemeen in geval van bedrog»?

– omtrent «het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering ... en de mogelijkheid tot individuele voortzetting ervan» wordt een onmiddellijke en formele informatieplicht (naar de hoofdverzekerde, mogelijk of indirect ook naar medeverzekerden) enkel opgelegd aan de verzekeringnemer en geenszins aan de verzekeraar (wetsontwerp 2689, artikel 138*bis*-6 § 2). Uit de praktijk blijkt echter dat op dat ogenblik alleen de verzekeraar over alle nodige gegevens beschikt om de vereiste informatie (aan hoofdverzekerde, mogelijk ook medeverzekerden) efficiënt, zonder tijdsverlies, door te geven. Uit de praktijk blijkt telkens opnieuw dat dit het enige echt afdwingbaar middel is ter bescherming van de rechten van alle betrokkenen of belanghebbenden. Dit hoort dan ook in de wet te worden opgenomen;

– hoe zit het precies met de toepassing en de draagwijdte van de ontworpen regeling voor «collectieve verzekeringen» die afgesloten worden voornamelijk door ouders ten behoeve van al hun gezinsleden (vooral dan wanneer een of meer van hen het gezin verlaten)?

4. Alles bij elkaar en als **voorlopig besluit** kan worden gesteld dat de in het voorliggend wetsontwerp (2689, samenvatting, eerste alinea) aangevoerde doelstelling, nl. «*de rechten van de verzekerden (ook zieken en ge-*

« améliorer considérablement et [...] 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) ».

4.1. Une première comparaison rapide avec les propositions de loi à l'examen suffit pour tirer cette conclusion. Voir, par exemple, les dispositions suivantes:

- proposition de loi DOC 51 0266/001 (S. Creyf), article 6 concernant les clauses autorisées ou interdites et articles 9 et 10 contenant des dispositions fiscales et concernant le bureau de tarification, etc. ;

- proposition de loi DOC 51 2542/001 (S. Milquet, M. Wathelet, J. Arens), article 3 concernant le « bureau de tarification » pour l'assurance du risque de décès des personnes présentant un risque de santé aggravé, etc.;

- propositions de loi DOC 51 2544/001 et DOC 51 2545/001 (A.M. Baeke, D. Casaer, K. Lalieux, G. Van Gool) concernant les clarifications et les limitations nécessaires pour l'utilisation des critères de segmentation.

4.2. Ce constat s'impose peut-être surtout à l'issue d'une comparaison avec les nombreuses observations, questions et exigences formulées, à juste titre pour la plupart, par les principales associations représentant les patients, les personnes handicapées et leurs proches.

Le projet de loi à l'examen ne répond en effet que de manière partielle et insatisfaisante à une (très petite) partie des problèmes, particulièrement pénibles, auxquels leurs membres sont régulièrement confrontés en matière d'assurance.

Il faut ajouter que les termes du projet de loi manquent de précision sur plusieurs points, ou qu'ils sont en contradiction avec les objectifs avancés dans l'exposé des motifs. Il est totalement inadmissible – voire davantage – que l'objectif assigné au projet de loi à l'examen (*améliorer considérablement et protéger les droits des assurés, y compris les malades et les handicapés*, résumé introductif, alinéa 1<sup>er</sup>) soit simplement renié dans plusieurs dispositions en projet dont plusieurs sont en outre en totale contradiction avec d'autres dispositions légales plus avantageuses de la législation sur le contrat d'assurance terrestre, les pratiques commerciales, la lutte contre la discrimination, etc., qui existent déjà et s'appliquent à tous les consommateurs, y compris aux malades et aux personnes handicapées. Il est renvoyé ici à l'exposé limpide et pleinement fondé sur le plan juridique du collègue Bernard Dubuisson, dont l'orateur souligne qu'il partage pleinement le point de vue.

*handicapten) in de private ziekteverzekering (hospitalisatieverzekering, arbeidsongeschiktheidsverzekering, invaliditeitsverzekering, verzekering gewaarborgd inkomen) aanzienlijk te verbeteren en te beschermen» in de hier vooropgestelde regeling zelf, weinig of niet effectief gerealiseerd wordt.*

4.1. Deze vaststelling dringt zich al onmiddellijk op bij een eerste vlugge vergelijking met de voorliggende **wetsvoorstellen**. Zie b.v. nu al

- wetsvoorstel 266 (S. Creyf), artikel 6 inzake al of niet toegelaten polisbedingen, artikels 9 en 10 met fiscale bepalingen en tarifieringsbureau, enz.;

- wetsvoorstel 2542 (S. Milquet, M. Wathelet, J. Arens), artikel 3 inzake een «tarifieringsbureau» voor het verzekeren van het overlijdensrisico voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico, enz.;

- wetsvoorstellen 2544 en 2545 (A.M. Baeke, D. Casaer, K. Lalieux, G. Van Gool) inzake vereiste verduidelijkingen resp. beperkingen bij het gebruik van segmenteringscriteria.

4.2. Deze vaststelling dringt zich wellicht vooral op bij een vergelijking met de talrijke grotendeels meer dan terechte opmerkingen, vragen en eisen van de belangrijkste verenigingen van **patiënten en personen met een handicap en hun naastbestaanden**.

Voor hen brengt het voorliggend wetsontwerp niet meer dan een fragmentarisch, onbevredigend antwoord op een (heel klein) deel van de problemen waarmee hun leden geregeld inzake verzekeringen, bijzonder pijnlijk geconfronteerd worden.

Daarbij komt nog dat de in het wetsontwerp zelf gehanteerde formulering op menige plaats onduidelijk is, of zelfs strijdig met de in de Memorie van toelichting vooropgestelde doelstellingen. Totaal onaanvaardbaar is voorzeker – nog meer – dat de door dit wetsontwerp zelf aangevoerde doelstelling (*aanzienlijke verbetering en bescherming van de rechten van de verzekerden, ook zieken en gehandicapten*, inleidende samenvatting, eerste alinea) zonder meer wordt verloochend in verschillende vooropgestelde bepalingen die daarbij meer dan eens regelrecht in tegenspraak zijn met andere, thans reeds bestaande, voor alle consumenten, dus ook zieken en gehandicapten, voordeligere wettelijke bepalingen uit de wetgeving betreffende de landverzekeringsovereenkomst, de handelspraktijken, antidiscriminatie e.d. Terzake wordt hier, met nadrukkelijke goedkeuring, verwezen naar de heldere, juridisch volwaardig gefundeerde uiteenzetting van collega Bernard Dubuisson.

4.3. Une révision approfondie ou une refonte, mais dans le cadre d'une concertation ouverte et approfondie avec tous les groupes ou secteurs intéressés, est dès lors tout simplement indispensable.

Ce n'est que dans ces conditions qu'il est possible de susciter (ou d'accroître) la confiance des associations représentatives de patients et de personnes handicapées dans de telles assurances complémentaires de soins de santé et autres risques pour la vie.

Le secteur des assurances proprement dit mène régulièrement et largement des campagnes de séduction, éveillant ainsi chez beaucoup de personnes des attentes considérables qui débouchent cependant souvent par la suite sur des déceptions et de l'incompréhension.

Le refus, la limitation ou le renchérissement excessifs des assurances individuelles (complémentaires ou non) pour les patients ou les personnes handicapées et leur famille ne peut conduire qu'à une inégalité toujours croissante dans le domaine des soins et des frais de santé. Cette évolution est d'ailleurs déjà perceptible au niveau des pensions (complémentaires): les 20 % de pensionnés les plus riches ont, essentiellement grâce aux pensions privées complémentaires dont ils bénéficient, un revenu mensuel dix fois supérieur à celui des 20 % les plus pauvres. (voir à cet égard l'étude récente du Prof. Jos BERGHMAN, K.U.Leuven).

N'est-il dès lors pas compréhensible que les patients et les personnes handicapées, soutenus par leurs familles et leurs associations, plaident et oeuvrent avec insistance non seulement en faveur du maintien intégral de l'assurance obligatoire réglementée par les autorités en matière de soins de santé, mais aussi – de plus en plus – en faveur de l'extension de cette assurance à une série – de plus en plus importante – de prestations complémentaires? On peut comprendre que l'opposition menée aux niveaux national et européen (récemment encore auprès de la Commission européenne) par le secteur privé des assurances - qui invoque toutes sortes d'arguments juridiques relatifs à la «concurrence (dé-)loyale – contre ces extensions d'activités (qui sont aujourd'hui essentiellement ou notamment le fait des mutualités) recueille peu de soutien ou de compréhension auprès de ces patients et de ces personnes handicapées, de leurs familles et de leurs associations. Ceux-ci espèrent à juste titre une approche plus compréhensive, plus équitable; leurs attentes sont d'ailleurs confortées par les expériences et initiatives couronnées de succès dans d'autres pays, notamment voisins.»

4.3. Een **grondige herziening of herwerking**, maar dan wel in een open en diepgaand **overleg** met **alle** belanghebbende groepen en sectoren, is dan ook zonder meer noodzakelijk.

Alleen onder deze voorwaarden kan dan, met de representatieve verenigingen van patiënten en personen met een handicap, (meer) vertrouwen worden gesteld in degelijke aanvullende verzekeringen voor gezondheidszorg en andere levensrisico's.

Door de verzekeringssector zelf wordt hieromtrent geregeld en uitgebreid lokkende publiciteit gevoerd; hierdoor worden dan bij velen aanzienlijke verwachtingen aangewakkerd die vervolgens echter voor velen uitlopen op teleurstellingen en onbegrip.

Het weigeren of bovenmatig beperken resp. duurder maken van allerlei (al of niet aanvullende) particuliere verzekeringen voor patiënten of personen met een handicap en hun gezin kan alleen leiden tot een steeds verder groeiende ongelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorgen en –kosten. Deze evolutie doet zich overigens nu al voor bij de (aanvullende) pensioenen: de rijkste 20 procent van de gepensioneerden heeft, essentieel als gevolg van de door hen genoten aanvullende privé-pensioenen, een maandinkomen dat 10 maal hoger ligt dan het maandinkomen van de armste 20 procent (zie desbetreffend recent onderzoek van Prof. Jos BERGHMAN, K.U.Leuven).

Valt het dan niet te begrijpen dat patiënten en personen met een handicap, samen met hun gezinnen en verenigingen, met aandrang (blijven) pleiten en ijveren niet alleen voor het volwaardig handhaven van de door de overheid geregelde verplichte verzekering inzake gezondheidszorg, maar ook – steeds meer – voor het uitbreiden van deze verzekering tot – steeds meer – aanvullende tegemoetkomingen? Dat de particuliere verzekeringssector dergelijke uitbreidingen van activiteiten (nu voornamelijk of b.v. door ziekenfondsen) telkens opnieuw, met allerlei juridische argumenten omtrent zgn. (on-) eerlijke concurrentie, nationaal en Europees wil aanvechten (zopas weer bij de Europese Commissie), kan begrijpelijkerwijze op weinig steun of begrip rekenen bij deze patiënten en personen met een handicap, hun gezinnen en verenigingen; terecht verwachten zij een meer begripvolle, meer rechtvaardige benadering; in deze verwachtingen voelen zij zich trouwens onder meer gesteund door geslaagde ervaringen en initiatieven in andere, ook naburige landen.»

## 2. Point de vue de Testachats

«Le projet de loi relatif aux assurances complémentaires soins de santé est censé améliorer la situation des personnes souffrant de maladie chronique ou de handicap. Il n'en est rien. Malgré la possibilité de continuer un contrat d'assurance groupe à titre individuel, leur situation risque même d'empirer. Test-Achats a identifié certaines lacunes et autant de portes ouvertes aux abus.

### I. «Maladies existantes» ou «en passe d'exister»? (art 138bis -5)

La notion de maladies existantes est un nid à problèmes dans les assurances individuelles. Il s'agit des maladies dont le consommateur est atteint au moment de souscrire l'assurance et qui sont exclues des polices. Le futur assuré doit légalement déclarer les maladies qu'il connaît effectivement. Et non celles qu'il devrait connaître. Voilà toute la difficulté.

Le projet de loi, ainsi que la plupart des contrats actuels, excluent les maladies dont des symptômes se sont déjà manifestés. Or, il est évident que l'on peut souffrir de certains symptômes sans s'en apercevoir. Ou les percevoir tout en n'arrivant pas à les lier à une maladie bien précise. Ce n'est pas tout: le projet élimine aussi des contrats les maladies qui se manifestent même sans symptômes, ainsi que celles diagnostiquées dans les deux ans après la souscription, même si elles ne s'étaient pas manifestées avant. Nous exigeons que seules les maladies ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic médical au moment de la conclusion du contrat en soient exclues.

### II. Risque d'augmentation injuste des primes (art 138bis -4)

Le problème est connu: la médecine fait des progrès mais les coûts des soins de santé explosent. Cela se répercute forcément sur les prix des assurances. Depuis dix ans, nous plaidons pour la mise en place d'un indice objectif sur lequel se baser pour augmenter les primes. Il serait élaboré par une instance indépendante des assurances, comme la Direction générale Statistique (ex-INS). Le projet de la loi va dans le sens opposé, et donne les pleins pouvoirs à l'assureur:

– La Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA) serait responsable d'approuver les augmentations de primes. Nous craignons qu'elle se soucie davantage des impératifs financiers des assureurs, sa mission première;

## 2. Standpunt van Testaankoop

«Het wetsontwerp inzake de aanvullende verzekeringen voor geneeskundige verzorging zou een zegen moeten zijn voor personen met een chronische ziekte of met een handicap. Helaas: behalve dat zij een groepsverzekering op individuele basis kunnen voorzetten, riskeerden ze er slechter aan toe te zijn dan nu. Testaankoop wijst op de belangrijkste leemtes.

### I. Ziekte die «reeds bestaat» of die «op het punt staat te bestaan»? (art. 138bis-5)

Het begrip «reeds bestaande ziekte» is een heikel punt in de aanvullende verzekering. Er wordt geen dekking geboden voor een ziekte waaraan de consument reeds lijdt wanneer hij het contract sluit. Maar hoe ver gaat dat? Dat wie zich wil laten verzekeren, verplicht is om de ziektes aan te geven die hij effectief kent, oké, maar toch niet die welke hij zou moeten kennen?

In het wetsontwerp - en in de meeste contracten - worden de ziektes uitgesloten waarvan de symptomen zich al hebben geuit. Maar soms vertoont men symptomen zonder er zich rekenschap van te geven. Of men heeft ze wel gemerkt maar niet aan een specifieke ziekte gelinkt. En er is méér: het ontwerp sluit ook de ziektes uit waarvan geen symptomen te zien zijn (sic) en die waarvoor een diagnose wordt gesteld binnen twee jaar na de ondertekening van het contract, ook als eerder niets erop had geweest! Wij eisen dat de verzekeraars alleen de ziektes mogen uitsluiten waarvoor bij de ondertekening van het contract reeds een diagnose was gesteld.

### II. Gevaar voor onterechte verhoging van premies (art. 138bis-4)

De geneeskunde gaat alsmaar vooruit, maar vooral bij een opname in individuele kamers zijn de kosten voor de geneeskundige verzorging niet meer bij te houden. Met alle gevolgen van dien voor de premie van de verzekeringen. Wij pleiten al 10 jaar voor een objectieve index die als basis dient voor de premieverhogingen. Een taak die wij zouden toevertrouwen aan een instantie die niet afhangt van de verzekeraars, zoals de Algemene Directie Statistiek van de FOD Economie (ex-NIS). Het wetsontwerp gaat daar lijnrecht tegen in, want het geeft de verzekeraars carte blanche:

– De Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen moet de premieverhogingen goedkeuren. Zal die instantie niet vooral denken aan het financiële evenwicht van de verzekeraars, haar belangrijkste opdracht?

– Le projet fait référence à une «augmentation des coûts» éventuellement répercutées sur les primes, sans spécifier desquels il s'agit. Une hausse des coûts de gestion de l'assureur pourrait, par exemple, donner lieu à une indexation de la prime alors que cela n'a rien à voir avec une augmentation des prix des soins de santé.

### III. Possibles modifications du contrat au détriment de l'assuré (art 138 bis -4)

A 25 ans, vous souscrivez une police d'assurance hospitalisation qui prévoit une extension de couvertures pour les maladies graves. Cela ne vous coûte pas grand-chose car vous êtes jeune et votre risque peu élevé. Toutefois, votre prime n'est pas proportionnelle à ce dernier car l'assureur vous fait cotiser davantage pour vos vieux jours (la «réserve de vieillissement»). La loi générale sur les pratiques de commerce interdit expressément de modifier ultérieurement les caractéristiques essentielles du service offert sous prétexte que le risque de maladie est entre-temps devenu plus élevé.

Dans ce projet spécifique, ce garde-fou est menacé: l'assureur pourrait changer le contrat notamment en cas de «modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur l'étendue des garanties». D'abord, cette «modification» n'est pas strictement définie: concerne-t-elle la législation en matière de sécurité sociale, d'hôpitaux? Ensuite, on ne stipule pas que le changement du contrat ne peut porter que sur les points concernés par la modification de législation. En clair, l'assureur pourrait en profiter pour introduire d'autres changements, n'ayant rien à voir avec elle.

Le texte ne prévoit pas non plus que la modification légale ou réglementaire justifiant la modification contractuelle doit être durable ni que le changement apporté aux conditions doit être strictement proportionnel.

La disposition du projet est donc incompatible avec l'article 32.3 de la LPCC.

Le législateur peut certes, en principe, faire exception à une loi en adoptant postérieurement une autre loi mais à condition de ne pas méconnaître le principe constitutionnel d'égalité et de non discrimination. Or le projet censé être «favorable au consommateur que le projet de loi entend protéger» le place dans une situation moins favorable que s'il continuait à bénéficier de la protection générale de la LPCC ou que le consommateur

– Er is sprake van een «kostenverhoging» die in de premies mag worden verrekend, zonder die kosten te preciseren. Dan kan een verzekeraar bij bv. een stijging van zijn beheerskosten beslissen om de premie op te trekken, zelfs al zijn de kosten voor geneeskundige verzorging niet gestegen...

### III. Mogelijke contractwijzigingen in het nadeel van de verzekerde (art. 138bis-4)

U bent 25 jaar en sluit een verzekering geneeskundige verzorging met een uitbreiding van de waarborg tot zware ziektes. Dat kost niet veel omdat u jong bent en dus slechts een klein risico vormt. Toch staat de premie niet in verhouding tot het risico: de verzekeraar laat u nu méér betalen tegen dat u oud bent («vergrijzingsreserve»). In principe bent u beschermd want op grond van de wet op de handelspraktijken geldt een uitdrukkelijk verbod om de wezenlijke kenmerken van een dienstverlening achteraf te wijzigen zagezegd omdat het risico op ziekte ondertussen groter is geworden.

Maar die bescherming riskeert te worden uitgehold: volgens het wetsontwerp mag de verzekeraar het contract onder meer aanpassen wanneer iets wordt gewijzigd in een wet dat grote invloed heeft op de omvang van de waarborg. Alleen is niet strikt afgebakend om welke wetten het gaat: over de sociale zekerheid, de ziekenhuizen...? Ten tweede staat er niet bij dat het contract alleen mag worden aangepast inzake aspecten waarop de wetwijziging betrekking heeft, en wij vrezen dat de verzekeraars ook andere wijzigingen zullen binnensmokkelen.

Ten slotte bepaalt de tekst niet dat de wettelijke of reglementaire wijziging die de contractuele wijziging rechtvaardigt, duurzaam moet zijn, noch dat de aan de voorwaarden aangebrachte wijziging strikt proportioneel moet zijn.

Deze bepaling van het ontwerp is dus onverenigbaar met artikel 32.3 van de wet op de handelspraktijken en de voorlichting en de bescherming van de consument (hierna: WHP).

De wetgever kan in principe een uitzondering maken op een wet door a posteriori een andere wet goed te keuren op voorwaarde het grondwettelijke gelijkheids- en niet-discriminatieprincipe niet te miskennen. Nu is het zo dat het ontwerp dat verondersteld wordt «gunstig te zijn voor de consument die de wetgever wil beschermen» diezelfde consument in een minder gunstige situatie plaatst dan wanneer hij de algemene bescher-

d'autres services. Cette disposition est donc susceptible d'un recours devant la cours d'arbitrage dans les 60 jours de la publication de la loi.

Enfin, dans les jugements obtenus par notre association en juin 2003 c'est-à-dire la jurisprudence à laquelle se réfère l'exposé des motifs, il avait été plaidé par l'assureur que les modifications contractuelles ayant fait l'objet au préalable d'un dossier technique auprès de l'OCA (devenue CBFA depuis) devaient être admises.

Le juge accorda la cessation de la clause en question (Test-Achats contre ING, Prés. Comm. Bruxelles, 16 juin 2003, RDC 2003, 887-880).

Une modification unilatérale même avec une autorisation officielle ne vaut pas pour autant en droit des contrats accord de l'autre partie.

#### IV. Article 138bis-5bis: Maladies chroniques et personnes handicapées

Cet article prétend rencontrer l'objectif initial de la modification législative envisagée, à savoir permettre l'accès des personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques aux assurances maladie.

Plusieurs limites sont néanmoins fixées:

– Droit d'accès pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Pourquoi cette limitation temporelle?

– Possibilité de souscrire une assurance soins de santé. Quid des assurances incapacité de travail, invalidité et soins (ou dépendance)?

– Les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent être exclus.

Il est prévu qu'un document, joint au contrat d'assurance, dont le modèle est défini par le Roi, 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.

Afin d'éviter les abus de position dominante, ne serait-il pas judicieux de prévoir que ce document sera établi par un organisme indépendant après concertation avec l'ordre des médecins?

ming van de WHP zou blijven genieten. Deze bepaling loopt dus het risico dat er beroep wordt tegen aangetekend bij het Arbitragehof binnen de 60 dagen na publicatie van de wet.

Ten slotte, in de vonnissen die door Test-Aankoop in juni 2003 werden verkregen, d.w.z. de rechtspraak waarnaar de memorie van toelichting verwijst, werd er door de verzekeraar voor gepleit dat de contractuele wijzigingen die tevoren het voorwerp waren geweest van een technisch dossier bij de CDV (intussen CBFA geworden) moesten worden toegelaten.

De rechter stond de schrapping van de clause in kwestie toe (Test-Aankoop tegen ING RDC 2003).

Een eenzijdige wijziging zonder akkoord van de andere partij, zelfs met een officiële toelating is daarom nog niet geldig in contractrecht.

#### IV. Artikel 138bis-5bis: Chronische ziekten en personen met een handicap

Met dit artikel stelt men tegemoet te komen aan de aanvankelijke doelstelling van het wetsontwerp, namelijk de toegang van gehandicapten of aan chronische ziekten lijdende patiënten tot de ziekteverzekering mogelijk te maken.

Er worden evenwel verschillende beperkingen vastgelegd:

– Toegangsrecht gedurende een periode van twee jaar, te rekenen vanaf het van kracht worden van de wet. Waarom deze beperking in de tijd?

– Mogelijkheid tot onderschrijven van verzekering gezondheidszorg. Wat te doen met de verzekering arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en verzorging (of afhankelijkheid)?

– De kosten verbonden aan een ziekte of een handicap die bestaat op het ogenblik van het afsluiten van het verzekeringscontract kunnen worden uitgesloten.

Er wordt bepaald dat een document dat bij het verzekeringscontract wordt gevoegd en waarvan het model door de Koning vastgesteld wordt, duidelijk de bedoelde ziekte of handicap bepaalt evenals de kosten die uit de dekking worden uitgesloten of die slechts gedeeltelijk gedekt zijn.

Zou het niet verstandig zijn, teneinde machtsmisbruik te voorkomen, te bepalen dat het document zal worden vastgelegd door een onafhankelijke organisatie na overleg met de orde van geneesheren?

On précisera en outre que l'article 138*bis* – 5 demeure d'application dans ce cas d'espèce.

Par ailleurs, l'article 5 (et 95) de la loi du 25 juin 1992 prévoit que les informations relatives aux maladies (et handicaps) d'ordre génétique ne doivent pas être déclarées.

Un organe de conciliation constitué par le Roi aura le pouvoir de connaître des litiges portant sur les coûts exclus de la couverture ou faisant l'objet d'une couverture limitée. S'agit-il de régler les différends pouvant survenir dans le cadre des négociations préalables à la conclusion du contrat ou des litiges survenant en cours de contrat quant à la prise en charge de certains coûts? Dans ce dernier cas, sera-t-il permis à cet organe de revoir la liste établie par le document joint au contrat d'assurance ou, l'assuré étant lié par ce document, verra-t-il son rôle limité à admettre ou refuser la prise en charge des coûts litigieux par référence à la liste établie?

Si l'assureur ne peut refuser d'assurer la personne handicapée ou malade chronique (en tout cas endéans le délai de deux ans), aucun contrôle du montant de la prime réclamée n'est prévu. L'assurabilité des malades chroniques et des personnes handicapées est sérieusement mise en péril, en ce qu'il ne leur sera pas nécessairement permis de s'assurer à un tarif demeurant raisonnable.

Pour être en adéquation avec la finalité exprimée du projet de loi, c à d protéger davantage le preneur, en ce compris la personne handicapée ou malade, il y a lieu de multiplier les garde-fous. On doit en effet craindre que l'assureur contraint d'offrir une couverture cherchera à allonger la liste des coûts exclus voire à décourager l'intéressé de souscrire pareille assurance, notamment en lui proposant un tarif peu avantageux.

Une évaluation est prévue au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2008. On notera cependant l'absence tant d'un organisme représentatif des intérêts des consommateurs que de l'ordre des médecins ou des associations de patient parmi les participants à cette évaluation (seuls la CBFA, Assuralia et les mutuelles sont prévues).

Bovendien dient men te stellen dat artikel 138*bis* – 5 van toepassing blijft in dit geval.

Overigens, artikel 5 (en 95) van de wet van 25 juni 1992 bepaalt dat de informatie met betrekking tot ziekten (en handicaps) van genetische aard, niet dienen te worden aangegeven.

Een door de Koning samengesteld verzoeningsorgaan zal de bevoegdheid hebben kennis te nemen van de geschillen in verband met de kosten die uit de dekking uitgesloten zijn of die het voorwerp zijn van een beperkte dekking. Gaat het erom de geschillen te regelen die zich kunnen voordoen in het kader van de onderhandelingen die voorafgaan aan het afsluiten van een contract of geschillen die zich voordoen in de loop van het contract in verband met de terugbetaling van bepaalde kosten? In het laatste geval, zal het genoemde orgaan de, door het bij het verzekeringscontract gevoegde document vastgelegde lijst, mogen herzien, of zal de rol van de door dit document verbonden verzekerde beperkt zijn tot het toelaten of weigeren van de uitkering van de betwiste kosten door te verwijzen naar de vastgelegde lijst?

Het mag dan zo zijn dat de verzekeraar de gehandicapte of chronisch zieke persoon niet mag weigeren (in elk geval binnen een termijn van twee jaar), maar er is geen enkele controle op het bedrag van de premie die wordt gevraagd. De verzekeraarbaarheid van chronisch zieke of gehandicapte personen is ernstig in gevaar, in die zin dat ze zich niet noodzakelijk meer zullen kunnen verzekeren tegen een tarief dat redelijk blijft.

Om aan te sluiten bij de door het wetsontwerp geformuleerde doelstelling, d.w.z. de verzekeringnemer beter beschermen, met inbegrip van de gehandicapte of zieke, is het nodig meer beveiligingen in te voeren. Men dient er immers voor te vrezen dat de verzekeraar die verplicht wordt een dekking te bieden zal proberen de lijst met uitgesloten kosten, te verlengen of zelfs, de belanghebbende te ontmoedigen om een dergelijke verzekering te onderschrijven, precies door hem een weinig voordelig tarief aan te bieden.

Er wordt een evaluatie gepland, uiterlijk op 1 oktober 2008. Men dient echter de afwezigheid vast te stellen zowel van een organisatie die de belangen van de consument vertegenwoordigt als van de orde van geneesheren of patiëntenverenigingen onder de deelnemers aan deze evaluatie (enkel voorbehouden voor CBFA, Assuralia en de ziekenfondsen).



V. Article 138bis- 7: Information à charge de l'assureur

2. Au moment de l'adhésion au contrat le consommateur doit être correctement informé sur les modalités du contrat souscrit par l'employeur ou une association. C'est d'autant plus justifié qu'il n'a pas été mêlé aux discussions préalables à la conclusion du contrat ou de ses modifications ultérieures. L'assureur devrait donc envoyer à chaque assuré une notice reprenant les éléments essentiels du contrat ainsi que les formalités à respecter en cas de sinistre. Faute de transmettre cette notice (aussi longtemps qu'elle n'est pas transmise), aucune limitation, restriction ou exclusion ne pourrait être opposée à l'assuré. Les droits et obligations du consommateur doivent donc s'apprécier par rapport à la notice d'information.

En matière d'assurance hospitalisation, elle devrait impérativement reprendre les éléments suivants:

- 1) Ce qui est couvert:
  - d) les garanties couvertes;
  - e) le type de dépenses couvertes (remboursées ou non par l'Inami);
  - f) les plafonds de garantie (en montants et /ou en pourcentages).
- 2) Les limitations de garantie
- 3) Les exclusions:
- 4) Les formalités à remplir en cas de sinistre dans le strict respect des dispositions légales. C'est-à-dire surtout le nouvel article 95 de la loi sur les assurances terrestres

2. En cours de contrat (ou à la souscription), une prime supportable à la pension:

a) Le projet de loi en préparation remédie à la situation actuelle où de nombreux contrats ne prévoient pas ou de manière incomplète (c à d sans questionnaire médical et même si le risque de maladie s'est réalisé) la possibilité de poursuivre le contrat individuellement ce qui rejoint incontestablement une de nos revendications.

b) Le problème des assurances groupe est que, contrairement à la plupart des assurances individuelles, elles n'incorporent pas de réserve de vieillissement; en d'autres termes, elles sont uniquement basées sur une prime de risque (moyen). De sorte que lorsque l'assuré veut continuer individuellement le contrat, la prime est

V. Article 138bis- 7: Informatie ten laste van de verzekeraar

1. Op het ogenblik van het afsluiten van het contract moet de consument correct worden geïnformeerd over de modaliteiten van het contract dat door de werkgever of een vereniging wordt afgesloten. Dit is des te meer gerechtvaardigd gelet op het feit dat hij niet betrokken was bij de besprekingen die aan het afsluiten van het contract of de latere wijzigingen voorafgingen. De verzekeraar zou dus aan elke verzekerde een informatieblad moeten sturen met de essentiële elementen van het contract evenals de te respecteren formaliteiten bij een schadegeval. Indien de verzekeraar dit informatieblad niet bezorgt (zo lang het niet doorgezonden werd) kan geen enkele beperking of uitsluiting tegen de verzekerde worden ingebracht. De rechten en plichten van de consument moeten dus worden getoetst aan het informatieblad.

Wat de hospitalisatieverzekering betreft, de volgende elementen moeten er verplicht in opgenomen zijn:

- 1) Wat gedekt is:
  - a) de gedekte waarborgen;
  - b) het type gedekte uitgaven (al dan niet terugbetaald door het Riziv);
  - c) de dekkingslimieten (in bedragen en/of percentages).
- 2) Limieten van de waarborg
- 3) Uitsluitingen
- 4) Te vervullen formaliteiten bij schadegeval met strikte naleving van de wettelijke bepalingen.

2. In de loop van het contract (of bij de afsluiting): een bij het pensioen draagbare premie.

a) Het wetsontwerp verhelpt de huidige situatie waar bij vele contracten niet of onvolledig (d.w.z. zonder medische vragenlijst en zelfs indien het ziekterisico zich gematerialiseerd heeft) de mogelijkheid vastleggen om het contract individueel verder te zetten, wat ontegensprekelijk een van onze eisen bijtreedt.

b) Het probleem van de groepsverzekeringen is dat ze, in tegenstelling tot de meeste individuele verzekeringen, de vergrijzingsreserve niet inlijven; met andere woorden, ze zijn enkel en alleen gebaseerd op een (gemiddelde) risicopremie. Op dusdanige wijze dat wanneer de verzekerde het contract individueel wenst

basée sur l'âge à la souscription de ce contrat (p. ex. 650 euro à 65 ans au lieu de 250 euros à 43 ans !).

Deux solutions possibles:

- obliger les contrats groupe à prévoir une réserve de vieillissement;
- permettre à chaque assuré de cotiser individuellement pour constituer une réserve basée sur l'âge à la 1<sup>ère</sup> cotisation complémentaire.

La solution la plus avantageuse est que ce complément de prime soit pris en charge tant au niveau social que fiscal<sup>1</sup> par l'employeur sous forme de primes majorées incorporant une réserve de vieillissement. Le projet de loi retient la 2<sup>ème</sup> hypothèse.

c) Le projet de loi met aussi à charge du preneur c'est-à-dire l'employeur ou l'association, l'obligation d'informer les assurés qui perdent le bénéfice de l'assurance groupe, de la possibilité de poursuivre individuellement le contrat.

Mais les délais prévus pour cette poursuite sont beaucoup trop courts. L'assuré a en effet l'obligation de prévenir l'assureur de sa volonté de poursuivre individuellement le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la notification par l'employeur mais au plus tard 90 jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

Le droit de continuation de l'assuré pourrait ainsi s'éteindre sans même que l'assuré ait eu connaissance de son droit.

De plus, la proposition de l'assureur pour poursuivre le contrat à titre individuel n'est valable que pendant un délai de 15 jours sans même que soit stipulé que l'assureur doit attirer l'attention du consommateur sur ce (bref) délai ni sur les modalités de l'acceptation (par recommandé ou par voie électronique).»

<sup>1</sup> Les primes d'assurance hospitalisation sont considérées comme un avantage en nature mais exonéré dans le chef des affiliés; les primes patronales ne sont quant à elles pas déductibles à titre de frais professionnels et donc soumises à l'impôt des sociétés. La prime que payera l'individu à titre de cotisation individuelle complémentaire sera obtenue en déduisant du salaire brut total les cotisations sociales patronales et celles de l'employé ainsi que les impôts.

verder te zetten, de premie gebaseerd is op de leeftijd bij onderschrijving van dit contract (bv. 650 EUR op 65 jaar in plaats van 250 EUR op 43 jaar !).

Er zijn twee oplossingen mogelijk:

- De groepsverzekeringen verplichten een vergrijzingsreserve aan te leggen;
- Elke verzekerde in staat stellen een individuele bijdrage te betalen om een reserve aan te leggen op basis van leeftijd bij de eerste bijkomende bijdrage.

De meest voordelige oplossing is dat deze bijpremie zowel sociaal als fiscaal<sup>1</sup> door de werkgever zou worden gedragen in de vorm van verhoogde premies waarin een vergrijzingsreserve wordt opgenomen. Het wetsontwerp kiest voor de 2<sup>de</sup> hypothese.

c) Het wetsontwerp legt ten laste van de werkgever ook de verplichting op tot informatie van de verzekerden die het voordeel van de groepsverzekering verliezen, over de mogelijkheid om individueel het contract verder te zetten.

Maar de vastgelegde termijnen voor het voorzetten zijn veel te kort. De verzekerde heeft inderdaad de verplichting de verzekeraar op de hoogte te brengen van zijn wens om het contract individueel verder te zetten binnen een termijn van 30 dagen vanaf de betekening door de werkgever, maar uiterlijk 90 dagen te rekenen vanaf de dag van het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

Het voortzettingsrecht van de verzekerde kan op die manier uitdoven zonder dat de verzekerde persoon hoegeennaamd kennis zou hebben van zijn recht !!

Bovendien is het voorstel van de verzekeraar om het contract individueel verder te zetten, slechts geldig binnen een termijn van 15 dagen zonder dat er zelfs bepaald wordt dat de verzekeraar de aandacht van de consument op deze (korte) termijn moet trekken noch op de aanvaardingsmodaliteiten (aangetekend of elektronisch).»

<sup>1</sup> De premies voor een hospitalisatieverzekering worden beschouwd als een voordeel in natura maar zijn vrijgesteld in hoofde van de aangesloten leden; de werkgeverspremies zijn dan weer niet aftrekbaar als beroepskosten en zijn dus onderworpen aan de vennootschapsbelasting. De premie die een persoon betaalt als bijkomende individuele premie wordt verkregen door de patronale sociale bijdragen en die van de werknemer evenals de belastingen, af te trekken van het totale brutoloon.

### 3. Position de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes

#### 1. Considérations générales

«Dans notre pays, en moyenne 75% des dépenses de soins de santé sont couvertes par l'assurance obligatoire. En ce qui concerne les coûts hospitaliers, cette part atteint 89%. Les coûts des soins nécessaires sont donc largement couverts par notre assurance maladie.

Néanmoins, certains coûts à charge du patient ont sensiblement augmenté ces dernières années, en particulier dans le secteur hospitalier. Pensons aux suppléments d'honoraires, aux suppléments de matériel, aux suppléments d'hôtellerie, ... Même si ces coûts ne sont généralement pas liés à la qualité des soins prestés, ils ne sont pas toujours «évitable» par le patient. Pour certains d'entre eux atteints de pathologies chroniques, séjournant régulièrement à l'hôpital, la facture peut être difficile à supporter sur le plan financier.

Pour l'ANMC et l'UNMS, la réponse à l'augmentation des coûts à charge des patients – en particulier les malades chroniques – passe en priorité par le renforcement de l'assurance obligatoire et par une politique visant à renforcer la sécurité tarifaire des patients hospitalisés. Des mesures importantes ont été prises récemment dans ce sens, notamment dans le cadre du budget 2007 de l'assurance maladie.

Pour ce qui concerne l'assurance complémentaire, il importe de rappeler qu'elle joue un rôle très limité en matière de protection des patients contre les coûts des soins de santé. En effet, à peine 5% des dépenses de soins de santé sont couvertes par l'assurance complémentaire et, pour ce qui concerne les assureurs maladies privés, cette couverture se concentre sur les «bons risques» des contrats collectifs, les contrats individuels étant jugés trop peu rentables par les opérateurs du secteur. Par ailleurs, dans un contexte où les primes d'assurances affichent des progressions de 25% à 50%, on peut effectivement s'interroger sur l'accès à ces couvertures maladies privées pour une partie de la population, en particulier la population non active ainsi que les patients malades ou handicapés.

Le projet de loi débattu aujourd'hui vise à répondre à trois problèmes rencontrés dans les couvertures maladies offertes par les assureurs privés:

### 3. Standpunt van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten

#### 1. Algemeen

In ons land zijn ongeveer 75% van de uitgaven voor geneeskundige verzorging gedekt door de verplichte verzekering. Wat de ziekenhuiskosten betreft, bedraagt dat gedeelte 89%. De kosten van noodzakelijke zorg worden dus ruim gedekt door onze ziekteverzekering.

Toch zijn bepaalde kosten ten laste van de patiënt de jongste jaren danig verhoogd, in het bijzonder in de ziekenhuissector (bijvoorbeeld honoraria-, materiaal-, verblijfssupplementen enzovoort). Zelfs al zijn die kosten meestal niet verbonden aan de kwaliteit van de ge-presteerde zorg, toch zijn ze niet altijd te voorkomen door de patiënt. Voor chronisch zieken die regelmatig in het ziekenhuis verblijven, kan de factuur moeilijk te betalen zijn.

Voor de LCM en het NVSM ligt het antwoord op de toename van de kosten ten laste van de patiënt – in het bijzonder de chronisch zieken – in de eerste plaats in de versterking van de verplichte verzekering en in een beleid dat is gericht op de versterking van de tarifaire zekerheid van de gehospitaliseerde patiënten. Belangrijke maatregelen in die zin zijn onlangs genomen, met name in het kader van de begroting 2007 van de ziekteverzekering.

Wat de aanvullende verzekering betreft, moet eraan worden herinnerd dat die een heel beperkte rol speelt om de patiënten de kosten van de geneeskundige verzorging te helpen dragen. Nauwelijks 5% van de kosten van geneeskundige verzorging zijn gedekt door de aanvullende verzekering en, wat de privéziekteverzekeraars betreft, is die dekking toegespitst op de «goede risico's» van de groepsovereenkomsten, aangezien de individuele overeenkomsten als te weinig rendabel worden beschouwd door de markspelers. In een context waarin de verzekeringspremies overigens stijgen met 25 % tot 50 %, kan men zich inderdaad vragen stellen omtrent de toegankelijkheid tot die privéziekteverzekering voor een gedeelte van de bevolking, in het bijzonder de niet-actieve bevolking, alsook de zieken en gehandicapten.

Het voorliggende wetsontwerp strekt ertoe in te spelen op drie pijnpunten inzake de ziekteverzekering die door de privéverzekeraars wordt aangeboden:

1. Les modifications apportées aux bases techniques de la prime et aux conditions de couverture en cours de contrat à la suite d'une maladie, d'un accident,

2. La notion d'état préexistant et l'accessibilité des personnes malades chroniques ou handicapées à une assurance hospitalisation

3. La prolongation, à titre individuel, de la couverture «soins santé» souscrite dans le cadre d'une assurance collective.

Dans quelle mesure les dispositions légales proposées rencontrent-elles l'objectif fixé, à savoir «améliorer considérablement et à protéger les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée»?

## 2. Commentaires et réactions au projet de loi

### 2.1. Article 138*bis* - 3. La durée du contrat d'assurance

L'article précise que les contrats d'assurance maladie sont conclus à vie. Cette disposition n'apporte toutefois aucun élément juridique neuf par rapport à l'article 30 § 1<sup>er</sup> de la même loi qui est amplement suffisant pour garantir un contrat d'assurance maladie viager. Les mutualités ne voient donc pas l'utilité d'introduire cette notion de «contrat à vie» qui risque de créer une confusion dans le chef des assurés.

2.2. Article 138*bis* - 4. Conditions imposées aux modifications des bases techniques de la prime et des conditions de couverture en cours de contrat

L'objectif poursuivi par cette disposition est d'éviter les augmentations intempestives des primes ou la modification des garanties en cours de contrat.

Le projet prévoit qu'en dehors des adaptations à l'indice des prix à la consommation, les adaptations de la prime, de la franchise et du montant de la prestation seront désormais soumises à l'autorisation préalable de la Commission Bancaire et Financière des Assurances (CBFA) sur base de l'évolution de paramètres objectifs fixés par le Roi. C'est aussi la CBFA qui jugera de l'influence significative ou non sur le coût ou l'étendue des prestations, de modifications du coût réel des prestations garanties ou de modifications légales ou réglementaires et qui, sur cette base, autorisera ou non les adaptations.

1. wijziging van de technische grondslagen van de premie en van de dekkingsvoorwaarden tijdens de overeenkomst na een ziekte of een ongeval;

2. het begrip voorafbestaande toestand en de toegankelijkheid van chronisch zieke personen of gehandicapten tot een hospitalisatieverzekering;

3. de verlenging op individuele basis van de dekking «geneeskundige verzorging» die is onderschreven in het raam van een groepsverzekering.

In welke mate beantwoorden de ontworpen wettelijke bepalingen aan het vooropgestelde doel, namelijk de rechten van de verzekerden (ook zieken en gehandicapten) in de privéziekteverzekering aanzienlijk verbeteren en beschermen?

## 2. Commentaar en reacties op het wetsontwerp

### 2.1. Artikel 138*bis* - 3. De duur van de verzekeringsovereenkomst

Het artikel preciseert dat de ziekteverzekeringsovereenkomsten levenslang worden gesloten. Die bepaling bevat echter geen enkel nieuw juridisch element in vergelijking met artikel 30, § 1, van dezelfde wet, die ruim voldoende waarborgen biedt voor een levenslange ziekteverzekeringsovereenkomst. De ziekenfondsen vinden het dus niet nuttig te voorzien in die «levenslange overeenkomst»; dat begrip kan bij de verzekerden tot verwarring leiden.

2.2. Artikel 138*bis* - 4. Voorwaarden voor wijzigingen van de technische grondslagen van de premie en dekkingsvoorwaarden in de loop van de overeenkomst

Het doel van die bepaling is het voorkomen van ontijdige verhogingen van de premies of de wijziging van de waarborgen in de loop van de overeenkomst.

Het wetsontwerp bepaalt dat de aanpassingen aan het indexcijfer van de consumptieprijzen buiten beschouwing gelaten, de aanpassingen van de premie, de vrijstelling en het bedrag van de prestatie voortaan voorafgaandelijk moeten worden goedgekeurd door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA) op grond van de evolutie van objectieve parameters, die door de Koning worden vastgesteld. De CBFA moet ook oordelen of de wijzigingen van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties dan wel de wettelijke of reglementaire aanpassingen al dan niet een betekenisvolle invloed op de kosten of de grootte van de prestaties hebben. De CBFA zal op die basis al dan niet de wijzigingen toestaan.

Cette disposition légale laisse à la CBFA une très grande marge d'appréciation du caractère objectif et significatif des augmentations de coûts. Cette large autonomie risque donc de vider de son sens la règle de base, à savoir l'interdiction de modification des bases techniques de la prime et des conditions de couverture en cours de contrat en dehors de l'accord réciproque des parties.

Il faudrait à tout le moins modifier l'alinéa 2 du paragraphe 3 de cet article en remplaçant «Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la Commission» par «Le Roi fixe les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la Commission».

Remarquons enfin que l'exposé des motifs n'envisage que l'hypothèse d'une augmentation des coûts et des primes. Hors, certaines décisions ou modifications légales peuvent avoir un effet à la baisse sur les coûts supportés par les assureurs. Pensons aux récentes dispositions en matière de suppléments d'honoraires ou de chambre, au nouveau système de remboursement des implants, ... En toute logique ces dispositions devraient entraîner une baisse des primes au profit des assurés. Le projet devrait dès lors également prévoir que le ministre puisse, d'initiative, interpellier la Commission afin qu'elle examine, sur base des mêmes paramètres objectifs, l'impact sur les coûts des assureurs de modifications réglementaires étendant la couverture de l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, le § 4 de cet article prévoit l'adaptation du niveau de la prime individuelle sur base de modifications intervenues dans le statut social, la profession ou les revenus de l'assuré. Ce paragraphe est inacceptable, il s'agit d'une incursion disproportionnée dans la vie privée.

2.3. Article 138bis-5. Incontestabilité de l'assurance maladie après un délai maximum de deux ans.

Cette disposition traduit dans la loi le délai de deux ans estimé comme raisonnable par la jurisprudence récente<sup>2</sup>. Pour contester la couverture d'une maladie diagnostiquée endéans ce délai, l'assureur devra prouver que «les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat».

<sup>2</sup> Tribunal de commerce de Bruxelles du 16/06/2003, RDC 2003, 883 et ss.

Die wettelijke bepaling geeft de CBFA een zeer grote beoordelingsmarge over de objectieve en betekenisvolle aard van de kostenverhogingen. Die ruime autonomie kan de basisregel al zijn nut ontnemen, namelijk het verbod de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden in de loop van de overeenkomst te wijzigen, «behoudens wederzijds akkoord van de partijen».

Op zijn minst moet § 3, tweede lid, tweede zin, van dat artikel worden gewijzigd, door de woorden «De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de Commissie te bekomen» te vervangen door de woorden «De Koning stelt de regels vast die gevolgd moeten worden om de beslissing van de Commissie te verkrijgen».

Er moet worden opgemerkt dat in de memorie van toelichting slechts het geval van een verhoging van de kosten en de premies aan bod komt. Bepaalde wettelijke beslissingen of wijzigingen kunnen echter een verlaging van de door de verzekerden te betalen kosten met zich brengen (zoals de recente bepalingen inzake honoraria- of kamersupplementen, het nieuwe stelsel van terugbetaling van implantaten enzovoort). Logischerwijze zouden die bepalingen een verlaging van de premies moeten teweegbrengen ten gunste van de verzekerden. Het wetsontwerp zou bijgevolg ook moeten bepalen dat de minister op eigen initiatief de CBFA kan verzoeken een onderzoek te doen, op basis van dezelfde objectieve parameters, naar de impact op de kosten voor de verzekerden, van de reglementaire wijzigingen die de dekking van de verplichte ziekteverzekering uitbreiden.

Ten slotte voorziet § 4 van dat artikel in de aanpassing van het bedrag van de individuele premie op grond van wijzigingen in het sociaal statuut, het beroep of het inkomen van de verzekerde. Die paragraaf is onaanvaardbaar, het gaat om een onevenredige inbreuk op de privélevenssfeer.

2.3. Artikel 138bis-5. Onbetwistbaarheid van de ziekteverzekering na een maximale termijn van twee jaar

Met die bepaling wordt de termijn van twee jaar, die als redelijk wordt geacht door de recente rechtspraak<sup>2</sup>, in de wet opgenomen. Om de dekking van een binnen die termijn gediagnosticeerde ziekte te betwisten, moet de verzekeraar bewijzen dat «de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd».

<sup>2</sup> Rechtbank van koophandel van Brussel, 16 juni 2003, RDC 2003, 883 en volgende.

Nous pensons que cette notion de «symptômes» est trop floue et par conséquent source d'interprétation et de nombreux litiges.

2.4. Article 138*bis* - 5*bis*. Obligation d'accepter les candidats preneurs d'assurance souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap pendant une période transitoire de deux ans.

Cette disposition introduit une obligation d'acceptation très théorique dans la mesure où l'assureur peut adapter la couverture «à la tête du client» en décidant d'exclure de la couverture offerte, en tout ou en partie, les coûts liés à la maladie ou au handicap existant(e) au moment de la conclusion du contrat et en proposant des primes à l'avenant.

Le problème est que les mutualités risquent de faire les frais de cet «effet d'annonce» qui va renforcer le phénomène d'anti-sélection dont elles sont aujourd'hui victime. Les grandes mutualités offrent en effet à leurs membres des services d'assurances hospitalisation facultatives ouverts à tous et couvrant les pré-existants. Les conditions de couverture et les tarifs de ces services d'assurances mutualistes sont déterminées de manière statutaire, c'est-à-dire qu'elles sont identiques pour une même catégorie d'affiliés. En d'autres termes, il est impossible pour les mutualités - et ce n'est pas non plus leur volonté - d'adapter les conditions de couverture sur une base individuelle et d'opérer une segmentation comme le font les assureurs privés. Par conséquent, pour les malades chroniques, les couvertures mutualistes seront toujours plus avantageuses que ce soit sur le plan des cotisations ou des interventions.

2.5. Article 138*bis*-6. Droit pour un assuré de continuer un contrat collectif d'assurance maladie à titre individuel lorsqu'il perd le bénéfice de l'assurance groupe pour une quelconque raison

Le projet de loi offre la possibilité au bénéficiaire d'une assurance collective de prolonger sa couverture à titre individuel sans devoir subir un examen médical supplémentaire, ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

Pour pouvoir bénéficier de ce droit, l'assuré - et le cas échéant le co-assuré - dispose d'un délai de 90 jours à dater de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective pour décider d'exercer ou non le droit à la poursuite individuelle du contrat d'assurance

Dat begrip «symptomen» is volgens de spreker te vaag en kan bijgevolg op verschillende wijzen worden uitgelegd en leiden tot talrijke geschillen.

2.4. Artikel 138*bis*-5*bis*. Verplichting om gedurende een overgangperiode van twee jaar kandidaat-verzekeringnemers met een chronische ziekte of een handicap te aanvaarden

Deze bepaling voorziet in een erg theoretische aanvaardingsplicht, aangezien de verzekeraar de dekking willekeurig kan aanpassen door te besluiten de kosten die verband houden met de ziekte of de handicap die bestaat op het ogenblik dat de overeenkomst wordt gesloten geheel of gedeeltelijk van dekking uit te sluiten, waarna hij dienovereenkomstig premies voorstelt.

De moeilijkheid is dat de ziekenfondsen dreigen te moeten opdraaien voor dat «aankondigingseffect», dat het zogenaamde antiselectieverschijnsel waarvan ze thans het slachtoffer zijn, versterkt. De grote ziekenfondsen bieden hun leden immers facultatieve diensten aan inzake hospitalisatieverzekering welke voor iedereen openstaan en die de preliminaria dekken. De dekkingsvoorwaarden en de tarieven van die mutualistische verzekeringsdiensten worden statutair bepaald; ze zijn dus identiek voor een zelfde categorie van leden. Het is voor de ziekenfondsen met andere woorden - buiten hun wil om - onmogelijk de dekkingsvoorwaarden individueel aan te passen en een segmentering door te voeren, zoals de privéverzekeraars doen. Voor de chronisch zieken zullen de dekkingen door de ziekenfondsen bijgevolg altijd voordeliger uitvallen wat de bijdragen of de tegemoetkomingen betreft.

2.5. Artikel 138*bis*-6. Recht van een verzekerde om een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten wanneer hij om ongeacht welke reden het voordeel van de groepsverzekering verliest

Het wetsontwerp biedt de begunstigde van een collectieve verzekering de mogelijkheid zijn dekking individueel te verlengen, zonder dat hij een bijkomend geneeskundig onderzoek moet ondergaan, noch een nieuwe medische vragenlijst moet invullen.

Om op dat recht aanspraak te maken, beschikt de verzekerde - en in voorkomend geval de medeverzekerde -, te rekenen van het ogenblik waarop hij het voordeel van de collectieve ziekteverzekering verliest, over een termijn van 90 dagen om te beslissen of

collective. Ce délai nous apparaît tout à fait irréaliste pour boucler toute la procédure. Mis à part le cas d'un départ à la pension, il est évident que la prolongation de son assurance collective ne sera pas la préoccupation prioritaire de l'assuré en cas de licenciement, de démission ou de faillite de l'entreprise. Par ailleurs, même en supposant que l'assuré communique dans les temps à son assureur son souhait de poursuivre son assurance à titre individuel, il ne dispose que de 15 jours pour examiner les conditions de l'offre qui lui sera renvoyée par l'assureur. Et que dire dès lors de la situation des éventuels co-assurés? Le conjoint divorcé ou l'enfant adulte qui souhaite habiter seul et qui devront être informés par l'assuré principal !

Il faut d'une part octroyer à l'assuré un délai beaucoup plus long pour la notification à l'assureur de la poursuite de l'assurance sur une base individuelle (par exemple un an à dater de la notification de la perte de l'assurance collective) mais aussi imposer à l'assureur une obligation d'information plus stricte de l'assuré principal et des co-assurés (par exemple, obligation de rappel régulier en cas de constatation de la perte de l'assurance collective; obligation de notice explicative claire lors de la prolongation du contrat individuel, ...).

2.6. Article 138*bis*-7 et 8. Possibilité de payer une prime complémentaire pour limiter l'augmentation de la prime lors de la poursuite à titre individuel et garantie d'une couverture similaire

L'assuré couvert par un contrat collectif a la possibilité de payer une prime individuelle complémentaire. Cette prime complémentaire alimente une réserve individuelle qui offre l'avantage qu'en cas de poursuite à titre individuelle, 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. Par ailleurs, les dispositions de l'article 138*bis*-8 stipulent que le contrat d'assurance maladie individuelle doit offrir des garanties similaires à l'assurance collective.

hij al dan niet het recht doet gelden om de collectieve verzekeringsovereenkomst individueel voort te zetten. Die termijn is volgens de spreker volstrekt onrealistisch om heel de procedure rond te krijgen. Afgezien van het geval waarin de verzekerde met pensioen gaat, spreekt het voor zich dat als hij ontslag krijgt of neemt, dan wel bij het faillissement van de onderneming, voor hem de verlenging van zijn collectieve verzekering geenszins prioritair zal zijn. Zelfs in de veronderstelling dat de verzekerde tijdig zijn verzekeraar ervan in kennis stelt dat hij zijn verzekering individueel wil voortzetten, beschikt hij slechts over 15 dagen om de voorwaarden van het hem door de verzekeraar bezorgde aanbod te onderzoeken. En in welke situatie verkeren de eventuele medeverzekerden in een dergelijk geval? Denken we bijvoorbeeld aan de persoon die van de verzekerde uit de echt is gescheiden, dan wel volwassen kinderen die niet langer bij de verzekerde wensen te wonen, en die door de hoofdverzekerde op de hoogte zullen moeten worden gebracht!

Eenzijds moet aan de verzekerde een veel langere termijn worden verleend om de verzekeraar te laten weten dat hij de verzekering individueel voortzet (bijvoorbeeld een jaar te rekenen van de kennisgeving van het feit dat de betrokkenen niet langer de collectieve verzekering geniet); anderzijds moet de verzekeraar ook strenger worden verplicht de hoofdverzekerde en de medeverzekerden voor te lichten (bijvoorbeeld via de verplichting de betrokkene er geregeld aan te herinneren dat hij de collectieve verzekering niet langer geniet, dan wel de verplichting een duidelijke nota met uitleg te bezorgen wanneer de individuele overeenkomst wordt verlengd enzovoort).

2.6. Artikel 138*bis*-7 en -8. Mogelijkheid tot betaling van een bijkomende premie die ertoe strekt de premietijding te beperken wanneer de overeenkomst individueel wordt voortgezet, en waarborg van een gelijkaardige dekking

De door een collectieve verzekeringsovereenkomst gedekte verzekerde kan een bijkomende individuele premie betalen. Die bijkomende premie stijft een individuele reserve, welke het voordeel biedt dat wanneer de overeenkomst individueel wordt voortgezet, de premie wordt berekend met inachtneming van de leeftijd van de verzekerde toen hij de bijkomende premies is beginnen te betalen, en niet van de leeftijd die had toen hij zijn recht deed gelden om de overeenkomst individueel voort te zetten. De in artikel 138*bis*-8 vervatte bepalingen voorzien er voorts in dat de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst gelijkaardige waarborgen moet bieden als de collectieve verzekering.

Tout d'abord, soulignons que l'obligation de payer la prime complémentaire sans interruption nous apparaît beaucoup trop restrictif. L'expérience montre en effet que cela est quasi impossible sur une longue période. Un assouplissement doit être envisagé afin d'autoriser la régularisation d'une période de non paiement à déterminer.

Par ailleurs, il importe également que la loi organise le transfert de ces réserves individuelles si l'assuré décide de changer d'assureur, afin d'éviter que cette mesure n'ait pour conséquence de rendre les assurés «captifs».

Plus fondamentalement, le principe de la prime complémentaire individuelle revient à introduire un système de capitalisation qui ouvre aussi la porte à une plus grande sélection des risques. En effet, un assureur pourrait offrir un produit collectif attractif à l'employeur et compenser par des primes complémentaires individuelles élevées en particulier pour les assurés ou co-assurés malades chroniques ou handicapés. Ces derniers, découragés par la hauteur de la prime complémentaire renonceraient probablement à la payer et se verraient de facto dans l'impossibilité de poursuivre leur assurance à l'échéance de la couverture collective.

Plutôt qu'une prime complémentaire individuelle, nous proposons d'appliquer une tarification sur base individuelle pour le contrat collectif. Autrement dit, le contrat collectif serait défini comme la somme de polices individuelles financées (en tout ou en partie) par l'employeur. Ceci reviendrait à faire couvrir par le système de répartition des contrats collectifs les primes complémentaires ce qui éviteraient la sélection des risques évoquée plus haut. Par ailleurs, la tarification sur base individuelle au moment de la conclusion du contrat collectif règle le problème de l'assurance de garanties similaires à l'échéance du contrat collectif.

## 2.7. Conclusions

Les avancées proposées par le projet de loi nous apparaissent timides par rapport à l'ambition affichée dans le préambule d'«améliorer considérablement et de protéger les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée».

En effet:

In de eerste plaats moet worden onderstreept dat de verplichting om de bijkomende premie zonder onderbreking te betalen ons inziens veel te restrictief is. De praktijk toont immers aan dat zulks over een lange periode zo goed als onhaalbaar is. Een versoepeling moet worden overwogen, teneinde toe te staan dat een nader te bepalen periode gedurende dewelke niet werd betaald, wordt geregulariseerd.

Voorts is het belangrijk dat de wet voorziet in een regeling voor de overheveling van die individuele reserves indien de verzekerde besluit van verzekeraar te veranderen. Dat moet voorkomen dat die maatregel tot gevolg heeft dat de verzekerden «vastzitten» bij een verzekeraar.

Meer ten gronde komt de individuele bijkomende premie er principieel op neer dat een kapitalisatiestelsel wordt ingevoerd, dat tevens de deur openzet voor een sterkere risicoselectie. Een verzekeraar zou de werkgever immers een aantrekkelijk collectief product kunnen aanbieden, en dat compenseren door hoge individuele bijkomende premies, meer bepaald voor de chronisch zieke dan wel gehandicapte verzekerden of medeverzekerden. De betrokkenen zullen, ontmoedigd door de hoge bijkomende premie, die waarschijnlijk niet langer betalen, en aldus zouden zij *de facto* hun verzekering na afloop van de collectieve dekking niet kunnen voortzetten.

In plaats van een bijkomende individuele premie, wordt voorgesteld op individuele basis een tarifiering toe te passen voor de collectieve overeenkomst. Anders gesteld: de collectieve overeenkomst zou worden gedefinieerd als de som van de individuele polissen welke de werkgever (geheel of gedeeltelijk) financiert. Zulks zou erop neerkomen dat het herverdelingsstelsel van de collectieve overeenkomsten de bijkomende premies dekt; aldus zou de hierboven aangehaalde risicoselectie worden voorkomen. Een tarifiering op individuele basis op het ogenblik dat de collectieve overeenkomst wordt gesloten, verhelpt trouwens de moeilijkheid die erin bestaat om na afloop van de collectieve overeenkomst gelijkaardige waarborgen te bieden.

## 2.7. Conclusies

De stappen in de goede richting welke het wetsontwerp in uitzicht stelt, zijn ons inziens te beperkt, gelet op de in de preambule gehuldigde ambitie om «de rechten van de verzekerden (ook zieken en gehandicapten) in de private ziekteverzekering (...) aanzienlijk te verbeteren en te beschermen».

Er zij immers gewezen op de volgende feiten.



1. La marge d'appréciation laissée à la CBFA pour juger du bien-fondé des augmentations de primes en cours de contrat est bien trop large,

2. L'obligation pour les assureurs d'assurer les malades chroniques et les personnes handicapées est toute théorique et laisse la porte ouverte à de multiples interprétations

3. Les délais imposés aux assurés et co-assurés pour faire savoir à leur assureur leur souhait de poursuivre leur couverture à titre individuel sont bien trop courts et les obligations d'informations imposées aux assureurs sont bien trop faibles,

4. La possibilité ouverte à l'assuré de payer une prime complémentaire individuelle ouvre la porte à la sélection des risques dans un système jusqu'ici basé sur la répartition.

Dans l'état actuel des choses, ce dispositif offre davantage un cadre légal aux pratiques actuelles de sélection et d'écrémage des mauvais risques vers les produits des mutualités.»

#### 4. Position des Fédérations d'intermédiaires d'assurances.

La FVF et Fepabel représentent conjointement les courtiers en assurances de ce pays, respectivement les courtiers néerlandophones et les courtiers francophones. Les fédérations rappellent que les courtiers en assurances sont des intermédiaires d'assurance indépendants collaborant avec différents assureurs. Elles ont donc une vision large des problèmes structurels qui se posent dans le secteur. Par ailleurs, elles estiment également être le mieux placées pour fournir une contribution basée sur la pratique. Enfin, elles indiquent que les courtiers en assurances représentent une part de marché d'environ 60%.

Depuis plusieurs années, le secteur du courtage est conscient des problèmes qui se posent en matière de contrats d'assurance maladie privés et d'assurances complémentaires pour les soins de santé. Autant de problèmes qui se posent dans la pratique au courtier.

Dès 2003, la FVF et Fepabel avaient, dans un mémorandum adressé à tous les partis politiques dans le cadre des élections, soulevé ces problèmes. À l'époque, elles plaidaient pour que ce type d'assurance fasse l'objet d'une législation spécifique, à l'instar de la plupart des autres branches d'assurance (incendie, vie, RC auto, RC familiale).

1. De armslag die de CBFA krijgt om te oordelen over de gegrondheid van de premieverhogingen tijdens de looptijd van het contract, is veel te ruim.

2. De verplichting voor de verzekeraars om de chronisch zieken en de personen met een handicap te verzekeren, is volstrekt theoretisch, en ze zet de deur open voor tal van interpretaties.

3. De aan de verzekerden en de medeverzekerden opgelegde termijnen om hun verzekeraar ervan in kennis te stellen dat zij hun dekking individueel wensen te verlengen, zijn veel te krap, terwijl de voorlichtingsplicht waaraan de verzekeraars moeten voldoen, veel te laks is.

4. De mogelijkheid voor de verzekerde om een individuele bijkomende premie te betalen zet de deur open voor risicoselectie binnen een stelsel dat tot dusver op herverdeling gestoeld was.

In de huidige stand van zaken bieden die bepalingen veeleer een wetgevend kader voor de huidige selectie- en afwentelingspraktijk, waarbij de slechte risico's op de dienstverlening van de ziekenfondsen zijn aangevoelen.

#### 4. Standpunt van de federaties van verzekeringsmakelaars

FVF en Fepabel vertegenwoordigen samen de verzekeringsmakelaars in dit land, respectievelijk de Nederlandstalige en Franstalige verzekeringsmakelaars. Zij herinneren eraan dat de verzekeringsmakelaars onafhankelijke verzekeringstussenpersonen zijn die met diverse verzekeraars samenwerken. Bijgevolg hebben zij een breed zicht op structurele problemen die zich stellen in de sector. Bovendien menen zij ook het best geplaatst te zijn om vanuit de praktijk input te kunnen leveren. Tot slot melden zij u dat de verzekeringsmakelaars een marktaandeel vertegenwoordigen van ongeveer 60%.

Sinds diverse jaren is de makelarij zich bewust van problemen die zich stellen inzake de private ziekteverzekeringsovereenkomsten en de aanvullende verzekeringen voor gezondheidsverzorging. Problemen waarmee de makelarij in de praktijk geconfronteerd is.

Reeds in 2003 hebben FVF en Fepabel, in hun memorandum gericht aan alle politieke partijen in het kader van de verkiezingen, deze problemen aangekaart. Zij waren toen vragende partij voor een specifieke wetgeving inzake dit type verzekeringen, zoals dat bestaat voor de meeste andere verzekeringstakken (brand, leven, BA auto, BA privé-leven).

En ce qui concerne le 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, la FVF et Feprabel y sont globalement favorables. Elles se félicitent que l'on propose une solution à une série de problèmes spécifiques.

La méthode utilisée rencontre leurs préoccupations. Elles saluent dès lors les quatre grands principes du projet de loi à l'examen:

- améliorer considérablement les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée;
- l'assurance maladie individuelle est garantie à vie tant pour le preneur d'assurance que pour les membres de sa famille;
- l'incontestabilité de l'assurance maladie individuelle est à présent coulée dans un texte légal;
- il est créé un droit de poursuite de l'assurance à titre individuel pour l'assurance groupe.

Le projet de loi à l'examen apporte effectivement une solution à des problèmes qui se posent en pratique. Ainsi, lorsqu'un salarié est, pour quelque raison que ce soit, atteint d'une maladie (comme la sclérose en plaques) ou d'un handicap (par ex. à la suite d'un accident) pendant la durée de son contrat de groupe hospitalisation, de gros problèmes se posent lorsqu'il quitte l'entreprise (ou plus grave encore, lorsqu'il est contraint de la quitter à cause de sa maladie ou de son handicap). Actuellement, la poursuite de l'assurance à titre individuel nécessite souvent un nouvel examen médical avec, en corollaire, une modification des conditions.

Il leur semble que l'article 138bis-8, en particulier son § 2, apporte une solution en la matière.

Elles ont néanmoins une série d'observations et de suggestions à formuler concernant le projet de loi à l'examen.

1. Les assurances collectives ont toujours posé de nombreux problèmes techniques de par l'absence de réserves de vieillissement et de par le fait que le consommateur, qui compare le prix d'une couverture individuelle à une couverture «groupe», ne fait pas la part des choses. Il n'est pas en mesure d'évaluer le coût de la garantie viagère qu'il a déjà actuellement en assurance individuelle.

Une méthode simple et cohérente aurait été de simplement interdire toute tarification groupe ou collective. Les assureurs auraient eu l'obligation

de proposer une solution à ces problèmes. Ce qui concerne le 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, la FVF et Feprabel y sont globalement favorables. Elles se félicitent que l'on propose une solution à une série de problèmes spécifiques.

La méthode utilisée rencontre leurs préoccupations. Elles saluent dès lors les quatre grands principes du projet de loi à l'examen:

- améliorer considérablement les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée;
- l'assurance maladie individuelle est garantie à vie tant pour le preneur d'assurance que pour les membres de sa famille;
- l'incontestabilité de l'assurance maladie individuelle est à présent coulée dans un texte légal;
- il est créé un droit de poursuite de l'assurance à titre individuel pour l'assurance groupe.

Le projet de loi à l'examen apporte effectivement une solution à des problèmes qui se posent en pratique. Ainsi, lorsqu'un salarié est, pour quelque raison que ce soit, atteint d'une maladie (comme la sclérose en plaques) ou d'un handicap (par ex. à la suite d'un accident) pendant la durée de son contrat de groupe hospitalisation, de gros problèmes se posent lorsqu'il quitte l'entreprise (ou plus grave encore, lorsqu'il est contraint de la quitter à cause de sa maladie ou de son handicap). Actuellement, la poursuite de l'assurance à titre individuel nécessite souvent un nouvel examen médical avec, en corollaire, une modification des conditions.

Il leur semble que l'article 138bis-8, en particulier son § 2, apporte une solution en la matière.

Elles ont néanmoins une série d'observations et de suggestions à formuler concernant le projet de loi à l'examen.

1. Les assurances collectives ont toujours posé de nombreux problèmes techniques de par l'absence de réserves de vieillissement et de par le fait que le consommateur, qui compare le prix d'une couverture individuelle à une couverture «groupe», ne fait pas la part des choses. Il n'est pas en mesure d'évaluer le coût de la garantie viagère qu'il a déjà actuellement en assurance individuelle.

Une méthode simple et cohérente aurait été de simplement interdire toute tarification groupe ou collective. Les assureurs auraient eu l'obligation

de proposer une solution à ces problèmes. Ce qui concerne le 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, la FVF et Feprabel y sont globalement favorables. Elles se félicitent que l'on propose une solution à une série de problèmes spécifiques.

La méthode utilisée rencontre leurs préoccupations. Elles saluent dès lors les quatre grands principes du projet de loi à l'examen:

- améliorer considérablement les droits des assurés (y compris les malades et les handicapés) dans le cadre de l'assurance maladie privée;
- l'assurance maladie individuelle est garantie à vie tant pour le preneur d'assurance que pour les membres de sa famille;
- l'incontestabilité de l'assurance maladie individuelle est à présent coulée dans un texte légal;
- il est créé un droit de poursuite de l'assurance à titre individuel pour l'assurance groupe.

Le projet de loi à l'examen apporte effectivement une solution à des problèmes qui se posent en pratique. Ainsi, lorsqu'un salarié est, pour quelque raison que ce soit, atteint d'une maladie (comme la sclérose en plaques) ou d'un handicap (par ex. à la suite d'un accident) pendant la durée de son contrat de groupe hospitalisation, de gros problèmes se posent lorsqu'il quitte l'entreprise (ou plus grave encore, lorsqu'il est contraint de la quitter à cause de sa maladie ou de son handicap). Actuellement, la poursuite de l'assurance à titre individuel nécessite souvent un nouvel examen médical avec, en corollaire, une modification des conditions.

Il leur semble que l'article 138bis-8, en particulier son § 2, apporte une solution en la matière.

Elles ont néanmoins une série d'observations et de suggestions à formuler concernant le projet de loi à l'examen.

1. Les assurances collectives ont toujours posé de nombreux problèmes techniques de par l'absence de réserves de vieillissement et de par le fait que le consommateur, qui compare le prix d'une couverture individuelle à une couverture «groupe», ne fait pas la part des choses. Il n'est pas en mesure d'évaluer le coût de la garantie viagère qu'il a déjà actuellement en assurance individuelle.

Une méthode simple et cohérente aurait été de simplement interdire toute tarification groupe ou collective. Les assureurs auraient eu l'obligation

d'appliquer le tarif individuel (moins éventuellement une ristourne pour frais de gestion) pour tout contrat collectif.

De plus, dans le cas des assurances collectives, le preneur d'assurance est rarement l'assuré et les divergences d'intérêts sont flagrantes. On constate aussi que, dans la plupart des cas, l'information finale reçue par l'assuré (et sa famille) est très souvent incomplète et peu précise.

Le texte fait référence à la continuation (transformation) des contrats groupes en contrats individuels à des conditions similaires et non pas identiques. Les intermédiaires pensent qu'il aurait été préférable d'utiliser le terme «*à des conditions au moins aussi favorables que celles du contrat collectif*». «*Similaires*», malgré les précisions reprises à l'article 138bis-8 du projet de loi, paraît un terme ambigu et de nature à apporter la confusion dans l'esprit de l'assuré.

Les délais prévus entre la fin de l'assurance collective et la prise d'effet de la couverture individuelle paraissent également trop peu réalistes. L'assuré doit avoir un minimum de trois mois (délai généralement applicable pour les contrats d'assurances classiques) pour faire le tour du marché et chercher, en connaissance de cause, une couverture équivalente. Le délai prévu est donc trop court. De plus, pendant la période d'attente, si elle se produit après la fin du contrat de travail, l'assuré ne bénéficie plus de couverture. Cela paraît inacceptable et contraire à l'esprit du projet de loi. L'assureur groupe devrait garantir la couverture au minimum trois mois après la fin du contrat.

Il n'est pas opportun de faire reposer le devoir d'information uniquement sur le preneur d'assurance. Cette même obligation devrait reposer sur l'assureur qui, tant que la prime est payée et tant qu'il n'est pas avisé par le preneur de la sortie d'un assuré, devrait continuer à couvrir le risque.

2. Pour un contrat viager et incontestable, il paraît anormal d'octroyer à l'assureur le droit de modifier ses conditions générales (hormis modification légale importante de la structure des remboursements des soins de santé en Belgique). En ce qui concerne les augmentations de prime, il faut que la Loi impose un mécanisme cohérent et immuable lié à un indice géré de manière neutre (indépendamment des assureurs) selon des critères objectifs, fiables et mesurables. Il est

val verpflichtet worden het individuele tarief (eventueel met korting voor beheerskosten) toe te passen voor elke collectieve overeenkomst.

Bovendien is bij collectieve verzekeringen de verzekeringsnemer zelden de verzekerde, en bestaan er flagrante uiteenlopende belangen. Voorts wordt ook vastgesteld dat de uiteindelijke informatie voor de verzekerde (en zijn gezin) meestal onvolledig en weinig precies is.

In de tekst wordt ook gewag gemaakt van de voortzetting van de groepsovereenkomsten in de vorm van individuele overeenkomsten (omvorming), tegen soortgelijke maar niet identieke voorwaarden. De verzekeringssmakelaars zijn van oordeel dat het verkieslijker ware geweest te werken met de omschrijving «*tegen voorwaarden die ten minste even voordelig zijn als die van de collectieve overeenkomst*». Ondanks de in artikel 138bis-8 van het wetsontwerp opgenomen preciseringen lijkt het woord «*gelijkaardig*» dubbelzinnig en kan het bij de verzekerde tot verwarring leiden.

Aangaande de termijnen waarin wordt voorzien tussen het einde van de collectieve verzekering en de aanvang van de individuele dekking, kan worden gesteld dat die niet realistisch genoeg zijn. Om de markt te verkennen en met kennis van zaken een vergelijkbare dekking te zoeken, heeft de verzekerde minimaal drie maanden tijd nodig (die termijn wordt doorgaans toegepast inzake de gebruikelijke verzekeringsovereenkomsten). De in uitzicht gestelde termijn is dus te kort. Zo de wachttijd bovendien loopt na het verstrijken van de arbeidsovereenkomst, is de verzekerde niet langer gedekt, hetgeen onaanvaardbaar lijkt en in strijd is met de geest van het wetsontwerp. De groepsverzekeraar zou tot drie maanden na het einde van de verzekeringsovereenkomst een dekking moeten garanderen.

Het is niet opportuun de informatieplicht louter voor de verzekeringsnemer te doen gelden. Ook de verzekeraar zou daartoe moeten worden verplicht: zolang hij de premie betaald krijgt en tot wanneer hij ervan in kennis wordt gesteld dat een verzekerde niet langer de verzekering geniet, zou de verzekeraar het risico moeten blijven dekken.

2. Wat de levenslange en onbetwistbare overeenkomst betreft, komt het abnormaal over dat de verzekeraar het recht zou hebben zijn algemene voorwaarden te veranderen (behalve bij enige belangrijke bij wet opgelegde wijziging in de structuur van de terugbetaling van de gezondheidszorg in België). Voor de prijsverhogingen van de premie moet bij wet een coherente en onveranderlijke regeling worden opgelegd, gekoppeld aan een indexcijfer dat neutraal wordt beheerd (dus

essentiel que cette indexation soit annuelle, sans rat-trapage possible. En effet, les assurés comprennent difficilement les augmentations soudaines et importantes. Par contre, ils acceptent avec moins de difficultés les indexations annuelles puisqu'elles ne mettent pas en péril leur budget.

La CBFA ne peut pas être le seul organisme responsable de l'acceptation de ces modifications. En effet, le rôle de l'organe de contrôle est avant tout financier. La CBFA veille à la rentabilité des entreprises d'assurances, et ce, dans un souci de défense des assurés. En conséquence, il semble évident que la CBFA verra toujours d'un bon œil une augmentation de prime au niveau «macroéconomique» sans tenir compte de l'impact «microéconomique» que cette augmentation aura dans le portefeuille des assurés.

3. En ce qui concerne la couverture des maladies chroniques et des handicapés, l'esprit du texte du projet de loi est louable. En pratique, vu la liberté laissée à l'assureur d'exclure un certain nombre de cas et de déterminer le tarif de son choix, ce texte sera plutôt un vœu pieux qu'une réelle avancée. Il faudrait prévoir une période de carence plus longue (5 ou 10 ans) mais, qu'après cette période, la couverture soit acquise sans restriction.

Dernier point, l'ensemble de ces mesures DOIVENT IMPERATIVEMENT être explicitement imposées à tous les contrats d'assurances maladies/soins de santé, y compris ceux proposés par les mutuelles.

Malgré ces remarques, les intermédiaires plaident pour une législation claire et complète qui donne enfin une sécurité juridique au secteur. On relève de nombreux cas de litiges devant les tribunaux. Il ne paraît pas admissible que les règles légales de base soient déterminées par les juges.

Les intermédiaires partagent le souci du législateur de procéder à l'évaluation de ce texte dans 2 ans et demandent instamment en tant qu'acteurs de terrain proches des assurés, de pouvoir être associés à cette évaluation de même qu'à toute discussion relative à ce texte.»

zonder inmenging van de verzekeraars), op grond van objectieve, betrouwbare en meetbare criteria. Het is van belang dat die indexering jaarlijks wordt doorgevoerd, zonder mogelijkheid tot terugwerking. De verzekerden begrijpen immers niet echt dat plots aanzienlijke prijsverhogingen worden toegepast. Met de jaarlijks toegepaste indexeringen hebben ze het daarentegen minder moeilijk, omdat op die manier hun budget niet uit de haak raakt.

De CBFA mag niet als enige instantie die wijzigingen toestaan. Dat toezichtsorgaan heeft in de eerste plaats een controlerende financiële taak. De CBFA moet toezien op de rentabiliteit van de verzekeringsondernemingen, om er voor te zorgen dat de verzekerden wel degelijk de bescherming van de dekking kunnen genieten. Het lijkt bijgevolg evident dat de CBFA «macro-economisch» altijd een premieverhoging zal toestaan, zonder rekening te houden met de «micro-economische» impact van die verhoging op wat de verzekerden aan premie moeten betalen.

3. De strekking van het wetsontwerp is positief aangaande de dekking van de chronisch zieken en de gehandicapten. Concreet is deze tekst echter meer een intentieverklaring dan een ware stap vooruit, want de verzekeraar mag sommige gevallen uitsluiten en de tarieven van zijn keuzes bepalen. Er moet worden voorzien in een langere vrijstellingsperiode (5 of 10 jaar), maar na die periode moet de dekking onbeperkt gelden.

Een laatste belangrijke opmerking: alle ter bespreking voorliggende maatregelen moeten expliciet worden opgelegd voor alle verzekeringsovereenkomsten inzake ziekte en gezondheidszorg, ook voor de overeenkomsten die worden aangeboden door de ziekenfondsen.

De verzekeringsmakelaars mogen dan wel deze opmerkingen maken, ze tonen zich niettemin gewonnen voor een duidelijke en volledige wetgeving die de sector eindelijk rechtszekerheid biedt. Thans worden veel geschillen aanhangig gemaakt voor de rechter. Het kan gewoon niet dat rechters terzake de wettelijke voorschriften vastleggen.

De verzekeringsmakelaars willen net als de wetgever binnen twee jaar deze tekst evalueren. Zij vragen met klem om, als spelers in het veld die dicht bij de verzekerden staan, te worden betrokken bij die evaluatie én bij elke verdere bespreking omtrent die tekst.

## 5. Position du professeur Bernard Dubuisson, Président de la commission des assurances

### 1. Introduction

«Faute de temps, les commentaires qui suivent ne concernent que le projet 2689/001 du Ministre Verwilghen et non les propositions de loi déposées par Mme Creyf ainsi que par Mme Milquet, Mr Wathelet et Arens, bien qu'elles soient toutes deux d'un grand intérêt.

En sa qualité de Président de la Commission des assurances, M. Dubuisson regrette le manque de concertation préalable à l'adoption du projet de loi ici discuté. Le Ministre de l'Economie n'a en effet pas consulté la Commission avant de déposer son projet, ce qui aurait pourtant permis à toutes les parties intéressées et représentées à la Commission d'exprimer un avis. Il est permis de le regretter d'autant plus vivement que la Commission des assurances, sous la présidence de Herman Cousy, a directement et efficacement participé à l'élaboration de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, loi que le présent projet entend précisément modifier.

Il remercie donc la Commission de l'économie de la Chambre de lui donner l'occasion de s'exprimer pendant cette audience. Il le fera bien entendu à titre personnel. Ses propos n'engagent en rien la Commission des assurances.

### 2. Une réponse partielle à un problème réel.

D'entrée de jeu, il convient de remarquer que le projet de loi ici discuté n'apporte qu'une réponse très partielle à la question de l'accès à l'assurance des personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique. Ceci ne signifie pas cependant qu'il faille le rejeter en bloc. Certaines dispositions visant à garantir la continuité entre l'assurance collective et l'assurance individuelle constituent un réel progrès en dépit de quelques imperfections techniques, mais elles supposent évidemment que les personnes présentant un risque aggravé aient déjà pu accéder à une couverture d'assurance, ce qui n'est pas toujours le cas. Le problème se situe en effet souvent en amont.

La réponse est partielle également, parce que le projet ne vise que certaines catégories d'assurances

## 5. Standpunt van professor Bernard Dubuisson, voorzitter van de Commissie voor Verzekeringen

### 1. Inleiding

De spreker kan door tijdgebrek alleen ingaan op wetsontwerp 2689/001 van minister Verwilghen, en niet op het wetsvoorstel van mevrouw Creyf en dat van mevrouw Milquet en de heren Wathelet en Arens, hoewel die allebei van groot belang zijn.

Als voorzitter van de Commissie voor Verzekeringen betreurt de heer Dubuisson het gebrek aan overleg vóór de indiening van het voorliggende wetsontwerp. De minister van Economie heeft de Commissie immers niet geraadpleegd alvorens hij zijn wetsontwerp heeft ingediend. Dat zou nochtans alle partijen die bij de zaak betrokken zijn en die in de Commissie vertegenwoordigd zijn de mogelijkheid hebben geboden hun standpunt kenbaar te maken. Een en ander is des te betreurenswaardiger omdat de Commissie voor Verzekeringen, onder het voorzitterschap van Herman Cousy, rechtstreeks en op doeltreffende wijze heeft deelgenomen aan de totstandkoming van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en het precies die wet is die met dit wetsontwerp zou worden gewijzigd.

Hij dankt dus de Kamercommissie voor het Bedrijfsleven, het Wetenschapsbeleid, het Onderwijs, de Nationale wetenschappelijke en culturele instellingen, de Middenstand en de Landbouw dat ze hem de mogelijkheid biedt zijn standpunt naar voren te brengen tijdens deze hoorzitting. Hij zal uiteraard zijn persoonlijk standpunt uiteenzetten en dat is geenszins bindend voor de Commissie voor Verzekeringen.

### 2. Een gedeeltelijk antwoord voor een reëel probleem

Er moet van meet af aan worden opgemerkt dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp slechts een heel gedeeltelijke oplossing aanreikt voor de kwestie van de toegang tot de verzekering voor mensen met een handicap of een chronische ziekte. Dat betekent echter niet dat het wetsontwerp in zijn geheel moet worden verworpen. Sommige bepalingen die de continuïteit willen waarborgen tussen de collectieve en de individuele verzekering zijn, ondanks enkele technische gebreken, een echte vooruitgang, maar ze veronderstellen natuurlijk wel dat mensen met een verhoogd risico reeds toegang kregen tot een verzekering, wat niet altijd het geval is. Het probleem bevindt zich immers vaak hogerop.

Het gaat ook om een gedeeltelijk antwoord omdat het wetsontwerp alleen op bepaalde, in artikel 138bis-

désignées à l'article 138*bis*-1 (maladie, soins de santé et invalidité) et non d'autres où la question de l'accès à l'assurance se pose de manière aussi cruciale (assurance solde restant dû pour l'accès au crédit, assurance incendie pour l'accès à la propriété...).

La réponse est aussi partielle parce que l'article 138*bis*-5*bis* (pitié pour la numérotation !), qui est le seul article concernant exclusivement les malades chroniques et les personnes handicapées, ne permet pas de garantir que ces personnes présentant un risque aggravé pourront trouver une assurance convenable à un prix abordable. Certes, l'alinéa 1<sup>er</sup> du même article ouvre aux personnes handicapées et aux malades chroniques un droit à une assurance soins de santé pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, mais le texte prend soin de préciser que les coûts liés à la maladie et au handicap peuvent être exclus de la garantie. La détermination de ces coûts, qui doivent être définis dans un document dont le modèle doit être établi par le Roi, risque d'ailleurs de donner lieu à de nombreuses difficultés sur un plan médical.

En outre, l'article 138*bis*-5*bis* ouvre expressément «un droit à l'assurance» mais ne dit rien des conditions de la garantie (franchise, exclusions...) ni du tarif applicable, problèmes qui restent tous deux du ressort de la liberté des prix et de la liberté des conventions, donc principalement de l'assureur. Rien dans le texte ne permet de garantir que la prime sera abordable et la garantie suffisamment large. On prévoit seulement une évaluation de la situation au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2008, au terme de la période d'observation. Il faut donc prendre cette initiative pour ce qu'elle est: il s'agit tout au plus du lancement d'un ballon d'essai.

### 3. Maintien de la protection résultant de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

Il convient de veiller à la bonne articulation des dispositions nouvelles avec celles de la loi du 25 juin 1992. Il ne s'agit pas seulement d'une pure question de technique juridique mais aussi de la protection du preneur d'assurance. A cet égard, toute disposition qui s'inscrirait en retrait par rapport au niveau de protection résultant déjà de la loi du 25 juin 1992 nous paraît devoir être écartée. On ne comprendrait pas en effet que les dispositions relatives à l'assurance maladie soient moins favorables au preneur que celles qui concernent toutes les autres assurances.

1 aangegeven verzekeringscategorieën betrekking heeft (ziekte, gezondheidszorg en invaliditeit) en niet op andere, waarvoor de kwestie van de toegang tot de verzekering even cruciaal is (schuldsaldoverzekering voor de toegang tot het krediet, brandverzekering voor de toegang tot het eigendom enzovoort).

Het antwoord is ook gedeeltelijk omdat artikel 138*bis*-5*bis* (wat een nummering !!!), dat het enige artikel is dat uitsluitend op de chronisch zieken en de gehandicapten betrekking heeft, niet de mogelijkheid biedt te garanderen dat die mensen met een verhoogd risico een geschikte verzekering zullen kunnen vinden tegen een betaalbare prijs. Het eerste lid van dat artikel opent voor de gehandicapten en de chronisch zieken weliswaar een recht op een ziektekostenverzekering gedurende twee jaar te rekenen van de datum van inwerkingtreding van de wet, maar de tekst preciseert dat de aan de ziekte of aan de handicap gerelateerde kosten mogen worden uitgesloten van de waarborg. De vaststelling van de kosten – wat dient te gebeuren in een document waarvan de Koning het model moet bepalen – dreigt trouwens tal van moeilijkheden te doen rijzen op medisch vlak.

Bovendien opent artikel 138*bis*-5*bis* uitdrukkelijk «een recht op een verzekering», maar het preciseert niets over de voorwaarden voor de waarborg (eigen risico, uitsluitingen enzovoort), noch over het tarief. Voor die twee aspecten gelden de vrijheid van de prijzen en de vrijheid van de overeenkomsten, dus de vrijheid van de verzekeraar. Niets in de tekst garandeert dat de premie betaalbaar en de waarborg ruim genoeg zullen zijn. Er wordt alleen voorzien in een evaluatie van de situatie ten laatste op 1 oktober 2008, na afloop van de observatieperiode. Men moet dit initiatief dus aanzien voor wat het is, met name hoogstens een proefballonnetje.

### 3. Handhaving van de bescherming die voortvloeit uit de wet op de landverzekeringsovereenkomst

Er moet worden voor gezorgd dat de nieuwe bepalingen naadloos aansluiten bij die van de wet van 25 juni 1992. Dat is niet alleen een louter juridisch-technische kwestie. Het gaat ook om de bescherming van de verzekeringnemer. In dat opzicht behoort iedere bepaling die ten aanzien van de graad van bescherming die voortvloeit uit de wet van 25 juni 1992 een achteruitgang inhoudt, volgens ons van de hand te moeten worden gewezen. Men zou immers niet begrijpen dat de bepalingen met betrekking tot de ziekteverzekering voor de verzekeringnemer minder gunstig zijn dan die welke op alle andere verzekeringen slaan.

Quelques exemples suffiront à s'en convaincre.

1°) La question de la couverture de l'antériorité (art. 138*bis*-5).

Il se déduit de l'article 138*bis*-5 que le contrat devient incontestable deux ans après l'entrée en vigueur du contrat. Ceci signifie qu'une fois le délai écoulé, l'assureur renonce à invoquer les omissions et inexactitudes faites de bonne foi lors de la déclaration du risque. *A contrario*, on en déduit que le contrat est contestable dans le même délai si des symptômes existaient avant la conclusion du contrat d'assurance et que la maladie liée à ces symptômes a été diagnostiquée ultérieurement pendant le délai de deux ans. Même si le texte n'en dit rien, l'exposé des motifs laisse entendre clairement que, dans ce cas, l'assureur peut refuser purement et simplement sa garantie.

Il faut remarquer que cette sanction est bien plus lourde que celles qui se déduisent de l'article 7, § 2 et 3 de la loi du 25 juin 1992 en cas d'omission ou de fausse déclaration faite de bonne foi. Cet article fait varier la sanction selon que le manquement résulte ou non d'une négligence du preneur. Si aucun reproche ne peut être adressé au preneur, la prestation est due en totalité. Si le preneur est fautif, il peut prétendre à une intervention réduite proportionnellement. Il est de bons auteurs qui pensent que les clauses d'antériorité sont nulles comme contraires à ces dispositions impératives de la loi du 25 juin 1992 (voy. notamment, M. Fontaine, *Précis de droit des assurances*, 3<sup>ème</sup> ed., p. 180, n° 260, note 195 et p. 249, n° 362, note 450))

Ajoutons que la notion de «symptômes» (par opposition à un diagnostic précis) est assez vague et sera sujette à d'éternelles discussions.

2°) La question de la durée et de la stabilité du contrat. (art. 138*bis*-3 et 4)

Cette disposition prévoit que le contrat d'assurance maladie est en principe conclu à vie et que les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 du § 1<sup>er</sup> de l'article 30 lui sont inapplicables. Cette solution est différente et meilleure que la précédente, puisque le texte actuel de l'article 30 prévoit que ces contrats ne sont pas soumis à la durée d'un an, sans préciser qu'ils doivent obligatoirement être souscrits à vie. On ne voit pas par contre l'utilité de la référence

Enkele voorbeelden zullen volstaan om zich daarvan te overtuigen.

1°) De kwestie van de dekking van de anterioriteit (artikel 135*bis*-5).

Uit artikel 138*bis*-5 kan men afleiden dat de overeenkomst twee jaar nadat ze in werking is getreden onbetwistbaar wordt. Dat houdt in dat de verzekeraar, als die termijn verstreken is, ervan afziet zich te beroepen op de ter gelegenheid van de aangifte van het risico onopzettelijke verzwijgingen en onjuistheden. Men leidt daar *a contrario* uit af dat de overeenkomst binnen dezelfde termijn kan worden betwist als er symptomen waren vóór de verzekeringsovereenkomst werd gesloten en de daarmee gerelateerde ziekte later, in de loop van de periode van twee jaar, werd gediagnosticeerd. Ook al wordt daarover niets gezegd in de tekst, toch geeft de memorie van toelichting duidelijk te verstaan dat de verzekeraar in dat geval de waarborg gewoon mag weigeren.

Opgemerkt zij dat die sanctie veel zwaarder is dan die welke voortvloeien uit artikel 7, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992 ingeval te goeder trouw gegevens werden verzwegen of onjuist werden meegedeeld. Krachtens dat artikel varieert de sanctie naargelang het verzuim al dan niet voortvloeit uit een nalatigheid van de verzekeringnemer: als deze niets kan worden verweten, is de prestatie geheel verschuldigd; als hij in de fout is gegaan, kan hij aanspraak maken op een pondspondsgewijze verlaagde vergoeding. Sommige goede auteurs zijn van oordeel dat de anterioriteitsbedingen nietig zijn omdat ze in strijd zijn met die dwingende bepalingen van de wet van 25 juni 1922 (zie onder meer M. Fontaine, *Précis de droit des assurances*, 3<sup>e</sup> uitgave, blz. 180, nr. 260, nota 195 en blz. 249, nr. 362, nota 450).

Wij kunnen daaraan toevoegen dat het begrip «symptomen» (in tegenstelling tot een precieze diagnose) vrij vraag is en dat het aanleiding zal geven tot eindeloze discussies.

2°) De kwestie van de duur en van de stabiliteit van de overeenkomst (artikel 138*bis*-3 en 4)

Naar luid van die bepaling is de ziekteverzekeringsovereenkomst in principe levenslang aangegaan en is artikel 30, § 1, eerste en tweede lid, daarop van toepassing. Die oplossing is verschillend en beter dan de voorgaande aangezien de vigerende tekst van artikel 30 bepaalt dat die overeenkomsten niet onderworpen zijn aan de duur van één jaar, zonder evenwel te preciseren dat ze verplicht levenslang moeten worden aangegaan.

aux articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 de la loi du 25 juin 1992 ni au cas de fraude en général. Il va de soi que la durée à vie d'un contrat ne fait pas obstacle à une fin prématurée pour une cause de nullité, de caducité ou de résiliation prévue par la loi ou le droit commun.

L'article 138*bis*-4 garantit ensuite que ni les bases techniques de la prime ni les conditions de la couverture ne seront modifiées ultérieurement. Les exceptions à ce principe d'intangibilité du contrat et de la prime sont cependant assez nombreuses (indexation selon un indice défini ou à définir, augmentation du coût des prestations, modification substantielle de la législation relative à la sécurité sociale) au point que le principe paraît vider de sa substance.

Certes, il faut, selon cette disposition, que l'augmentation du coût réel des prestations soit significative ou que la modification de la législation ait une influence significative sur ces coûts pour que la prime puisse être modifiée. En outre, la CBFA doit contrôler le caractère significatif de l'augmentation. Il n'est pas certain cependant que ce contrôle exercé par la CBFA soit compatible avec le droit européen. On sait que les directives européennes en assurances ne permettent une approbation préalable des tarifs que dans le cadre d'un système général de contrôle des prix. Ce n'est pas le cas ici. Or, le pouvoir confié à la CBFA lui permet indirectement de refuser une hausse des tarifs en assurance maladie.

La compatibilité de cet article avec l'article 26 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre peut aussi être discutée. Dans son état actuel, cet article prévoit que le système de déclaration des aggravations de risque qu'il met en place ne s'applique pas à l'assurance maladie. Cette exception s'explique généralement par le fait que le risque «maladie» croît naturellement avec l'âge et que l'assureur a donc dû intégrer cette possibilité d'aggravation dans ses calculs prévisionnels. Rappelons que l'article 26 ne vise expressément que l'aggravation de la fréquence du risque, mais on enseigne qu'il pourrait viser aussi l'aggravation de son intensité (ampleur du coût prévisible).

Sous cet angle, l'exposé des motifs paraît contradictoire. En page 11, on lit en effet que «l'assureur ne peut invoquer une aggravation du risque pour résilier le contrat ou augmenter la prime» et, un peu plus loin en

Men ziet echter niet wat het nut is van de verwijzing naar de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 van de wet van 25 juni 1992, noch naar het geval van bedrog in het algemeen. Het ligt voor de hand dat de levenslange duur van een overeenkomst niet verhindert dat ze vroegtijdig wordt beëindigd op grond van een nietigheid, een ongeldigheid of een opzegging waarin de wet of het gemeen recht voorzien.

Vervolgens waarborgt artikel 138*bis*-4 dat noch de technische grondslagen van de premie, noch de dekkingsvoorwaarden naderhand kunnen worden gewijzigd. Er zijn echter vrij veel uitzonderingen op dat principe van de onveranderlijkheid van de overeenkomst en van de premie (indexering volgens een bepaald of nog te bepalen cijfer, verhoging van de kosten van de prestaties, aanzienlijke wijziging van de sociale-zekerheidswetgeving), waardoor het principe lijkt te zijn uitgehold.

Volgens die bepaling moet de verhoging van de werkelijke kosten van de prestaties weliswaar aanzienlijk zijn of moet de wijziging van de wetgeving een substantiële invloed hebben op die kosten opdat de premie mag worden gewijzigd. Bovendien moet de CBFA nagaan of de verhoging betekenisvol is. Het staat echter niet vast of die controle door de CBFA strookt met het Europees recht. Het is bekend dat de Europese richtlijnen inzake verzekeringen een voorafgaande goedkeuring van de tarieven alleen in het kader van een algemene regeling aangaande prijscontrole toestaan. Zulks is in dezen niet het geval. De aan de CBFA verleende bevoegdheid biedt die instantie echter wel de mogelijkheid een verhoging van de ziekteverzekeringstarieven indirect te weigeren.

Ook de bestaanbaarheid van dat artikel met artikel 26 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst staat ter discussie. Het vigerende artikel 26 bepaalt dat de regeling van aangifte van de risicoverzwaren waarin het voorziet, niet geldt voor de ziekteverzekering. Die uitzondering wordt doorgaans verklaard door het feit dat het ziekterisico gewoon toeneemt met de leeftijd en dat de verzekeraar met die mogelijke verzwaring rekening heeft moeten houden in zijn provisionele berekeningen. Er zij aan herinnerd dat artikel 26 slechts uitdrukkelijk op de verzwaring van de frequentie van het risico slaat. Men geeft echter aan dat het ook op de verzwaring van de intensiteit ervan betrekking zou kunnen hebben (omvang van de voorzienbare kosten).

De memorie van toelichting lijkt in dat opzicht tegenstrijdig. Op pagina 11 staat immers het volgende te lezen : «de verzekeraar [kan] evenmin een verzwaring van het risico inroepen om de overeenkomst op te zeg-



page 13, que «la prime et/ou les conditions peuvent être adaptées à l'augmentation réelle du coût des prestations garanties qui sont la conséquence par exemple d'une augmentation durable de la fréquence des hospitalisations ou d'une modification substantielle du profil du risque».

Si telle est bien la portée du texte de l'article 138*bis*-4, il est permis de se demander si celui-ci est bien compatible avec l'exclusion précitée, prévue par l'article 26, § 1<sup>er</sup>. Sans doute dira-t-on que l'augmentation du coût réel des prestations liées à une modification de la loi n'entre pas dans le champ des circonstances à déclarer par le preneur et n'est donc pas soumise à l'article 26. Il n'en va toutefois pas ainsi de la modification de la fréquence des hospitalisations ou du profil du risque (ces derniers termes sont d'ailleurs ambigus). Il y aurait lieu à tout le moins de clarifier la portée du dispositif à cet égard car l'augmentation du coût des prestations peut être liée à de nombreux facteurs dont certains ne peuvent justifier une adaptation ou une résiliation du contrat sur le fondement de l'article 26. Il convient d'éviter que la disposition en question ne donne carte blanche à l'assureur (sous le contrôle, il est vrai, de la CBFA) pour modifier la garantie ou la prime.

On s'étonne enfin de ne rien trouver dans cet article sur la procédure applicable une fois que l'assureur a notifié son intention de modifier le contrat ou la prime. Or, on sait que la manière actuelle de procéder pose problème au regard de l'article 12 du règlement général de contrôle. Ce silence signifie-t-il que l'autorisation donnée par la CBFA priverait le preneur du droit de résilier son contrat?

3°) La question de la continuité des garanties (art. 138*bis*-6).

Les dispositions qui visent à permettre la continuation d'un contrat collectif par un contrat d'assurance individuel sont certainement originales et intéressantes. Elles visent en effet à ce que l'assuré privé de sa couverture collective pour une circonstance ou une autre (licenciement, départ volontaire...) puisse retrouver une couverture à titre individuel, en dépit de son âge et de l'évolution du risque.

gen of de premie te verhogen», en op bladzijde 13 wordt aangegeven dat «De premie en/of de dekkingsvoorwaarden (...) ook [kunnen] 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.».

Als dat wel degelijk de strekking is van artikel 138*bis*-4, mag men zich afvragen of dit laatste wel degelijk verenigbaar is met de voormelde uitsluiting waarin artikel 26, § 1 voorziet. Men zal wellicht aanvoeren dat de verhoging van de werkelijke kosten van de prestaties als gevolg van een wetswijziging niet valt onder de omstandigheden die de verzekeringnemer moet aangeven en dat artikel 26 daarop dus niet van toepassing is. Dat geldt echter niet voor de wijziging van de frequentie van de opnames in het ziekenhuis of van het risicoprofiel (dat woord is trouwens dubbelzinnig). De draagwijdte van de bepaling zou in dat opzicht op zijn minst moeten worden verduidelijkt, want de verhoging van de kosten van de prestaties kan te wijten zijn aan tal van factoren, waarvan sommige niet kunnen rechtvaardigen dat de overeenkomst op grond van artikel 26 wordt aangepast of opgezegd. Er moet worden voorkomen dat de betrokken bepaling de verzekeraar de vrije hand geeft om (weliswaar onder het toezicht van de CBFA) de waarborg of de premie te wijzigen.

Tot slot wekt het verwondering dat in dit artikel niets wordt bepaald over de procedure die van toepassing is als de verzekeraar zijn voornemen om de overeenkomst of de premie te wijzigen ter kennis heeft gebracht. Het is echter bekend dat de huidige werkwijze problemen doet rijzen ten aanzien van artikel 12 van het algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. Houdt dit stilzwijgen in dat de door de CBFA gegeven toestemming de verzekeringnemer de mogelijkheid zou ontnemen zijn overeenkomst op te zeggen ?

3°) De kwestie van de continuïteit van de waarborgen (artikel 138*bis*-6).

De bepalingen die beogen toe te staan dat een collectieve overeenkomst wordt voortgezet door een individuele verzekeringsovereenkomst zijn ongetwijfeld origineel en interessant. Ze strekken er immers toe dat de verzekerde die om een of andere reden zijn collectieve dekking verliest (ontslag, vrijwillig vertrek enzovoort) een individuele dekking kan krijgen, ondanks zijn leeftijd en de evolutie van het risico.

Il semble qu'une question juridiquement importante n'est pas clairement réglée dans le projet: le contrat individuel qui suit le contrat collectif est-il un nouveau contrat ou est-ce le contrat ancien qui se prolonge sous une forme un peu différente? Tout laisse à penser qu'il s'agit d'un nouveau contrat puisque sa conclusion peut donner lieu à un nouveau calcul de la prime (sous réserve de la constitution anticipée d'une réserve de vieillissement) et même à de nouvelles conditions d'assurance.

Si cette interprétation est correcte, plusieurs questions se posent:

– Est-il nécessaire que le processus de formation de ce nouveau contrat déroge aussi nettement aux dispositions communes prévues par l'article 4 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, article qui s'applique en principe à tous les contrats d'assurances terrestres en cas de recours à une proposition d'assurance, à une demande d'assurance ou à une police présignée?

– Si le contrat qui suit est un nouveau contrat, faut-il compter une nouvelle période d'incontestabilité de deux ans à partir de la conclusion? Il semble bien que la réponse soit négative.

– L'article 138*bis*-6 précise que le droit de poursuite individuelle ne porte pas préjudice aux sanctions prévues par les articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre ou, de façon générale, en cas de fraude. La portée de cette disposition est obscure. L'exposé des motifs précise que le droit de poursuite n'est pas garanti si le bénéficiaire du contrat d'assurance collectif est perdu en raison des circonstances décrites par ces différents articles ou en cas de fraude. On vise donc apparemment un assuré qui se serait rendu coupable de manquements dans le cadre de la couverture collective (fraude, défaut de paiement, fausse déclaration). Sur ce point, il y a lieu de remarquer tout d'abord que la loi est généralement muette sur les conséquences d'un manquement commis par un assuré sur la couverture collective en général ainsi que par rapport aux autres co-assurés (de la même famille) en particulier. A priori, les manquements en question ne devraient avoir qu'un effet strictement personnel (sauf en cas de complicité d'un autre assuré). Par ailleurs, la référence aux articles cités est trop vague. Certains s'étonneront de la mention du défaut de paiement de la prime (art. 14 et 16). Est-ce à dire que le mauvais payeur perdra définitivement le droit de poursuivre le contrat à titre individuel? L'article 7 vise,

Kennelijk wordt een juridisch belangrijke kwestie met het wetsontwerp niet duidelijk geregeld: is de individuele overeenkomst die volgt op de collectieve overeenkomst een nieuwe overeenkomst, of wordt de oude overeenkomst verlengd onder een licht gewijzigde vorm? Alles wijst erop dat het om een nieuwe overeenkomst gaat aangezien de sluiting ervan aanleiding kan geven tot een nieuwe berekening van de premie (behalve als van tevoren een verouderingsreserve werd samengesteld) en zelfs tot nieuwe verzekeringsvoorwaarden.

Indien die interpretatie correct is, rijst een aantal vragen.

– Is het nodig dat het totstandkomingsproces van die nieuwe overeenkomst dermate afwijkt van de gemeenschappelijke bepalingen van artikel 4 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst, dat in beginsel van toepassing is op alle landverzekeringsovereenkomsten indien zij tot stand komen door middel van een verzekeringsvoorstel, een verzekeringsaanvraag of een vooraf getekende polis?

– Indien de vervolgovereenkomst een nieuwe overeenkomst is, moet dan rekening worden gehouden met een nieuwe periode van onbetwistbaarheid van twee jaar nadat de overeenkomst is gesloten? Het ziet er naar uit dat op die vraag ontkennend moet worden geantwoord.

– Artikel 138*bis*-6 preciseert dat het recht op een individuele voortzetting geen afbreuk doet aan de sancties waarin is voorzien bij de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst dan wel, uit een algemeen oogpunt, in geval van bedrog. De draagwijdte van die bepaling is allesbehalve duidelijk. De memorie van toelichting preciseert dat het recht op voortzetting niet gewaarborgd is als de verzekerde het voordeel van de collectieve verzekeringsovereenkomst verliest op grond van de omstandigheden die zijn opgenomen in die verschillende artikelen dan wel in geval van bedrog. Daarmee bedoelt men kennelijk een verzekerde die zich schuldig zou hebben gemaakt aan tekortkomingen in het kader van de collectieve dekking (bedrog, wanbetaling, valse verklaring). Op dat punt moet eerst en vooral worden opgemerkt dat in de wet doorgaans niets terug te vinden is over de gevolgen van een tekortkoming die de verzekerde heeft begaan ten aanzien van de collectieve dekking in het algemeen, alsook ten aanzien van de andere medeverzekerden (van hetzelfde gezin) in het bijzonder. De bewuste tekortkomingen zouden *a priori* alleen gevolgen mogen hebben voor de persoon zelf (behalve ingeval van medeplichtigheid van een andere verzekerde). Voorts is de verwijzing naar de vermelde artikelen te

quant à lui, tant l'assuré de bonne foi que l'assuré de mauvaise foi. On ne voit pas pourquoi une omission faite de bonne foi priverait l'assuré du droit à la poursuivre l'assurance? Ne faut-il pas craindre que le fichier des risques aggravés gérés par DATASSUR ne soit utilisé systématiquement par l'assureur pour refuser la poursuite de la garantie? En réalité, il serait sans doute plus simple et surtout plus clair de dire que le droit de poursuite à titre individuel n'existe pas si le bénéficiaire du contrat collectif a été perdu préalablement à la suite d'une fraude.

– En ce qui concerne la procédure de conclusion du nouveau contrat, le texte prévoit que toutes les communications peuvent avoir lieu par écrit ou par courrier électronique. Ceci pose évidemment un problème de preuve. Il faut rappeler à cet égard que selon l'article 10 de la loi du 25 juin 1992, le contrat d'assurance se prouve en principe par écrit (voir aussi l'article 1322*bis* du Code civil en ce qui concerne la signature électronique). Est-il dérogé à cette règle lorsque le contrat individuel se substitue au contrat collectif? De toute façon, le calcul des délais ne peut être effectué de façon fiable que si l'on peut prouver la date de réception du message électronique. Certains ajouteront que les délais prévus sont beaucoup trop courts pour permettre à l'assuré de prendre position.

#### 4. Le risque d'incohérence

De façon générale, il est permis de regretter qu'un corps de règles «étranger» utilisant son propre jargon vienne ainsi briser la cohérence de la loi du 25 juin 1992 et porter atteinte à sa structure (les dispositions commentées ont en effet un champ d'application qui leur est propre). Faut-il rappeler que l'article 1<sup>er</sup> de la loi définit les notions essentielles utilisées alors que l'article 138*bis* en utilise d'autres sans toujours les définir précisément (notion de famille, d'assuré principal,...)? Par ailleurs, est-il nécessaire de parler de «co-assurés» alors que l'article 27 vise la coassurance dans un tout autre contexte?

vaag. Sommigen zullen zich verbazen over het feit dat de niet-betaling van de premie is vermeld (artikelen 14 en 16). Houdt zulks in dat een wanbetaler definitief het recht verliest om de overeenkomst individueel voort te zetten? Artikel 7 heeft dan weer betrekking op zowel de verzekerden die te goeder trouw als op die welke te kwader trouw handelen. Het is niet duidelijk waarom een nalatigheid die te goeder trouw wordt begaan, de verzekerde het recht zou ontnemen om de verzekering voort te zetten. Valt niet te vrezen dat het door Datassur beheerde RSR-bestand systematisch door de verzekeringsondernemingen zal worden gebruikt om de voortzetting van de dekking te weigeren? In de praktijk zal het ongetwijfeld eenvoudiger – en vooral duidelijker – zijn ervan uit te gaan dat de verzekerde niet het recht heeft de overeenkomst individueel voort te zetten als hij reeds voordien het voordeel van de collectieve overeenkomst op grond van bedrog heeft verloren.

– Met betrekking tot de procedure voor het aangaan van de nieuwe overeenkomst bepaalt de tekst dat de communicatie schriftelijk dan wel elektronisch mag verlopen. Zulks doet uiteraard een probleem rijzen als één en ander moet worden bewezen. In dat opzicht moet er worden aan herinnerd dat de verzekeringsovereenkomst krachtens artikel 10 van de wet van 25 juni 1992 in beginsel «door geschrift» wordt bewezen (zie ook artikel 1322*bis* van het Burgerlijk Wetboek inzake de elektronische handtekening). Wordt van die regel afgeweken wanneer de collectieve overeenkomst wordt vervangen door een individuele? Hoe dan ook kunnen de termijnen alleen afdoende worden berekend als men kan aantonen op welke datum het elektronisch bericht is ingekomen. Sommigen zullen daaraan toevoegen dat de in uitzicht gestelde termijnen veel te kort zijn om de verzekerde in staat te stellen een beslissing te nemen.

#### 4. Het risico op incoherentie

Uit een algemeen oogpunt is het betreurenswaardig dat een «externe» regelgeving met een eigen jargon afbreuk doet aan de coherentie en de structuur van de wet van 25 juni 1992 (de toegelichte bepalingen hebben immers een eigen toepassingsgebied). Er zij aan herinnerd dat artikel 1 van de wet de definities bevat van de belangrijkste gebruikte begrippen, terwijl artikel 138*bis* gebruik maakt van andere begrippen, evenwel zonder ze steeds precies te omschrijven (begrip «gezin», «hoofdverzekerde» enzovoort). Moet men voorts gewag maken van «medeverzekerden», terwijl artikel 27 betrekking heeft op de medeverzekering in een geheel andere context?

## 5. Conclusion

De ces différents commentaires, il ressort que le projet de loi part d'une bonne intention et comporte certaines avancées intéressantes mais qu'il ne permet que très partiellement de résoudre le problème de l'accès à l'assurance des personnes handicapées et des malades chroniques. En outre, il comporte certaines dispositions critiquables en ce qu'elles ont apparemment pour effet de réduire la protection accordée par la loi sur le contrat d'assurance terrestre, au preneur d'assurance et à l'assuré»

## 6. Point de vue de la CBFA

«Le projet de loi contient un certain nombre de dispositions qui répondent utilement à des difficultés évoquées à diverses reprises dans les plaintes adressées tant au Médiateur Assurances qu'à la CBFA (notamment la problématique des maladies préexistantes et la perte du statut d'assuré dans une assurance collective).

Conformément à sa mission légale en la matière, la Commission veillera au respect des dispositions modifiées de la loi sur le contrat d'assurance terrestre. Comme le prescrit la législation européenne, il s'agit, en l'occurrence, d'un contrôle qui doit s'opérer *a posteriori*, et pas de manière systématique.

Deux dispositions du projet précité confient une nouvelle mission à la CBFA.

La première disposition concerne le nouvel article 138*bis*-4, proposé, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (LCAT), qui précise dans quels cas le tarif et les conditions du contrat d'assurance maladie peuvent être modifiés, et ce, par dérogation au principe selon lequel il ne peut y avoir de modification tarifaire ou contractuelle en la matière.

L'article 138*bis*-4, § 2, de la loi précitée dispose que 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.

L'article 138*bis*-4, § 3, de la LCAT prévoit que le montant de la prime et/ou les conditions d'assurance peu-

## 5. Besluit

Uit de commentaar op een en ander blijkt dat het wetsontwerp van goede bedoelingen getuigt en in bepaalde opzichten een belangwekkende vooruitgang inhoudt. Toch reikt het slechts een uiterst partiële oplossing aan om het vraagstuk van de toegankelijkheid van verzekeringen voor gehandicapte personen en chronisch zieken weg te werken. Bovendien bevat het een aantal bepalingen die voor discussie vatbaar zijn, aangezien ze kennelijk afbreuk doen aan de bij de wet op de landverzekeringsovereenkomsten ingestelde waarborg ten behoeve van de verzekeringnemer en de verzekerde.

## 6. Standpunt van de CBFA

«Het wetsontwerp bevat een aantal bepalingen die nuttig tegemoet komen aan moeilijkheden die herhaaldelijk aan bod kwamen in klachten die zowel naar de Ombudsman Verzekeringen als naar de CBFA werden gericht (inzonderheid de problematiek van de voorafbestaande ziektes en het verlies van het verzekerd zijn in een collectieve verzekering).

Overeenkomstig haar wettelijke opdracht terzake zal de Commissie toezien op de naleving van gewijzigde bepalingen van de wet op landverzekeringsovereenkomst. Zoals voorgeschreven door Europese regels betreft het hier een toezicht dat *a posteriori* en niet stelselmatig dient plaats te vinden.

Twee bepalingen van het voormelde ontwerp voorzien in een nieuwe opdracht voor de CBFA.

De eerste bepaling betreft het voorgestelde nieuwe artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (WLVO) dat de gevallen regelt waarin het tarief en de voorwaarden van een ziekteverzekeringsovereenkomst kunnen worden gewijzigd, dit in afwijking van het beginsel dat dit tarief en deze voorwaarden niet kunnen worden gewijzigd.

Artikel 138*bis*-4, § 2 WLVO bepaalt dat 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.

Artikel 138*bis*-4, § 3 WLVO bepaalt dat bij een wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde presta-

vent 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. 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.

Il ressort de l'Exposé des motifs qu'«en cas de modification du coût réel des prestations garanties», il s'agirait de 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. La CBFA doit alors admettre le caractère significatif de l'influence sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Le nouvel article 138*bis-5bis* proposé de la LCAT confie un autre rôle à la CBFA. Le dernier alinéa de cet article prévoit que l'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats-preneur d'assurance, qui sont malades chroniques ou handicapés, fera l'objet au plus tard le 1<sup>er</sup> 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.

La CBFA n'est pas l'institution qui convient pour rassembler et évaluer les données mentionnées au nouvel article 138*bis-4* proposé. La CBFA dispose de données financières globales afin d'exercer son contrôle prudentiel, mais pas des données nécessaires pour remplir la tâche mentionnée à l'article 138*bis-4*. La CBFA n'est en outre pas familiarisée avec la problématique de l'indexation des tarifs des contrats d'assurance maladie et est dès lors mal placée pour effectuer, en toute connaissance de cause, la mission prévue par le projet de loi. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (<http://kce.fgov.be>), créé par la loi-programme du 24 décembre 2002, semble être, pour ce qui est de sa mission et de sa composition, une institution plus adéquate. L'un des quatre grands domaines de recherche du centre est l'organisation et le financement des soins de santé. Afin d'exercer ses missions, l'un des trois objectifs opérationnels intermédiaires est la collecte d'informations scientifiques actualisées et de données statis-

ties 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 Assurantie-wezen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de Commissie te bekomen.

Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat het bij de «wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties» zou gaan om de werkelijke verhoging van de kostprijs van de verzekerde waarborgen als gevolg bijvoorbeeld van een vastgestelde aanhoudende frequentie-stijging van de ziekenhuisopnames of van een substantiële wijziging in het risicoprofiel van de verzekerden. De verzekeraar moet het bewijs leveren van deze verhoging. De CBFA moet dan instemmen met het betekenisvol karakter van de invloed op de kosten of de omvang van de verleende dekking.

Een andere rol voor de CBFA is voorzien in het voorgestelde nieuwe artikel 138*bis-5bis* WLVO. In het laatste lid van dit artikel wordt bepaald dat de verplichting om een ziekte-kostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-verzekeringnemers uiterlijk op 1 oktober 2008 het voorwerp zal uitmaken van een evaluatie, waaraan de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantie-wezen, 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.

De CBFA is niet de aangewezen instelling voor het verzamelen en beoordelen van de gegevens waarvan sprake in het voorgestelde nieuwe artikel 138*bis-4*. De CBFA beschikt over globale financiële gegevens met het oog op het prudentieel toezicht dat zij uitoefent, maar niet over de gegevens die nodig zijn om de opdracht waarvan sprake in artikel 138*bis-4* te kunnen uitvoeren. De CBFA is bovendien niet vertrouwd met de specifieke problematiek van de indexering van de tarieven voor ziekteverzekeringsovereenkomsten en is dan ook slecht geplaatst om met kennis van zaken de in het wetsontwerp voorziene opdracht uit te voeren. Het federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (<http://kce.fgov.be>), opgericht bij programmawet van 24 december 2002, lijkt, wat zijn opdracht en samenstelling betreft, een meer aangewezen instelling te zijn. Eén van de vier grote onderzoeksdomeinen van het centrum is de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Om zijn opdrachten uit te oefenen is het verzamelen

tiques fiables. Les informations disponibles des assureurs peuvent constituer un complément utile.

La CBFA estime dès lors que les objectifs visés seraient mieux atteints si les missions prévues à l'article 138bis-4 étaient confiées non pas à elle, mais au Centre d'expertise précité. Dans le prolongement d'un tel amendement, sa participation à l'évaluation mentionnée à l'article 138bis-5bis pourrait également être reconsidérée.» (traduction)

## 7. Point de vue du Centre pour l'égalité des chances

### I. Remarques générales

«Depuis l'adoption de la loi du 25 février 2003 dite loi anti-discrimination, le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme a pour mission de promouvoir l'égalité des chances et de combattre toute forme de distinction, d'exclusion, de restriction ou de préférence fondée notamment sur l'âge, l'état de santé actuel ou futur, un handicap ou une caractéristique physique<sup>3</sup>.

Dans le cadre de cette mission, il est particulièrement sensible aux problèmes rencontrés par certaines personnes atteintes d'une maladie ou d'un handicap lorsqu'elles souhaitent bénéficier d'une couverture d'assurance.

Plus spécifiquement, le service «Discriminations non raciales» du Centre pour l'égalité des chances ouvre de nombreux dossiers relatif à des assurances. Il s'agit principalement d'assurances hospitalisation, soins de santé et d'assurances vie, parfois dans le cadre d'assurances collectives. La plupart des cas concernent le refus de couvrir le risque ou la fixation de surprimes importantes à l'égard des assurés malades ou handicapés.

De l'analyse de ces situations, il découle notamment que l'application de la loi du 25 février 2003 pose clairement la question de la limite entre la gestion normale d'une entreprise d'assurance qui est tenue, afin de calculer le risque à assurer, de s'appuyer sur un certain nombre de critères et les situations de discriminations qui peuvent naître de l'application

<sup>3</sup> Article 2 de la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (*Moniteur belge*, 19.II.1993, modifiée par les lois des 13 avril 1995 (*Moniteur belge*, 25 IV 95), 20 janvier 2003 (*Moniteur belge*, 12 II 03), 25 février 2003 (*Moniteur belge*, 17 III 03) et 10 août 2005 (*Moniteur belge*, 2 IX 05)

van actuele wetenschappelijke informatie en betrouwbare statistische gegevens één van de drie tussentijdse operationele doelstellingen. De beschikbare informatie van de verzekeraars kan een nuttige aanvulling vormen.

De CBFA meent dan ook dat de beoogde doelstellingen beter zouden worden bereikt door de in artikel 138bis-4 voorziene opdrachten niet aan haar maar aan voornoemd Kenniscentrum toe te vertrouwen. In het verlengde van een dergelijk amendement zou ook haar deelname aan de evaluatie waarvan sprake in artikel 138bis-5bis kunnen worden heroverwogen.»

## 7. Standpunt van het Centrum voor de gelijkheid van kansen

### I. Algemene opmerkingen

Sinds de zogenaamde antidiscriminatiewet van 25 februari 2003 is aangenomen, is het Centrum voor de gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding belast met de taak de gelijkheid van kansen te bevorderen en elke vorm van onderscheid, uitsluiting, beperking of voorkeur te bestrijden, meer bepaald op grond van leeftijd, huidige of toekomstige gezondheidstoestand, een handicap of een fysieke eigenschap.<sup>3</sup>

In het kader van die taak besteedt het Centrum bijzonder veel aandacht aan de problemen waarmee sommige zieke of gehandicapte personen te maken krijgen wanneer zij zich tegen risico's willen indekken door een verzekeringsovereenkomst te sluiten.

Meer bepaald de dienst «Non-rationale discriminatie» van het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding behandelt tal van dossiers over verzekeringen. Meestal gaat het om ziekenhuiskostenverzekeringen, ziekteverzekeringen en levensverzekeringen, al dan niet in het raam van collectieve verzekeringen. Het merendeel van de dossiers heeft betrekking op de weigering om een risico te dekken, of op de hoge meerpremie die zieke of gehandicapte verzekerden wordt opgelegd.

Uit de analyse van die gegevens blijkt meer bepaald dat de toepassing van de wet van 25 februari 2003 duidelijk de vraag doet rijzen waar de grens ligt tussen het normale beheer van een verzekeringsinstelling, die zich bij het berekenen van het te verzekeren risico moet baseren op een bepaald aantal criteria, en discriminatoire situaties, die kunnen voortvloeien uit de daadwerkelijke

<sup>3</sup> Artikel 2 van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding (*Belgisch Staatsblad* van 19 februari 1993), gewijzigd bij de wetten van 13 april 1995 (*Belgisch Staatsblad* van 25 april 1995), 20 januari 2003 (*Belgisch Staatsblad* van 12 februari 2003), 25 februari 2003 (*Belgisch Staatsblad* van 17 maart 2003) en 10 augustus 2005 (*Belgisch Staatsblad* van 2 september 2005)

effective des critères mis en œuvre par l'organisme assureur.

Ainsi, au sens de la loi du 25 février 2003, une différence de traitement basée notamment sur l'âge, l'état de santé ou le handicap d'une personne ne peut être admise dans le cadre de l'offre de biens et services que pour autant que celle-ci repose sur une justification objective et raisonnable. Appliquée aux assurances, cette exigence suppose que la mesure prise par la compagnie d'assurances (surprime, exclusion..) réponde à un objectif légitime et constitue une mesure nécessaire, adéquate et proportionnée par rapport à la situation personnelle de l'assuré, au type d'assurance et aux données scientifiques objectives.

Dans le cas de nombreuses pathologies et affections graves ( HIV, cancer, affections cardiaques...) les progrès de la médecine sont fulgurants et permettent aujourd'hui de réaliser un meilleur contrôle de l'évolution des maladies, voire même pour certaines d'entre elles, de les guérir. Le Centre constate toutefois que dans de nombreux cas, il reste impossible pour des personnes malades ou handicapées de contracter une assurance.

Dans le cadre de cette problématique, le Centre a établi des contacts avec le médiateur des assurances, les mutualités et les associations de consommateurs et de malades<sup>4</sup>.

Dans cette optique, le Centre est heureux de faire part à la commission de l'Economie, de la Politique scientifique, de l'Education, des Institutions scientifiques, culturelles nationales, des classes moyennes et de l'Agriculture de son point de vue et de ses observations à propos des 3 textes à l'examen.

Le Centre est convaincu que ces initiatives législatives constituent un pas important pour les personnes concernées. En effet, celles-ci sont de nature à apporter des solutions à un certain nombre de problèmes rencontrés par les personnes malades ou handicapées lorsqu'ils souhaitent conclure un contrat d'assurance. A cet égard, le Centre espère qu'un texte de loi pourra entrer en vigueur le plus rapidement possible.

Après une analyse approfondie des textes, il apparaît que ceux-ci contiennent de nombreux points positifs. Toutefois et afin d'assurer la pleine conformité de ces textes avec la loi du 25 février 2003 visant à lutter contre la discrimination, certains aspects développés méritent d'être éclaircis.

<sup>4</sup> Voy. à ce propos le rapport annule 2005 du Centre pour l'égalité des chances, pp. 39 et s.

toepassing van de criteria die de verzekeringsinstelling hanteert.

Zo kan, in de zin van de wet van 25 februari 2003, een verschil in behandeling gebaseerd op meerbepaald de leeftijd, de gezondheidstoestand of de handicap van een persoon in het kader van het aanbod van goederen en diensten enkel worden toegestaan indien dit gebaseerd is op een objectieve en redelijke rechtvaardiging. Op het vlak van verzekeringen betekent zulks dat de door de verzekeringsinstelling genomen maatregel (meerpremie, uitsluiting enzovoort) moet beantwoorden aan een rechtmatig doel, en een noodzakelijke, passende en proportionele maatregel moet vormen ten aanzien van de persoonlijke situatie van de verzekerde, het soort van verzekering en de objectieve medische gegevens.

Met betrekking tot tal van ernstige ziekten en aandoeningen (hiv, kanker, hartziekten enzovoort) heeft de geneeskunde een enorme vooruitgang geboekt, waardoor de evolutie van de ziekten beter kan worden opgevolgd – in sommige gevallen kan de zieke zelfs genezen. Het Centrum stelt evenwel vast dat zieke of gehandicapte personen in veel gevallen nog steeds geen verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten.

In het kader van dat vraagstuk heeft het Centrum contacten gelegd met de ombudsman van de verzekeringen, de ziekenfondsen en de consumenten- en ziekenverenigingen.<sup>4</sup>

Uit dat oogpunt is het Centrum verheugd zijn standpunt en opmerkingen over de drie ter bespreking voorliggende teksten te mogen toelichten ten overstaan van de commissie voor het Bedrijfsleven, het Wetenschapsbeleid, het Onderwijs, de Nationale Wetenschappelijke en Culturele Instellingen, de Middenstand en de Landbouw.

Het Centrum is ervan overtuigd dat die wetgevende initiatieven voor de betrokkenen een belangrijke vooruitgang inhouden. Zij kunnen immers oplossingen aanreiken voor een aantal problemen waarmee zieke of gehandicapte personen te maken krijgen wanneer zij een verzekeringsovereenkomst willen sluiten. In dat opzicht hoopt het Centrum dat de in uitzicht gestelde wet zo snel mogelijk in werking zal kunnen treden.

Uit een grondige analyse van de teksten blijkt dat zij tal van positieve punten bevatten. Om te waarborgen dat die teksten volledig overeenstemmen met de anti-discriminatie wet van 25 februari 2003, moeten bepaalde uiteengezette aspecten evenwel nog worden uitgeklaard.

<sup>4</sup> Zie in dat verband het jaarverslag 2005 van het Centrum voor gelijkheid van kansen, blz. 39 en volgende

## II. Analyse de certains points particuliers:

1. Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurances terrestres en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie

a) Modification des conditions tarifaires et contractuelles

### Art. 138bis-4

1. Quant à l'idée d'une adaptation du montant de la prime et des conditions de l'assurance en cas **d'augmentation substantielle du coût réel des prestations garanties**, pour le Centre pour l'égalité des chances:

- Il y a lieu d'insister sur le fait que dès lors que la prime ou la franchise sont indexées, il paraît logique que la prestation soit également automatiquement indexée

- Le sens même de la notion «**d'augmentation du coût réel des prestations garanties**» n'est pas défini clairement dans le projet de loi. On peut dès lors s'interroger sur le fait de savoir si il s'agit des coûts évalués dans le portefeuille global de l'assureur ou des coûts liés à un dossier individuel. Les travaux préparatoires du projet se réfèrent à titre d'exemple à «une augmentation durable de la fréquence d'hospitalisation» ce qui peut laisser supposer que l'augmentation des coûts liés à un dossier individuel est également visée. Cette dernière hypothèse ne semble pas légalement acceptable. En effet, sous peine de contrevenir à l'article 26 de la loi relative aux assurances terrestres et à la philosophie de la loi anti-discrimination du 25 février 2003, un assureur ne peut légalement jamais se voir autoriser à adapter une prime en raison de la détérioration de l'état de santé d'un assuré (risque) ou encore à assimiler automatiquement cette augmentation du coût des prestations au vieillissement de l'assuré. En effet, on assisterait alors à défaut de justification objective et raisonnable, à la transformation de cette exception légale en une discrimination sur base de l'âge ou sur base de l'état de santé de l'assuré. Ceci s'impose d'autant plus à propos de l'âge que les assureurs constituent une «réserve de vieillissement» à cette fin. Pour le Centre pour l'égalité des chances, seule une augmentation des coûts liés au portefeuille global de l'assureur peuvent être pris en compte pour envisager l'augmentation de la prime ou de la franchise.

## II. Analyse van bepaalde bijzondere punten

1. Wetsontwerp van 26 september 2006 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

a) Wijziging van de tarifiering en de contractvoorwaarden.

### Art. 138bis-4

1. In verband met de idee van een aanpassing van het bedrag van de premie en van de dekkingsvoorwaarden in geval van **substantiële verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties**, is het Centrum voor gelijkheid van kansen de volgende mening toegedaan.

- Men moet aandringen op het feit dat, aangezien de premie of de vrijstelling worden geïndexeerd, het logisch lijkt dat de prestatie ook automatisch wordt geïndexeerd.

- De betekenis zelf van het begrip «**reële stijging van de kosten van de gewaarborgde prestaties**», is in het wetsontwerp niet duidelijk gedefinieerd. Men kan zich derhalve afvragen of het gaat om de geraamde kosten in de totale portefeuille van de verzekeraar of de kosten met betrekking tot een individueel dossier. De werkzaamheden ter voorbereiding van het wetsontwerp verwijzen bijvoorbeeld naar een «aanhoudende frequentiestijging van de ziekenhuisopnames», wat laat veronderstellen dat ook de verhoging van de kosten van een individueel dossier wordt bedoeld. Die laatste hypothese lijkt wettelijk niet aanvaardbaar. Op gevaar artikel 26 van de wet Landverzekeringsovereenkomst te overtreden en de opzet van de antidiscriminatiewet van 25 februari 2003 niet te respecteren, kan een verzekeraar wettelijk nooit de toestemming krijgen een premie aan te passen als gevolg van de verslechtering van de gezondheidstoestand van een verzekerde (risico) of nog, om de stijging van de prestatiekosten automatisch met de veroudering van de verzekerde gelijk te stellen. Bij gebrek aan objectieve en redelijke rechtvaardiging zou men dan immers een omzetting krijgen van die wettelijke uitzondering in een discriminatie op grond van de leeftijd of op grond van de gezondheidstoestand van de verzekerde. Dat geldt des te meer in verband met de leeftijd, aangezien de verzekeraars daartoe een vergrijzingsreserve aanleggen. Voor het Centrum voor gelijkheid van kansen kan alleen een stijging van de kosten in de totale portefeuille van de verzekeraar in aanmerking komen om de verhoging van de premie of de vrijstelling te overwegen.



- Plus spécifiquement en ce qui concerne l'augmentation des coûts liés à l'âge des assurés, afin de réduire les risques de discriminations basées sur l'âge, il paraît plus logique que les coûts liés au vieillissement de certains assurés soient répartis sur l'ensemble des assurés, indépendamment de leur âge. Il ne paraît en effet pas socialement souhaitable que les clients plus jeunes bénéficient de primes avantageuses et que celles-ci augmentent dès lors que ceux-ci vieillissent et ont davantage besoin de recourir à leur couverture d'assurance. Ceci s'impose d'autant plus que les personnes plus âgées réduisent leur activité professionnelle et disposent de revenus moins importants que ceux des personnes plus jeunes. Ceci ne fait bien entendu pas obstacle à l'adaptation éventuelle de la «réserve de vieillissement» constituée par l'assureur.

- En tout état de cause, pour que cette augmentation du coût de l'assurance soit une justification acceptable à la modification des conditions du contrat par l'assureur, il faudrait qu'elle soit durable et qu'elle ne porte que sur les éléments du contrat que l'augmentation du coût touche directement. Ces critères devraient figurer dans le texte de loi lui-même.

- En outre, l'insertion du critère de proportionnalité dans le texte de loi lui-même paraît souhaitable. En effet, pour rester en conformité avec le prescrit de la loi du 25 février 2003, l'assureur ne doit pouvoir apporter des modifications tarifaires ou contractuelles que de manière directement proportionnelle à l'importance de l'augmentation des coûts qu'il subit.

2. Quant à l'idée d'une adaptation du montant de la prime et des conditions de l'assurance en cas **de modification légale ou réglementaires ayant une influence significative sur le coût des prestations garanties** pour le Centre pour l'égalité des chances:

- Le sens même de la notion «**de modification légale ou réglementaires ayant une influence significative sur le coût des prestations garanties**» n'est pas défini clairement dans le projet de loi. De quels textes légaux s'agit-il? Les travaux préparatoires du projet semblent limiter les législations visées à la législation sur les hôpitaux et à la législation relative à la sécurité sociale. Pour garantir la sécurité juridique, il ne semble pas superflu de stipuler cette précision explicitement dans le texte de loi lui-même.

- Meer specifiek in verband met de stijging van de kosten als gevolg van de leeftijd van de verzekerden, is het met het oog op een beperking van het gevaar van discriminatie op grond van de leeftijd kennelijk logischer de kosten in verband met de veroudering van bepaalde verzekerden te spreiden over alle verzekerden, los van hun leeftijd. Het lijkt sociaal immers niet wenselijk dat jongere klanten voordeliger premies genieten en dat die stijgen naarmate ze ouder worden en vaker van hun verzekeringsdekking gebruik moeten maken. Dat geldt des te meer aangezien de ouderen hun beroepsactiviteit verminderen en beschikken over minder aanzienlijke inkomsten dan de jongeren. Dat verhindert uiteraard geen eventuele aanpassing van de door de verzekeraar aangelegde vergrijzingsreserve.

- Wat er ook van zij, om die stijging van de verzekeringskosten een aanvaardbare verantwoording voor de wijziging van de voorwaarden van de overeenkomst van de verzekeraar te kunnen laten zijn, zou ze gedurig moeten zijn en alleen maar betrekking mogen hebben op de elementen van de overeenkomst die direct te maken hebben met de stijging. Die criteria zouden in de wettekst zelf moeten voorkomen.

- Bovendien is het kennelijk wenselijk het evenredigheids criterium in de wettekst zelf op te nemen. Om immers in overeenstemming te blijven met de voorschriften van de wet van 25 februari 2003, mag de verzekeraar wijzigingen van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst alleen maar kunnen aanbrengen op een manier die recht evenredig is met de omvang van de stijging van de gemaakte kosten.

2. In verband met de idee van een aanpassing van het bedrag van de premie en de dekkingsvoorwaarden in geval van een **wettelijke of reglementaire wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten van de gewaarborgde prestaties**, is het Centrum voor gelijkheid van kansen de volgende mening toegegaan.

- De betekenis zelf van het begrip «**wettelijke of reglementaire wijziging die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten van de gewaarborgde prestaties**» is in het wetsontwerp niet duidelijk gedefinieerd. Over welke wetteksten gaat het? De werkzaamheden ter voorbereiding van het wetsontwerp blijken de bedoelde wetgeving te beperken tot de wet op de ziekenhuizen en de wet op de sociale zekerheid. Ter wille van de rechtszekerheid lijkt het niet overbodig die precisering uitdrukkelijk in de wettekst zelf op te nemen.

- Ici aussi, l'insertion du critère de proportionnalité dans le texte de loi lui-même paraît souhaitable. En effet, pour rester en conformité avec le prescrit de la loi du 25 février 2003, l'assureur ne doit pouvoir apporter des modifications contractuelles que de manière directement proportionnelle à l'importance de la modification législative intervenue. Cette limite doit figurer explicitement dans le texte de loi.

3. Quant à l'idée d'une adaptation du montant de la prime, de la période de carence et des conditions d'assurances peuvent être adaptées aux modifications intervenant (...) 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, pour le Centre pour l'égalité des chances

- Les hypothèses visées dans ce paragraphe ne sont pas clairement déterminées, ni par le texte de la loi, ni par les travaux préparatoires de celle-ci. Cette situation peut être génératrice d'insécurité juridique. En effet, on peut supposer que l'hypothèse principale pour laquelle cette disposition a été adoptée vise la situation des personnes salariées qui modifient leur activité professionnelle et se lancent dans une activité indépendante pour laquelle le régime d'assurance mutuelle obligatoire ne couvre plus la totalité des risques médicaux (exclusion des petits risques) et qui par conséquent seront amenés à demander une intervention plus large de leur assurance privée pour les frais non remboursés par la sécurité sociale.

- Néanmoins le «changement de statut d'une personne dans le système de sécurité sociale» peut être lié à la survenance dans le chef de cette personne d'un accident, d'une maladie ou d'un handicap qui entraîne dans son chef l'octroi d'allocations d'intégration ou de remplacement de revenus. Indirectement donc, cette disposition peut viser des personnes malades ou handicapées et les soumettre à une différence de régime au niveau de l'assurance (couverture, prime, période de carence...). Cette différence de traitement pourrait constituer une discrimination au sens de la loi du 25 février 2003 dès lors qu'elle ne repose pas sur une justification objective et raisonnable.

- Afin d'éviter tout risque de confusion et de discrimination, il serait opportun d'introduire précisément dans le texte de la loi les hypothèses visées par ce paragraphe.

- Ook hier is de invoering van het evenredigheids criterium in de wettekst zelf kennelijk wenselijk. Om immers in overeenstemming te blijven met de voorschriften van de wet van 25 februari 2003 mag de verzekeraar enkel contractwijzigingen aanbrengen op een manier die rechtstreeks evenredig is met de omvang van de voorziene wettelijke wijziging. Deze beperking moet uitdrukkelijk in de wettekst worden voorzien.

3. In verband met de idee van een aanpassing van het premiebedrag, van de carenspereode en van de dekkingsvoorwaarden – die kunnen worden aangepast aan wijzigingen (...) wanneer de verzekerde **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, is het Centrum voor gelijkheid van kansen de volgende mening toegedaan.

- De in deze paragraaf bedoelde hypothesen zijn niet duidelijk bepaald, noch in de wettekst, noch in de voorbereidende werkzaamheden. Die toestand kan tot rechtsonzekerheid leiden. Men mag immers veronderstellen dat de belangrijkste hypothese waarvoor deze bepaling is aangenomen, de situatie beoogt van de loontrekkenden die hun beroepsactiviteit wijzigen en kiezen voor een activiteit als zelfstandige, waarvoor de regeling van de verplichte ziekenfondsverzekering dan niet langer alle medische risico's dekt (uitsluiting van de kleine risico's) en die er bijgevolg toe zullen worden aangezet een ruimere tegemoetkoming van hun privéverzekering te vragen voor de kosten die niet door de sociale zekerheid worden terugbetaald.

- Niettemin kan de verandering «van statuut in het stelsel van sociale zekerheid» te maken hebben met het feit dat zich bij de betrokkene een ongeval, een ziekte of een handicap voordoet die voor hem de toekenning van een integratievergoeding of een vervangingsinkomen tot gevolg heeft. Indirect kan deze bepaling dus zieken of gehandicapten beogen en ze aan een regelingsverschil onderwerpen op het vlak van de verzekering (dekking, premie, carenspereode enzovoort). Dat verschil in behandeling zou een discriminatie kunnen vormen in de zin van de wet van 25 februari 2003, indien het niet op een objectieve en redelijke rechtvaardiging berust.

- Teneinde enig risico op verwarring en discriminatie te voorkomen, ware het raadzaam de in deze paragraaf beoogde hypothesen precies in de wettekst in te voegen.

- Par ailleurs, il conviendrait également d'inclure la notion de proportionnalité dans le texte de loi

- La question se pose de savoir pourquoi ce type de modifications tarifaire n'est pas soumise à l'appréciation de la CBFA alors que les autres types de modifications sont soumises à son appréciation.

b) Maladies préexistantes

Art. 138*bis*- 5

Le projet de loi prévoit que 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 pourra invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle de l'assuré qui se rapporte 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

Pour le centre pour l'égalité des chances:

- Ni le texte de loi, ni les travaux préparatoires de la loi ne donnent d'indications précises sur le sens à apporter à la notion de symptômes. Afin de garantir la sécurité juridique, la formulation d'une définition précise et compréhensible de la notion de symptômes (ex: une manifestation objective et mesurable de la maladie) voire même le fait de se baser uniquement sur la notion de diagnostic seraient souhaitable.

- A l'inverse de ce qui est précisé dans les travaux préparatoires du projet de loi, il n'y a pas lieu de faire reposer sur le candidat assuré la responsabilité des éléments de fait qu'il «aurait du savoir». En effet, dans sa version actuelle le texte du projet fait reposer sur l'assuré l'obligation de démontrer que pour lui, les symptômes dont l'assureur fait état ne lui ont pas paru être le signe d'une maladie. C'est très difficile et pourtant c'est souvent le cas: on peut avoir des boutons, des brûlures d'estomac, grossir ou maigrir à cause du stress ou de facteurs environnementaux et pas toujours car on a une maladie grave.

- Voorts zou ook het begrip evenredigheid in de wetstekst moeten worden opgenomen.

- De vraag rijst waarom dit soort tariefwijziging niet aan de beoordeling van de CBFA wordt onderworpen, terwijl zulks voor de andere soorten wijzigingen wel geschiedt.

b) Voorafbestaande ziekten

Art. 138*bis*-5

Het wetsontwerp bepaalt dat zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, de verzekeraar zich niet meer zal kunnen beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekerde, wanneer die 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.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen heeft daarover de volgende mening.

- De wettekst noch de voorbereidende werkzaamheden geven precieze aanwijzingen in verband met de betekenis van het begrip symptomen. Ter wille van de rechtszekerheid zou het wenselijk zijn een precieze en begrijpelijke definitie van het begrip symptomen te geven (bijvoorbeeld een objectieve en meetbare veruitwendiging van de ziekte), of zelfs zich uitsluitend op het begrip diagnose te baseren.

- In tegenstelling tot wat in de werkzaamheden ter voorbereiding van het wetsontwerp is gepreciseerd, is het niet nodig de kandidaat-verzekerde verantwoordelijk te maken voor de feitelijke elementen die «hij had moeten weten». In de huidige versie van de tekst van het wetsontwerp berust de verplichting om aan te tonen dat de symptomen waarvan de verzekeraar melding maakt geen teken van een ziekte leken, immers bij de verzekerde. Dat is heel moeilijk en toch komt het vaak voor: men kan blaasjes hebben, een branderige maag, verdikken of vermageren als gevolg van stress of milieu-factoren en niet altijd weten dat men een ernstige ziekte heeft.

## c) Malades chroniques et personnes handicapées:

Les travaux préparatoires du projet de loi font état de l'existence d'un article 138*bis-5bis* qui vise à permettre aux personnes malades chroniques et handicapés au moment de la conclusion du contrat d'assurance de bénéficier du droit de conclure un contrat d'assurance soins de santé ( hospitalisation) pendant une période transitoire de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Cette disposition vise également à permettre à l'assureur d'exclure les coûts liés à la maladie ou au handicap pour autant qu'il détermine ces coûts avec précision dans un document annexé au contrat.

- Le Centre pour l'égalité des chances s'étonne de ne pas voir figurer cet article 138*bis-5bis* dans le texte du projet de loi lui-même.

- Si il est effectivement intégré dans le projet de loi, ce texte constituera un élément important en faveur des malades chroniques. Néanmoins, en permettant aux assureurs d'exclure les coûts liés à la maladie chronique ou au handicap, cette disposition risque de priver les personnes visées du bénéfice réel de l'assurance. A tout le moins, afin de garantir la sécurité juridique, un mécanisme de contrôle de l'évaluation des coûts par l'assureur devrait être garanti afin de vérifier, dans le respect du prescrit de la loi du 25 février 2003, que la mesure d'exclusion des coûts n'est pas disproportionnée.

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

Art. 138*bis* -6

Cet article pose le principe en vertu duquel toute personne affiliée a une assurance collective a le droit de poursuivre partiellement ou intégralement cette assurance à titre individuel sans examens médicaux ou questionnaire médical supplémentaire.

- Le Centre pour l'égalité des chances s'interroge sur le fait de savoir si le projet de loi englobe effectivement les co-assurés qui peuvent également bénéficier de l'assurance collective. En effet, les primes ont également été payées pour ces co-assurés et dès lors, il est logique qu'il puissent également compter sur un droit individuel à l'assurance et ce, même si entretemps il sont tombés malades ou frappés d'un handicap.

## c) Chronisch zieken en personen met een handicap

De werkzaamheden ter voorbereiding van het wetsontwerp gewagen van een artikel 138*bis-5bis*, dat ertoe strekt chronisch zieken of personen met een handicap op het ogenblik van de sluiting van een verzekeringsovereenkomst het recht te bieden een ziektekostenverzekering («hospitalisatie») te sluiten gedurende een overgangperiode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van de wet. Die bepaling strekt er ook toe de verzekeraar in staat te stellen de kosten uit te sluiten die verband houden met de ziekte of de handicap, voor zover hij die kosten in een aan de verzekeringsovereenkomst gehecht document nauwkeurig bepaalt.

- Het Centrum voor gelijkheid van kansen is verbaasd dat dit artikel 138*bis-5bis* niet in de tekst van het wetsontwerp zelf staat.

- Als het artikel echt in wetsontwerp zou worden opgenomen, zal die tekst een belangrijk element voor de chronische zieken vormen. Door de verzekeraars te veroorloven de kosten in verband met de chronische ziekte of de handicap uit te sluiten, dreigt deze bepaling niettemin de beoogde personen het reële voordeel van de verzekering te ontnemen. Ter wille van de rechtszekerheid zou een regeling inzake de controle van de beoordeling van de kosten door de verzekeraar moeten worden gegarandeerd, teneinde met inachtneming van de voorschriften van de wet van 25 februari 2003 na te gaan of de maatregel inzake de uitsluiting van de kosten niet onevenredig is.

## d) Individuele voortzetting van een collectieve verzekering

Art. 138*bis*-6

Dit artikel voert het principe in dat elkeen die bij een collectieve verzekering is aangesloten, het recht heeft om deze verzekering op individuele basis geheel of ten dele voort te zetten, zonder medische onderzoeken of bijkomende medische vragenlijst.

- Het Centrum voor gelijkheid van kansen vraagt zich af of het wetsontwerp ook echt de medeverzekerden omvat die kunnen genieten van de groepsverzekering. De premies werden immers ook voor deze medeverzekerden betaald en het is derhalve logisch dat ook zij kunnen rekenen op een individueel recht op verzekering, zelfs als ze intussen ziek zijn geworden of door een handicap zijn getroffen.

2. Proposition de loi du 9 octobre 2003 relative à l'assurance complémentaire soins de santé

De nombreuses dispositions reprises dans cette proposition sont proches de celles qui sont prévues par le projet de loi analysé ci-dessus. Le Centre renvoie donc aux remarques formulées à cet égard.

Toutefois, certaines dispositions méritent un commentaire particulier.

Art 9 ( Dispositions fiscales)

Cet article prévoit la création d' un bureau de tarification qui a pour mission de fixer la prime et les conditions auxquelles une entreprise d'assurances est tenue de couvrir un candidat preneur d'assurances qui s'est vu refusé au moins trois fois pour l'octroi de l'assurance complémentaire soin de santé ou s'est vu proposer par au moins trois assureurs une couverture dont la prime ou la franchise excèdent les maxima fixés par le Roi

Le Centre pour l'égalité des chances soutient l'idée de la création d'un bureau de tarification. Toutefois afin de conférer aux candidats assurés un recours effectif à ce bureau, il est essentiel que le montant des primes déterminées pour l'accès au bureau de tarification ainsi que le montant des primes fixées par ce bureau lui-même soit établi selon des critères compatibles avec la loi du 25 février 2003 .

3. Proposition de loi du 9 juin 2006 visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé

Art. 2

Cet article interdit aux organismes assureurs la prise en compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques ou des caractéristiques physiques d'une personne demandant à bénéficier d'une assurance même si la personne concernée transmet ces informations avec son accord.

Pour le Centre pour l'égalité des chances:

2. Wetsvoorstel van 9 oktober 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging

Talrijke bepalingen in dit wetsvoorstel leunen dicht aan bij die waarin het hiervoor geanalyseerde wetsontwerp voorziet. Het Centrum voor gelijkheid van kansen verwijst bijgevolg naar de opmerkingen die in dat opzicht zijn geformuleerd.

Sommige bepalingen verdienen echter bijzondere toelichting.

Art. 9 (fiscale bepalingen)

Dit artikel voorziet in de oprichting van een tarifieringsbureau, met als taak vast te stellen tegen welke premie en onder welke voorwaarden een verzekeringsmaatschappij een kandidaat-verzekeringnemer moet dekken aan wie een aanvullende ziekteverzekering al ten minste drie maal is geweigerd, of aan wie ten minste drie verzekeraars een dekking hebben aangeboden waarvan de premie of de vrijstelling de door de Koning vastgestelde maxima overschrijdt.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding steunt de idee van de oprichting van een tarifieringsbureau. Teneinde de kandidaat-verzekerden effectief de mogelijkheid te bieden zich tot dat bureau te wenden, is het evenwel van wezenlijk belang dat het vereiste premiebedrag om op het bureau een beroep te kunnen doen, alsook het door het bureau zelf vastgestelde premiebedrag, worden bepaald op grond van criteria die stroken met de wet van 25 februari 2003.

3. Wetsvoorstel van 9 juni 2006 strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en teneinde de verzekeraarbaarheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand

Art. 2

Dit artikel verbiedt de verzekeringsmaatschappijen rekening te houden met de resultaten van onderzoeken naar de genetische of fysieke kenmerken van een persoon die om een verzekering verzoekt, zelfs al worden die resultaten hun door de betrokkene of met zijn instemming meegedeeld.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding wijst terzake op de volgende aspecten:

– Les travaux préparatoires de la proposition de loi précisent que les caractéristiques physiques d'une personne peuvent être entendues par exemple comme «*le poids, la taille ou encore l'indice de masse corporelle qui sont autant de particularismes sans lien avec l'état de santé actuel du candidat à l'assurance*».

– Or, les éléments précisés peuvent dans la pratique avoir un lien effectif avec l'état de santé de la personne (principalement le poids d'une personne) et donc être des éléments déterminants dans l'évaluation du risque pour l'octroi de certaines assurances. Par ailleurs l'indice de masse corporelle est un instrument de mesure et ne peut être compté au titre des caractéristiques physiques d'une personne.

– Pour le Centre pour l'égalité des chances et au sens de la loi du 25 février 2003, une différence de traitement basée directement ou indirectement sur l'état de santé d'une personne peut être admise dans le cadre de l'offre de biens et services pour autant que celle-ci repose sur une justification objective et raisonnable. Appliquée aux assurances, cette exigence suppose que la mesure prise par la compagnie d'assurances (surprime, exclusion..) réponde à un objectif légitime et constitue une mesure nécessaire, adéquate et proportionnée par rapport à la situation personnelle de l'assuré, au type d'assurance et aux données scientifiques objectives.

### Art. 3

Cet article prévoit en vue d'assurer les risques de décès en faveur de personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé, la création d'un bureau de tarification ayant pour mission de préciser les conditions tarifaires pour les risques visés au §2 qui ne trouvent pas de couverture pour une assurance vie affectée en garantie à un prêt hypothécaire, un prêt personnel ou un prêt à la consommation.

Pour le centre pour l'égalité des chances:

– L'idée d'un bureau de tarification doit être également soutenue dans le cadre de l'assurance vie. La pratique démontre en effet, notamment dans le cas des patients HIV positif, que l'accès à l'assurance est difficile voire dans certains cas impossible.

– Toutefois afin de conférer aux candidats assurés un recours effectif à ce bureau, il est essentiel que le montant des primes déterminées pour l'accès au bureau de tarification ainsi que le montant des primes fixées

– in de toelichting bij het wetsvoorstel wordt gepreciseerd wat onder iemands fysieke kenmerken kan worden verstaan, «*bijvoorbeeld [...] het gewicht, de grootte, of nog, de bodymass-index, die allemaal bijzonderheden zijn die niets met de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde te maken hebben*»;

– voormelde elementen (zeker iemands gewicht) kunnen in de praktijk echter wel degelijk een link hebben met de gezondheidstoestand van de betrokkene en derhalve bepalend zijn in de risico-evaluatie voorafgaand aan de toekenning van bepaalde verzekeringen. Overigens is de *body mass index* een meetinstrument en kan hij als dusdanig niet worden beschouwd als een fysieke eigenschap van een kandidaat-verzekerde;

– overeenkomstig de wet van 25 februari 2003 kan een verschil in behandeling dat direct of indirect te maken heeft met iemands gezondheidstoestand, worden toegestaan bij het aanbieden van goederen en diensten, op voorwaarde dat dat verschil stoelt op een objectieve en redelijke rechtvaardiging. Als men die vereiste op de verzekeringen toepast, veronderstelt ze dat de door de verzekeringsmaatschappij genomen maatregel (extra premie, uitsluiting,...) beantwoordt aan een legitiem doel; voorts moet die maatregel noodzakelijk en passend zijn, alsook in verhouding staan tot de persoonlijke situatie van de verzekerde, het type verzekering en de objectieve wetenschappelijke gegevens.

### Art. 3

Teneinde het overlijdensrisico te verzekeren met betrekking tot personen die als gevolg van hun gezondheidstoestand een verhoogd risico lopen, voorziet deze bepaling in de oprichting van een tarifieringsbureau, met als taak de tariefvoorwaarden nader te bepalen voor de in § 2 bedoelde risico's waarvoor geen dekking wordt gevonden, meer bepaald wat betreft een levensverzekering ter waarborging van een hypotheeklening, een beroepslening of een consumentenlening.

Voor het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding:

– moet de idee van een tarifieringsbureau ook worden gesteund wat de levensverzekeringen betreft. De praktijk toont namelijk aan dat het, inzonderheid voor hiv-geïnfecteerden, soms moeilijk of onmogelijk is een verzekering af te sluiten;

– is het echter ook van wezenlijk belang dat het vereiste premiebedrag om zich tot het tarifieringsbureau te kunnen wenden, alsook het door dat bureau zelf vastgestelde premiebedrag, worden bepaald volgens crite-

par ce bureau lui-même soit établi selon des critères compatibles avec la loi du 25 février 2003 .

## 8. LIGUE DES USAGERS DES SERVICES DE SANTÉ (LUSS) ET VLAAMS PATIËNTENFORUM

(Mme Fierens)

### Généralités

Le présent projet de loi peut apporter une protection pour les personnes qui contractent une assurance tant qu'elles sont jeunes et en bonne santé.

Cette loi n'apporte pas de solutions pour les personnes malades chroniques ou handicapées qui n'ont pas encore souscrit, ou pu souscrire, une assurance.

Elle est peut être une solution pour les travailleurs et leurs proches qui ont eu accès à une assurance collective dans leur parcours professionnel, à condition notamment que les primes individuelles soient payables et que les conditions d'accès à l'assurance collective ne soient pas rendues plus difficiles. Ce qui reste à prouver!

Mme Fierens insiste sur le fait que l'assurance maladie obligatoire doit apporter une protection correcte à l'ensemble de la population. Il ne peut y avoir un glissement d'une partie de la couverture des soins de santé vers des assurances complémentaires facultatives, que celle-ci soit un produit des mutualités ou des assurances privées.

Ce genre de proposition de loi participe grandement à la fragilisation de notre sécurité sociale. Ces assurances remboursent des soins dont certains devraient être payés par la sécurité sociale, qui de ce fait s'en décharge.

Mais ces assurances ne sont une solution que pour une certaine catégorie de personnes (travailleurs ayant des moyens financiers suffisants).

Ces mêmes assurances sont inaccessibles pour cause d'état de santé ou impayables à une bonne partie de la population.

L'orateur insiste également sur l'importance d'une information accessible sur notre système de soins de santé et notamment concernant les différentes assurances, privées ou publiques.

ria die stroken met de wet van 25 februari 2003, opdat de kandidaat-verzekerden ook daadwerkelijk een beroep kunnen doen op het bureau.

## 8. «LIGUE DES USAGERS DES SERVICES DE SANTÉ» - VLAAMS PATIËNTENPLATFORM

(Mevrouw Fierens)

### Algemeen

Dit wetsontwerp kan bescherming bieden aan mensen die een verzekering aangaan, op voorwaarde dat zij jong zijn en in goede gezondheid verkeren.

Dit wetsontwerp reikt geen oplossingen aan voor chronisch zieken dan wel personen met een handicap die nog geen verzekering hebben gesloten of er nog geen hebben kunnen sluiten.

Het biedt misschien een oplossing voor werknemers en hun verwanten die tijdens hun loopbaan een collectieve verzekering hebben kunnen genieten, meer bepaald op voorwaarde dat de individuele premies betaalbaar zijn, en dat de voorwaarden om op de collectieve verzekering aanspraak te kunnen maken niet worden verstrengd. Dat moet echter nog worden bewezen!

Mevrouw Fierens beklemtoont dat de verplichte ziekteverzekering de hele bevolking een behoorlijke bescherming moet bieden. Een deel van de dekking voor gezondheidszorg mag niet verschuiven naar facultatieve aanvullende verzekeringen, zulks ongeacht of die door de ziekenfondsen dan wel de privéverzekeringen worden aangeboden.

Dit soort wetsontwerp draagt in hoge mate bij tot de afkalving van onze sociale zekerheid. Dergelijke verzekeringen betalen de verzorging terug waarvan een deel zou moeten worden betaald door de sociale zekerheid, die zich daar in feite vanaf maakt.

Die verzekeringen bieden evenwel alleen een oplossing voor een bepaalde categorie van mensen (werknemers met voldoende financiële middelen).

Diezelfde verzekeringen liggen voor een flink deel van de bevolking buiten bereik of zijn onbetaalbaar, met name wegens de gezondheidstoestand van de betrokkenen.

De spreekster onderstreept voorts hoe belangrijk het is laagdrempelige informatie over onze gezondheidszorg te verstrekken, inzonderheid over de verschillende private verzekeringen of overheidsverzekeringen.

Ce sont nos responsables politiques qui doivent veiller à la bonne circulation de ces informations.

Trop de personnes ne connaissent pas les différences entre toutes ces assurances (obligatoire, complémentaire, hospitalisation...). Que couvrent ces assurances? Quelles sont les particularités en terme de stage, franchise, plafond...? Certaines personnes ont plusieurs couvertures pour les mêmes risques. Il faut pouvoir comparer les différents produits sur base d'éléments objectifs (prix, couverture, assurance individuelle ou familiale).

Cette loi-ci permettra aux personnes en bonne santé de souscrire une assurance en soins de santé. Si la loi est votée, il y aura une période transitoire de grande importance. L'orateur insista sur les moyens à mettre en œuvre pour informer la population de l'existence de cette loi ainsi que des délais dont les personnes concernées disposeront pour réagir afin d'être dans les conditions d'assurabilité. La reprise au *Moniteur belge* comme moyen de divulgation semble insuffisant.

La LUSS nous s'interroge également quant à la garantie de conformité des contrats d'assurance déjà souscrits et à souscrire. Quel recours sera possible en cas de non-conformité et auprès de quelle instance?

Les contrats, et particulièrement ceux rédigés par le secteur privé d'assurances, manquent de clarté. Quelques exemples:

- clauses générales difficiles à obtenir, alors que dans les clauses particulières référence est faite à ces clauses générales
- clauses particulières: termes incompréhensibles, ambigus, trop de petits caractères,
- les motifs d'exclusions, partielles ou complètes, ne sont pas suffisamment explicites

Les preneurs d'assurances doivent disposer du temps *nécessaire* pour prendre connaissance des clauses générales ET particulières du contrat qu'ils signent.

Het komt onze politieke verantwoordelijken toe ervoor te zorgen dat die informatie behoorlijk wordt verspreid.

Al te veel mensen weten niet welke verschillen er tussen al die verzekeringen bestaan (de verplichte verzekering, een aanvullende verzekering, een hospitalisatieverzekering enzovoort). Wat dekken die verzekeringen? Welke specifieke eigenschappen hebben ze op het vlak van wachttijden, franchise, maximumbedrag enzovoort? Sommige mensen zijn meermaals voor dezelfde risico's gedekt. Men moet de verschillende producten kunnen vergelijken op grond van objectieve gegevens (prijs, dekking, individuele dan wel familiale verzekering).

Dit wetsontwerp zal mensen in goede gezondheid de mogelijkheid bieden een gezondheidszorgverzekering aan te gaan. Indien het wetsontwerp wordt aangenomen, zal een zeer belangrijke overgangperiode gelden. De spreekster beklemtoont dat in de nodige middelen moet worden voorzien om de bevolking van het bestaan van die wet op de hoogte te brengen, alsmede over de reageertermijnen waarover de betrokkenen zullen beschikken om aan de verzekeraarvoorwaarden te voldoen. Het lijkt ontoereikend mocht de wet louter in het *Belgisch Staatsblad* worden bekendgemaakt.

De LUSS vraagt zich ook af hoe het staat met de conformiteitsgarantie wat de reeds gesloten en de nog te sluiten verzekeringsovereenkomsten betreft. Welke beroepsmogelijkheid staat open indien de overeenkomsten onderling niet conform zijn, en bij welke instantie moet beroep worden ingesteld?

De overeenkomsten, inzonderheid die welke door de private verzekeringssector worden opgemaakt, zijn onvoldoende duidelijk. Enkele voorbeelden:

- algemene clausules zijn moeilijk te verkrijgen, terwijl in de bijzondere clausules naar die algemene clausules wordt verwezen;
- de bijzondere clausules bevatten onbegrijpelijke, dubbelzinnige termen die in een te klein lettertype staan afgedrukt;
- de gehele of gedeeltelijke uitsluitingsgronden worden onvoldoende geëxpliciteerd.

De verzekeringnemers moeten over de *benodigde* tijd beschikken om kennis te nemen van de algemene EN van de bijzondere clausules welke zijn vervat in de overeenkomst die zij ondertekenen.



Le problème des maladies préexistantes reste entier: si on peut comprendre qu'une compagnie d'assurance privée ne puisse assurer un risque existant, l'on ne peut l'accepter de la part d'organismes assureurs mutualistes.

Commentaires sur la loi:

## SECTION II:

### DES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE AUTRES QUE COLLECTIFS

Art. 138bis-3

Durée du contrat d'assurances

§ 2. *Les contrats. .. sont conclus à vie:*

C'est une bonne protection pour les personnes en bonne santé qui ont souscrit «à temps». L'assureur ne pourra les exclure pour causes médicales.

Nouveaux contrats, après l'application de la loi:

Le fait que les nouveaux contrats seront conclus à vie, interdisant les exclusions pour motif médical, risque de rendre les conditions d'accès plus sévères.

Il faudra dès lors être vigilant et avoir un droit de regard sur les clauses générales et particulières des nouveaux contrats.

*Les contrats d'assurance maladie visés à J'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> valent jusqu'à J'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 (pour rappel l'art 138bis-1, §1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> définit 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)*

Qu'en est-il des personnes qui travaillent au delà des 65 ans? Qu'en est-il des indépendants ayant souscrit une assurance de ce type et qui risquent de travailler au-delà de 65 ans?

*Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier son contrat chaque année à la date de l'échéance annuelle de la prime.*

Het knelpunt inzake de vooraf opgelopen ziekten blijft geheel onopgelost: terwijl te begrijpen valt dat een private verzekeringsmaatschappij een bestaand risico niet kan verzekeren, is zulks onaanvaardbaar als het om mutualistische verzekeringsinstellingen gaat.

Commentaar op het wetsontwerp

## AFDELING II

### ANDERE DAN COLLECTIEVE VERZEKERINGSOVEREENKOMSTEN

Art. 138bis-3

Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 2. De overeenkomsten worden levenslang aangegaan.

Het betreft hier een degelijke bescherming voor gezonde mensen die hun overeenkomst «tijdig» hebben gesloten. De verzekeraar kan hen niet uitsluiten op medische gronden.

Nieuwe overeenkomsten die werden gesloten na de inwerkingtreding van de wet.

Dat de nieuwe overeenkomsten levenslang zullen worden aangegaan en dat uitsluiting op medische gronden verboden wordt, dreigt te leiden tot strengere toegangsvoorwaarden.

Bijgevolg is waakzaamheid geboden. Met name moet het mogelijk zijn inzage te hebben in de algemene en bijzondere voorwaarden van de nieuwe overeenkomsten.

«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 beroeps-werkzaamheid volledig en definitief stopzet.» Ter herinnering: artikel 138bis, § 1, 2<sup>o</sup>, omschrijft de arbeidsongeschiktheidsverzekering die, bij ziekte of bij ziekte en ongeval, zorgt voor een totale of gedeeltelijke vergoeding van het verlies aan beroepsinkomsten als gevolg van de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene).

Wat met hen die tot na hun 65<sup>ste</sup> werken? Wat met de zelfstandigen die een dergelijke verzekering zijn aangegaan en die wel eens tot na hun 65<sup>ste</sup> zouden kunnen werken?

«De verzekeringnemer kan evenwel elk jaar zijn overeenkomst opzeggen op de jaarlijkse vervaldag van de premie.»

Le contrat peut être résilié à l'échéance annuelle par l'affilié: celui-ci doit pouvoir mesurer les conséquences d'un changement de compagnie. Par exemple: nouvelle période de stage, questionnaires à compléter ou examens médicaux à passer. Une information claire à ce sujet doit être donnée par la compagnie vers laquelle la personne veut se tourner.

a *Exemple*: une jeune femme enceinte se laisse convaincre par l'assureur de son mari de changer d'assurance. On n'attire pas son attention sur le fait qu'il n'y aura pas continuité d'une assurance à l'autre et qu'il y aura donc une période de stage. Cela peut avoir des conséquences graves s'il y a un problème lors de l'accouchement (en plus du non remboursement des frais d'accouchement)

#### Art. 138bis-4

##### Modifications tarifaires et contractuelles

1\ est inacceptable d'apporter des modifications tarifaires et contractuelles à un contrat après signature par les deux parties.

Cela ne peut certainement pas se faire d'une manière unilatérale (sauf indexation, d'après des règles définies au départ).

Cela ne peut pas non plus se faire après un accord réciproque, car le preneur d'assurance n'a pas d'office la possibilité de négocier (préalable sous-entendu à un accord réciproque !). Cette personne risquerait de marquer son accord à des modifications dont elle ne saisit pas toute la portée.

§ 1 er *Sauf accord réciproque des parties et dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4 (voir ci-dessous), 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.*

Accord réciproque: Comment est négocié et obtenu cet accord réciproque? Le preneur d'assurance doit être clairement averti qu'il peut négocier les clauses d'un contrat et comprendre la portée d'une modification apportée par rapport au texte initial. Il doit pouvoir en mesurer les conséquences.

De verzekerde kan de overeenkomst elk jaar, op de jaarlijkse vervalddag van de premiebetaling, opzeggen. Hij moet wel bij machte zijn de gevolgen van een verandering van verzekeringsmaatschappij vooraf in te schatten. Bijvoorbeeld: nieuwe stageperiode, vragenlijsten die moeten worden ingevuld, medische onderzoeken die moeten worden ondergaan. De maatschappij waarnaar de betrokkene wil overstappen, moet hem dienaangaande duidelijke informatie verschaffen.

Bijvoorbeeld: een jonge zwangere vrouw laat zich door de verzekeraar van haar man overtuigen om van maatschappij te veranderen. Men zegt er echter niet bij dat er van continuïteit van de overeenkomst geen sprake is en dat zij dus opnieuw een stageperiode zal moeten doorlopen. Dat kan ernstige gevolgen hebben, wanneer zich een probleem voordoet bij de bevalling (bovenop de niet-terugbetaling van de bevallingskosten).

#### Art. 138bis-4

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

Het kan niet door de beugel dat na de ondertekening van de overeenkomst door de beide partijen nog wijzigingen worden aangebracht aan de tarieven en de voorwaarden.

Dat kan zeker niet eenzijdig gebeuren (met uitzondering van de indexering, overeenkomstig de bij aanvang vastgestelde regels).

Evenmin kan dat na een wederzijds akkoord gebeuren, want de verzekeringsnemer heeft niet automatisch de mogelijkheid opnieuw over de overeenkomst te onderhandelen (impliciete en voorafgaande voorwaarde opdat sprake kan zijn van een wederzijds akkoord!). De verzekeringnemer dreigt in dat geval in te stemmen met wijzigingen waarvan hij de draagwijdte niet helemaal kan inschatten.

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

Wederzijds akkoord: Hoe wordt over dat wederzijds akkoord onderhandeld, en hoe komt het tot stand? De verzekeringnemer moet duidelijk weten dat hij kan onderhandelen over de clausules van een overeenkomst. Hij moet ook goed begrijpen wat de draagwijdte is van een wijziging die in de oorspronkelijke tekst wordt aangebracht. De gevolgen van die wijziging moet hij kunnen inschatten.

1\ est peu habituel que les souscripteurs négocient une modification dans un contrat. En effet, la plupart des personnes ne savent pas qu'une négociation est possible et considèrent le contrat dans sa totalité, sans remettre en cause certaines clauses qui peuvent leur sembler défavorables.

§ 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 etc. . . 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.*

Les montants des primes, la franchise et la prestation ne peuvent être revus qu'en cas de modifications légales (indexation). Ces motifs doivent être clairement énoncés dans le contrat.

§ 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:*

Ce n'est pas acceptable

et/ou en cas de modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Cela peut être acceptable dans des conditions bien définies

D'autre part, la CBFA Commission Bancaire. Financière et des Assurances ne peut être l'unique iuqe de ce Qui est «*significatif*» pour permettre une réévaluation des primes et un changement des conditions.

§ 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.*

Pourquoi le revenu devient-il déterminant pour les conditions d'assurabilité?

Dat de ondertekenaars onderhandelen over een wijziging van een overeenkomst, is weinig gebruikelijk. De meeste mensen weten immers niet dat zij daarover kunnen onderhandelen en beschouwen de overeenkomst in haar geheel, waarbij ze bepaalde clausules, die hen minder gunstig lijken, niet ter discussie stellen.

§ 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.*

De premies, de vrijstelling en de prestatie kunnen slechts worden herzien ingeval van wettelijke wijzigingen (indexering). Die redenen moeten duidelijk in de overeenkomst zijn aangegeven.

§ 3. *Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt, kunnen, bij een wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties (...) de premie en/of de dekkingsvoorwaarden hieraan aangepast worden.*

Dit is onaanvaardbaar.

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

Zulks kan onder welbepaalde voorwaarden worden aanvaard.

Voorts kan het niet door de beugel dat de CBFA (Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen) als enige instantie zou oordelen wat moet worden verstaan onder «betekenisvol» om de premies te herzien en de voorwaarden te wijzigen.

§ 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.*

Waarom krijgt het inkomen een doorslaggevend belang in de verzekeraarvoorwaarden?

Quand les modifications ont-elles une influence significative? Peut-on en déduire que le contrat d'une personne assurée au départ comme employé à la poste, par exemple, et qui deviendrait ouvrier dans une usine de peinture, pourrait être modifié? Dans ce cas, ce n'est pas acceptable.

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.*

En phrase positive, on comprend: pendant un délai de deux ans après la signature du contrat, l'assureur peut prétendre que le preneur d'assurance a «omis») de signaler des symptômes, déjà présents, d'une maladie qui peut entraîner l'exclusion ou le refus d'indemnisation.

Le terme «symptôme» est subjectif et ouvre la porte à des exclusions non fondées pendant deux ans. Ce n'est pas acceptable

En acceptant le concept «symptôme», plus personne n'osera se rendre chez son médecin de peur que ce soit interprété comme présence de symptôme bien connu de l'assuré puisqu'il a consulté un médecin! !

Si ce mot ne peut être banni de tout contrat d'assurance en soins de santé, il faut au moins qu'un lien clair et scientifiquement prouvé soit établi entre le symptôme évoqué, la maladie en cause et le refus d'indemnisation. La preuve de la préexistence doit être apportée par l'assureur.

Wanneer hebben de wijzigingen een betekenisvolle invloed? Mag daaruit worden afgeleid dat de verzekeringsovereenkomst van een persoon die oorspronkelijk verzekerd is, bijvoorbeeld als bediende bij De Post, en vervolgens arbeider wordt in een verffabriek, zou kunnen worden gewijzigd? Zo ja, dan is zulks on-aanvaardbaar.

Art. 136bis-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.*

In positieve zin begrijpt men het volgende : de verzekeraar kan gedurende een periode van twee jaar na de ondertekening van de overeenkomst beweren dat de verzekeringnemer heeft «nagelaten» melding te maken van reeds aanwezige symptomen van een ziekte die kan leiden tot uitsluiting of tot weigering van vergoeding.

Het woord «symptoom» is subjectief en zet de deur open voor ongegronde uitsluitingen gedurende twee jaar. Dat is onaanvaardbaar.

Als men het begrip «symptoom» aanvaardt, zal niemand nog zijn arts durven te raadplegen omdat dit zou kunnen worden geïnterpreteerd als de aanwezigheid van symptomen die de verzekerde goed kent aangezien hij een arts heeft geraadpleegd !

De term «symptoom» kan weliswaar niet uit iedere zorgverzekeringsovereenkomst worden geweerd, maar er moet op zijn minst een duidelijk en wetenschappelijk bewezen verband worden vastgesteld tussen het symptoom, de betrokken ziekte en de weigering tot vergoeding. De verzekeraar moet bewijzen dat de ziekte vooraf bestond.

La LUSS demande également d'ajouter: «selon l'état actuel de la science»), faisant référence aux maladies, handicaps et symptômes, tels que la science les décrit au moment de la souscription de l'assurance

La suspicion de fraude de la part de l'assuré, concernant ces symptômes, est inacceptable en tant que tel et ne peut être avancée comme argument.

Seules les maladies diagnostiquées clairement au moment de la souscription du contrat peuvent donner lieu à une exclusion, totale ou partielle, de l'assurance, et uniquement tel que prévu dans l'article 138bis-5bis.

Les raisons objectives pour lesquelles un assureur a le droit de mettre fin au contrat ou de refuser une indemnisation, seront clairement stipulées dans le contrat. L'assureur ne peut mettre fin au contrat ou refuser une indemnisation pour des raisons autres que celles-la.

Les raisons pour lesquelles un assureur refuse d'assurer ou d'indemniser une personne lui seront communiquées et détaillées par écrit, dans un courrier rédigé pour ce motif.

Autres remarques à propos des symptômes:

Le fait d'avoir passé des examens, même avec des résultats négatifs, pourra-t-il être considéré comme preuve de présence de symptômes connus? Qu'en est-il des examens de dépistage, de prévention? L'assureur peut-il présenter ces examens comme preuve de connaissance de la préexistence de symptômes?

Le rôle du médecin conseil de l'organisme assureur: quelle contre-expertise est possible, quelles sont les modalités de convocation aux expertises, et délais prévus?

Jusqu'où peut investiguer un assureur: quelles preuves peut-il avancer de la présence de symptômes, d'une maladie?

Exemple: de courtes absences répétées au travail, et repris sur les fiches de paie comme jours de maladies, mais pour lesquelles la personne n'a pas consulté de médecin?

Qu'en est-il d'une maladie, ou d'un accident, ayant eu lieu avant la conclusion du contrat, mais dont la personne est reconnue guérie?

De LUSS vraagt tevens dat de volgende woorden worden toegevoegd: «in de huidige stand van de wetenschap», met verwijzing naar de ziekten, handicaps en symptomen, zoals de wetenschap ze beschrijft op het tijdstip waarop de overeenkomst wordt aangegaan.

Het vermoeden van bedrog vanwege de verzekerde wat de symptomen betreft, is onaanvaardbaar als dusdanig en kan niet dienen als argument.

Alleen de ziekten die duidelijk werden gediagnosticeerd op het ogenblik waarop de overeenkomst werd aangegaan, mogen aanleiding geven tot een gehele of gedeeltelijke uitsluiting van de verzekering, en zulks alleen volgens de in artikel 138bis-5 bepaalde nadere regels.

De objectieve redenen op grond waarvan een verzekeraar het recht heeft de overeenkomst op te zeggen of een vergoeding te weigeren, zullen duidelijk worden aangegeven in de overeenkomst. De verzekeraar zal de overeenkomst niet mogen beëindigen of zal geen vergoeding mogen weigeren om andere redenen dan die.

De redenen waarom een verzekeraar weigert iemand te verzekeren of te vergoeden, zullen die persoon schriftelijk en uitvoerig worden meegedeeld in een daartoe strekkende brief.

Andere opmerkingen in verband met de symptomen:

Zal het feit van onderzoeken te hebben ondergaan, zelfs met negatieve resultaten, kunnen worden beschouwd als een bewijs voor het bestaan van bekende symptomen? *Quid* met de onderzoeken met het oog op preventie of opsporing? Kan de verzekeraar die onderzoeken aanvoeren als bewijs dat de verzekerde weet had van het voorbestaan van symptomen?

De rol van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling: welke contra-expertise is mogelijk, wat zijn de nadere regels voor de convocatie van de deskundigen en welke termijnen zijn bepaald?

Tot waar mag het onderzoek van de verzekeraar gaan? Welke bewijzen mag hij aanvoeren voor het bestaan van symptomen of van een ziekte?

Bijvoorbeeld: herhaalde afwezigheden van korte duur op het werk die op de loonfiche als ziektedagen worden vermeld maar waarvoor de betrokkene geen arts heeft geraadpleegd?

*Quid* met een ziekte of een ongeval die dateren van vóór het sluiten van de overeenkomst maar waarvoor de betrokkene als genezen werd beschouwd?

Dans quelles conditions sera assurée cette personne? Complètement, sans aucune restriction d'indemnisation, sans surprime? Ou sera-t-elle assurée pour tous les risques sauf ceux découlant de cette maladie-là? Dans ce cas, qui, et sur quelle base, décide de ce qui est consécutif à cette maladie ou accident? Moyennant quelle surprime?

– Exemple 1: enfant guéri d'une leucémie (qui avait été prise en charge par l'assurance des parents) qui souscrit une assurance à l'âge adulte

– Exemple 2: quelles suites d'une fracture du bassin pourraient entraîner un refus d'indemnisation (problèmes de dos par exemple, suite à une mauvaise position pendant une certaine période)?

Si de telles clauses particulières existent, elles doivent être stipulées dans le contrat

#### Spécificités des maladies mentales:

Quels symptômes peuvent être évoqués? Comment est défini la guérison et quand? Qui peut remettre cette guérison en cause? Quelles séquelles peuvent être évoquées, entraînant le refus d'indemnisation?

Exemple: tentative de suicide à 16 ans. Est-ce un symptôme pouvant amener l'exclusion à long terme, ou un refus d'indemnisation, pour cause de préexistence de maladie mentale?

Commentaires d'une association de patients concernés par la santé mentale à propos de refus et d'exclusion en psychiatrie:

«Il est difficile pour une personne ayant souffert de troubles mentaux eUou psychiques de déclarer qu'il a reçu à un moment donné de sa vie un diagnostic psychiatrique. D'une part parce que ce n'est souvent plus d'actualité, et d'autre part parce que cette personne va se trouver dans presque tous [es cas devant un refus d'assurances.

Ne pas déclarer ce diagnostic passé expose par ailleurs la personne à un refus de remboursement en cas de sinistre pour cause de fausse déclaration préalable. il faut ici souligner deux points importants:

Ne pas déclarer un trouble psychiatrique n'est pas en soi le signe d'une quelconque intention de frauder la compagnie d'assurances. En effet des études ont bien prouvé qu'il n'y a pas de lien statistiquement signifiant entre maladie mentale et sinistres indicateurs d'une dangerosité accrue (ce qui n'est pas le cas des personnes qualifiées de sociopathes ou délinquantes d'habitude, des consommateurs d'alcool ou de drogues,

Onder welke voorwaarden zal die persoon worden verzekerd? Volledig, zonder enige beperking inzake vergoeding, zonder meerpemie? Of zal de betrokkene worden verzekerd voor alle risico's behalve die welke uit die ziekte voortvloeien? In dat geval, wie beslist wat het gevolg is van die ziekte of dat ongeval en op grond waarvan? Tegen welke meerpemie?

– Voorbeeld 1 : een kind dat van leukemie is genezen (en dat ten laste van de verzekering van de ouders werd genomen) en dat op volwassen leeftijd een verzekering aangaat

– Voorbeeld 2 : welke gevolgen van een bekkenbreuk zouden kunnen leiden tot een weigering van vergoeding (rugproblemen bijvoorbeeld, als gevolg van een slechte houding gedurende een bepaalde periode) ?

Als dergelijke bijzondere clausules bestaan, moeten ze in de overeenkomst worden aangegeven.

#### Bijzonderheden van geestesziekten:

Welke symptomen kunnen worden genoemd? Hoe wordt genezing gedefinieerd en vanaf welk tijdstip? Wie kan die genezing aanvechten? Welke nawerkingen kunnen worden aangevoerd, die kunnen leiden tot de weigering van elke vergoeding?

Voorbeeld: zelfmoordpoging op 16-jarige leeftijd. Is dat een symptoom dat tot de uitsluiting op lange termijn kan leiden, of tot een weigering van vergoeding, wegens een al bestaande geestesziekte?

Commentaar van een vereniging van patiënten die lijden aan geestesziekten, over de weigering en de uitsluiting inzake psychiatrie:

«Het is moeilijk voor een persoon die geestelijke en/ of psychische problemen heeft gehad om te verklaren dat op een bepaald ogenblik van zijn leven bij hem psychiatrie problemen zijn gediagnosticeerd. Enerzijds omdat dat dikwijls al tot het verleden behoort, en anderzijds omdat hem in bijna alle gevallen elke verzekering wordt geweigerd.

Die diagnose uit het verleden niet melden, stelt de persoon bloot aan een weigering van vergoeding bij schade wegens voorafgaande valse verklaring. Hierbij moeten twee belangrijke punten worden onderstreept:

Een psychiatrisch probleem niet melden wijst op zich niet op een bedoeling om de verzekeringsmaatschappij op te lichten. Studies hebben immers duidelijk aangetoond dat er geen statistisch relevante band is tussen geestesziekte en schadegevallen die wijzen op een groter gevaar (want niet het geval is met sociopaten of gewoontedelinquenten, alcohol- of druggebruikers enzovoort). De verzekeraars, net als de samenleving in

etc.). Il ya une grande confusion dans le chef des assureurs comme dans celui du grand public en général entre trouble mental et délinquance.

Le secteur des assurances véhicule la même méconnaissance des troubles mentaux et psychiques que la société dans son ensemble, ce qui aboutit à une surévaluation des risques y liés. Cette méconnaissance provient de l'amalgame qui est trop souvent fait entre troubles mentaux et dangerosité et d'une série d'incertitudes portant sur ces troubles. En effet, les différents états de santé mentale d'une personne ne sont pas à mettre directement en parallèle avec des degrés de responsabilité précis.

Le secteur des assurances a trop tendance à opérer une simplification duale concernant le libre arbitre d'une personne: elle l'a ou ne l'a pas. Alors que la gradation dans les différents états de conscience de ses actes et des conséquences de ceux-ci se réfère à la même palette d'appréciation pour les personnes souffrant de troubles mentaux et psychiques que pour la population dans son ensemble.

Si l'irrationalité des propos et/ou des actes d'une personne individuelle peut susciter certaines méfiances, il reste à prouver que le risque statistique global de sinistres provoqués par le groupe cible des patients psychiatriques serait plus élevé que le risque moyen des souscripteurs d'assurances en responsabilité civile».

#### Art. 138bis-5bis

##### Malades chroniques et personnes handicapées

La loi permet aux malades chroniques et personnes handicapées de contracter des assurances en soins de santé qui couvriront tous les coûts sauf ceux liés à la maladie ou au handicap préexistant.

Cela peut paraître positif, à condition que les conséquences d'une maladie soient évaluées avec justesse, et pas par l'assureur lui-même.

La LUSS demande également d'ajouter: «selon l'état actuel de la science», faisant référence aux maladies handicap et symptômes, tels que la science les décrit au moment de la souscription de l'assurance

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,

haar geheel, verwarren mentale problemen met delinquentie.

De verzekeringssector schat mentale en psychische problemen even verkeerd in als de samenleving in haar geheel, wat leidt tot een te groot belang dat aan de eraan verbonden risico's wordt gehecht. Die miskenning komt voort uit het mengelmoes dat al te dikwijls wordt gemaakt van mentale problemen en gevaarlijkheid en een aantal onzekerheden die betrekking hebben op die problemen. De verschillende geestelijke gesteldheden van een persoon mogen niet in direct verband worden gebracht met precieze graden van verantwoordelijkheid.

De verzekeringssector is teveel geneigd om een tweeledige vereenvoudiging te maken met betrekking tot de vrije wil van een persoon: hij heeft die of heeft die niet, terwijl de gradaties van de verschillende toestanden van bewustzijn van zijn daden en de gevolgen ervan op dezelfde manier worden beoordeeld ten aanzien van personen met mentale en psychische problemen als van de bevolking in zijn geheel.

Ook al kunnen bepaalde irrationale woorden en/of daden van een individu een zekere achterdocht wekken, toch is nog niet bewezen dat het gehele statistisch risico op door de doelgroep van psychiatrische patiënten veroorzaakte schadegevallen hoger zou zijn dat het gemiddelde risico van onderschrijvers van verzekeringen inzake burgerlijke aansprakelijkheid». (vertaling)

#### Art. 138bis-5bis

##### Chronisch zieken en gehandicapte personen

De wet stelt chronisch zieken en gehandicapte personen in staat verzekeringen inzake geneeskundige verzorging te sluiten die alle kosten dekken, uitgezonderd die welke zijn verbonden met de al bestaande ziekte of handicap.

Dat kan positief lijken, op voorwaarde dat de gevolgen van een ziekte precies worden geëvalueerd, en niet door de verzekeraar zelf.

LUSS vraagt eveneens toe te voegen: «volgens de huidige stand van de wetenschap», wat verwijst naar de ziekten, handicaps en symptomen, zoals de wetenschap die omschrijft op het ogenblik van het onderschrijven van de verzekering.

Het tweede lid stelt: «Aan de verzekeringsovereenkomst wordt een document gehecht, dat nauwkeurig de beoogde ziekte of handicap alsmede de kos-

est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est défini par le Roi.

Qui évaluera et énumérera objectivement les exclusions?

Le candidat-preneur d'assurance doit pouvoir soumettre ce descriptif à un professionnel (médecin) de son choix avant que le document ne soit considéré comme «un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap. ...».

Aucune autre motivation ne pourra donner droit à un refus d'indemnisation.

Il est d'une grande importance pour toutes les personnes souffrant déjà d'une maladie chronique ou d'un handicap que tous les moyens soient mis en œuvre pour qu'une information claire et correcte circule à ce sujet. Chacun doit pouvoir prendre ses dispositions pendant le laps de temps prévu (deux ans à partir de l'application de la loi).

*Les litiges à ce sujet seront soumis à un organe de conciliation constitué par le Roi. Qui sera membre de cet organe de conciliation? (les assurances privées seront-elles présentes en nombre??)*

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

L'évaluation prévue en octobre 2008: le secteur privé est surreprésenté dans les participants énumérés pour faire cette évaluation ! Les représentants des patients et des consommateurs devraient également y prendre part.

L'évaluation risquant d'être négative, la période avant le 31 octobre 2008 serait donc cruciale pour beaucoup de personnes. Elles doivent être suffisamment informées pour pouvoir faire les démarches nécessaires dans ce délai.»

*ten bepaalt die het voorwerp uitmaken van de uitsluiting of van een beperkte dekking. De Koning bepaalt het model van het document.».*

Wie zal op objectieve wijze de uitsluiting evalueren en bepalen?

De kandidaat-verzekeringnemer moet die omschrijving aan een beroepsbeoefenaar (arts) naar keuze kunnen voorleggen alvorens het document wordt beschouwd als «een document dat nauwkeurig de beoogde ziekte of handicap bepaalt...».

Geen enkele andere motivatie kan recht geven op een weigering van vergoeding.

Het is van groot belang voor alle personen met een chronische ziekte of een handicap dat alle middelen worden ingezet opdat terzake een duidelijke en correcte informatie wordt gegeven. Ieder moet schikkingen kunnen treffen tijdens de gestelde periode (twee jaar vanaf de toepassing van de wet).

*De betrokken geschillen worden voorgelegd aan een bemiddelingsorgaan op te richten door de Koning. Wie zal lid zijn van dat bemiddelingsorgaan? (zullen de privé-verzekeraars talrijk vertegenwoordigd zijn?)*

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

Wat de voor oktober 2008 voorgeschreven evaluatie betreft, is de privésector te sterk vertegenwoordigd in de opgesomde deelnemers om die evaluatie te maken! De vertegenwoordigers van de patiënten en de consumenten zouden er ook aan moeten deelnemen.

De evaluatie kan negatief aflopen. De periode vóór 31 oktober 2008 zal dus cruciaal zijn voor veel personen. Zij moeten voldoende worden geïnformeerd om de noodzakelijke stappen te kunnen nemen binnen die termijn.»



## 9. ASSURALIA

A. Audition du 14 novembre 2006 concernant le projet de loi du 26 septembre 2006<sup>1</sup> et la proposition de loi du 9 octobre 2003<sup>2</sup>

### Principales observations du secteur de l'assurance

La présente note reprend la réaction du secteur de l'assurance au projet de loi du gouvernement du 26 septembre 2006 et à la proposition de loi de Mme Creyf du 9 octobre 2003. Ces deux propositions s'appuient sur des principes qui s'inscrivent en grande partie dans la même lignée. Le contenu de la présente note est basé sur le projet de loi plus récent du gouvernement qui a fait l'objet de plusieurs entretiens avec le secteur. Dans le même temps, il est également tenu compte des accents propres à la proposition de loi de Mme Creyf.

### A. Généralités

Tant le projet de loi du gouvernement que la proposition de loi de Mme Creyf visent à améliorer l'accessibilité de l'assurance maladie complémentaire, d'une part, et de prévoir plus de sécurité pour le consommateur, d'autre part.

Le secteur de l'assurance est favorable à ces principes généraux. Il s'agit, en premier lieu, d'une reconnaissance importante du rôle sociétal croissant de l'assurance maladie complémentaire. L'assurance hospitalisation compte plus de 7,2 millions d'assurés, dont 4,6 millions le sont auprès d'une entreprise d'assurances. Au niveau de la protection contre la perte de revenus, l'assurance complémentaire joue également un rôle de premier plan.

D'une manière générale, ce rôle grandissant se heurte à trois observations:

- Les mutualités ne tombent pas dans le champ d'application du projet du gouvernement. Les nombreux clients des assurances libres complémentaires des mutualités restent de ce fait privés de la protection jugée si importante dans ce projet de loi. Dans la pratique, l'affilié à une mutualité ne dispose, par exemple, d'aucune garantie quant au maintien de l'étendue de sa couverture dans le temps (*infra*). La proposition de loi de Mme Creyf y a été attentive en élargissant le champ d'application aux mutualités.

<sup>1</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie.

<sup>2</sup> Proposition de loi du 9 octobre 2003 relative à l'assurance complémentaire soins de santé.

## 9. ASSURALIA

A. Hoorzitting van 14 november 2006 met betrekking tot het Wetsontwerp van 26 september 2006<sup>1</sup> en het Wetsvoorstel van 9 oktober 2003<sup>2</sup>

### Belangrijkste aandachtspunten van de verzekeringssector

Deze nota geeft de reactie weer van de verzekeringssector op het wetsontwerp van de regering van 26 september 2006 en het wetsvoorstel van mevrouw Creyf van 9 oktober 2003. Beide voorstellen zijn gebaseerd op principes die grotendeels in dezelfde lijn liggen. De tekst gaat uit van het recentere wetsontwerp van de regering, waaraan meerdere besprekingen met de sector zijn vooraf gegaan. Tegelijkertijd worden ook de eigen accenten van het wetsvoorstel van mevrouw Creyf in rekening gebracht.

### A. Algemeen

Zowel het wetsontwerp van de regering als het wetsvoorstel van mevrouw Creyf hebben de bedoeling de toegankelijkheid van de private aanvullende ziekteverzekering te verbeteren, enerzijds, en meer zekerheid voor de consument in te bouwen, anderzijds.

De verzekeringssector staat achter deze algemene principes. Het is in de eerste plaats een belangrijke erkenning van de groeiende maatschappelijke rol van de aanvullende ziekteverzekering. De hospitalisatieverzekering telt meer dan 7,2 miljoen verzekerden, waarvan 4,6 miljoen bij een verzekeringsonderneming, en ook op het vlak van de bescherming tegen inkomensverlies speelt de aanvullende verzekering een vooraanstaande rol.

Drie algemene vaststellingen vallen echter niet te rijmen met deze groeiende rol:

- De ziekenfondsen vallen niet onder het toepassingsgebied van het regeringsontwerp. Daardoor blijven de vele klanten van de vrije aanvullende ziekenfondsverzekeringen verstoken van de bescherming die dit wetsontwerp zo belangrijk acht. In de praktijk heeft het individuele ziekenfondslid bijvoorbeeld geen garanties over het behoud van de omvang van zijn dekking in de loop van de tijd (*infra*). Het wetsvoorstel van mevrouw Creyf heeft hieraan wel aandacht geschonken en breidt het toepassingsgebied uit tot de ziekenfondsen;

<sup>1</sup> Wetsontwerp van 26 september 2006 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

<sup>2</sup> Wetsvoorstel van 9 oktober 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging.

- En dépit des obligations croissantes imposées au secteur, l'implication de l'assurance maladie complémentaire dans l'établissement et le développement de la politique globale en matière de santé demeure pratiquement inexistante. L'organisation d'une concertation structurelle constituerait une première étape positive vers une politique cohérente impliquant toutes les parties.

- L'assurance complémentaire est l'un des instruments permettant de faire face aux conséquences du vieillissement démographique qui représente un défi important pour le financement des pensions et des soins de santé. Contrairement aux pensions complémentaires, les assurances maladie complémentaires ne bénéficient pratiquement d'aucun incitant (fiscal). La proposition de loi Creyf prévoit à juste titre un tel incitant pour les polices souscrites par des familles.

Nous reprenons brièvement ci-après les principales observations du secteur de l'assurance.

## B. Axes du projet de loi

### 1. Accessibilité

Le projet de loi améliore l'accessibilité au moyen de deux mécanismes.

#### a. Assuré un jour, assuré toujours

En vertu du projet de loi, le consommateur peut avoir la certitude que son assurance maladie complémentaire durera tout au long de sa vie. Une assurance maladie qui compense la perte d'un revenu du travail est garantie jusqu'à l'âge de sa retraite. Une assurance hospitalisation individuelle est garantie à vie (à moins que l'assuré ne mette lui-même fin à l'assurance).

De plus, un autre effet joue à moyen terme. Lorsque les deux parents sont assurés, leur nouveau-né est repris dans la couverture de l'assurance complémentaire soins de santé sans aucune sélection médicale. Le projet de loi offre la possibilité aux malades chroniques et personnes handicapées de souscrire une assurance maladie complémentaire. Cette possibilité joue d'emblée en faveur de leurs enfants qui sont eux-mêmes assurés de la continuité de l'assurance à vie.

Les assurés collectifs et les membres de leur famille qui sont également couverts, bénéficient d'un accès garanti à une variante individuelle de leur assurance collective, sans sélection médicale et pour une durée à vie. Les assurés peuvent en outre prendre des dispositions pendant la durée de l'assurance collective afin de

- Ondanks de groeiende verplichtingen die aan de sector worden opgelegd, blijft de betrokkenheid van de aanvullende ziekteverzekering bij de opstelling en ontwikkeling van het globale gezondheidsbeleid nagenoeg onbestaande. De inrichting van een structureel overleg zou een eerste positieve stap vormen naar een coherent beleid waarbij alle partijen betrokken worden.

- De aanvullende verzekering is één van de instrumenten om een antwoord te bieden aan de vergrijzing, die een belangrijke uitdaging vormt voor de financiering van de pensioenen en de gezondheidszorg. In tegenstelling tot de aanvullende pensioenen, worden de aanvullende ziekteverzekeringen echter niet of nauwelijks (fiscaal) gestimuleerd. Het wetsvoorstel Creyf voorziet terecht wel in een dergelijke steun voor de individuele gezinspolissen.

Hierna volgt een beknopte weergave van de belangrijkste aandachtspunten van de verzekeringssector.

## B. Hoofdpijnen van het wetsontwerp

### 1. Toegankelijkheid

Het wetsontwerp verbetert de toegankelijkheid aan de hand van twee mechanismen.

#### a. Eens verzekerd, altijd verzekerd

Op grond van het wetsontwerp kan de consument zeker zijn dat zijn aanvullende ziekteverzekering zijn leven lang duurt. Een ziekteverzekering, die het verlies van arbeidsinkomen vergoedt, duurt gegarandeerd tot zijn pensioenleeftijd. Een individuele hospitalisatieverzekering duurt gegarandeerd levenslang (tenzij de verzekerde zelf de verzekering stopzet)

Daarbij speelt een bijkomend effect op middellange termijn. Wanneer de beide ouders verzekerd zijn, nemen de aanvullende ziektekostenverzekeringen hun pasgeboren kinderen zonder enige medische selectie in de aanvullende verzekering op. Het wetsontwerp biedt chronisch zieken en gehandicapten de kans zich aan te sluiten bij de aanvullende ziekteverzekering. Dit speelt meteen in het voordeel van hun kinderen, die zelf verzekerd zijn van de levenslange continuïteit.

De collectief verzekerden en de leden van hun gezin die mee verzekerd zijn, krijgen een gegarandeerde toegang tot een individuele variant van hun collectieve verzekering, zonder medische selectie en met een levenslange duurtijd. De verzekerden kunnen er daarbij zelf voor kiezen om al tijdens de duur van de collectieve

maintenir la prime à un niveau abordable en cas de continuation à titre personnel.

Il reste malgré tout d'autres points sur lesquels il convient d'attirer l'attention:

- Un grand nombre d'entreprises d'assurances devront prendre des mesures pour se conformer aux nouvelles règles. Songeons aux entreprises qui pour le moment ne proposent pas de polices individuelles. Une telle adaptation requiert un investissement considérable en temps et moyens.

- Sur le plan financier, il faut s'attendre à voir les personnes présentant un profil de risque accru recourir plus rapidement que les personnes avec un profil de risque plus favorable à la possibilité de continuation. Il peut en résulter une plus grande concentration de risques accrus dans les portefeuilles d'assurances individuelles (antisélection).

b. Accès à l'assurance soins de santé pour les malades chroniques et les personnes handicapées

Les malades chroniques et les personnes handicapées ont le droit de conclure pendant une période de deux ans une assurance individuelle soins de santé, si ce n'est que les dépenses afférentes à l'état préexistant ne doivent pas être couvertes. Après la période d'essai de deux ans, cette mesure sera évaluée.

Couvrir l'état préexistant est dans le cadre de la libre assurance techniquement difficile. A cette fin, l'assurance maladie obligatoire est mieux équipée. Le gouvernement s'est donc à juste titre engagé pour améliorer sensiblement le statut des malades chroniques graves et des personnes handicapées dans l'assurance maladie obligatoire, si ce n'est que l'assurance complémentaire offre une protection aux malades chroniques et personnes handicapées qui étaient déjà assurés avant l'apparition de la maladie ou du handicap. Une concertation préalable permettrait de mieux orienter l'affectation de ces dépenses publiques.

Une telle répartition des tâches entre les assurances complémentaires soins de santé et l'assurance maladie obligatoire semble être une solution plus efficace que le bureau de tarification proposé par Mme Creyf. Lors d'auditions antérieures, les experts ont du reste accueilli la piste du bureau de tarification pour l'assurance maladie avec un scepticisme certain.

A cet égard, il convient de faire les observations suivantes:

verzekering maatregelen te nemen om het premieniveau bij de latere overgang laag te houden.

Toch zijn er nog een aantal andere aandachtspunten:

- Een heel aantal verzekeringsondernemingen zullen maatregelen moeten treffen om zich met de nieuwe regels te conformeren. Te denken valt aan de ondernemingen die op dit moment geen individuele gezinspolissen aanbieden. Een dergelijke aanpassing vraagt een aanzienlijke investering van tijd en middelen.

- Op het financiële vlak valt te verwachten dat de personen met een hoger risicoprofiel sneller van de voortzettingmogelijkheid gebruik maken dan personen met een lager risicoprofiel. Dit kan een hogere concentratie van hogere risico's in de individuele verzekeringsportefeuilles met zich meebrengen (antisselectie).

b. Toegang tot de ziektekostenverzekering voor chronische zieken en gehandicapten

Chronisch zieken en gehandicapten krijgen het recht om zich gedurende een periode van twee jaar bij een individuele ziektekostenverzekering aan te sluiten, zij het dat de uitgaven die verband houden met de vooraf bestaande toestand niet moeten worden gedekt. Na de proefperiode van twee jaar zal deze maatregel worden geëvalueerd.

De vooraf bestaande toestand dekken is in het kader van de vrije verzekering technisch moeilijk. De wettelijke ziekteverzekering is daar beter voor uitgerust. De Regering heeft zich dus terecht geëngageerd om het statuut van de zwaar chronisch zieken en gehandicapten in de wettelijke ziekteverzekering gevoelig te verbeteren, zij het dat de aanvullende verzekering wel degelijk bescherming biedt aan de chronisch zieken en gehandicapten, die reeds waren verzekerd vóór het ontstaan van de ziekte of handicap. Voorafgaandelijk overleg zou de aanwending van deze overheidsuitgaven beter kunnen richten.

Een dergelijke taakverdeling tussen de aanvullende ziektekostenverzekeringen en de wettelijke ziektekostenverzekeringen lijkt een efficiëntere oplossing dan het tariferingsbureau dat mevrouw Creyf heeft voorgesteld. De experts tijdens eerdere hoorzittingen onthielden de denkpiste van het tariferingsbureau voor de ziekteverzekering overigens op de nodige scepsis.

Daarbij moet gewezen worden op de volgende aandachtspunten:

- La première concerne l'association des mutualités à l'évaluation de cette mesure. Il est inacceptable pour le secteur de l'assurance que des concurrents directs participent à l'évaluation de mesures dont ils seront eux-mêmes exemptés.

- *Secundo*, il est important pour la mise en œuvre sur les plans pratique et financier de ce régime de définir les catégories «malades chroniques» et «personnes handicapées». Le projet de loi entend faire en sorte que les catégories qui sont refusées en raison d'une maladie chronique grave et d'un handicap puissent être assurées pour les autres soins qui sont eux assurables. L'objectif n'est pas d'organiser un accès étendu à tous, y compris les personnes qui d'un point de vue technique sont devenues parfaitement inassurables (les plus de 65 ans par exemple).

- *Tertio*, la détermination des frais liés à l'état préexistant risque de ne pas être simple dans la pratique. L'établissement de la liste des frais médicaux liés à une pathologie (exclue) déterminée constitue un exercice relativement complexe.

## 2. Continuité sur le plan du contenu

Le projet de loi renforce la sécurité du consommateur sur le plan de l'état préexistant et du maintien à vie de l'assurance.

### a. Etat préexistant

L'article 138*bis*-5 proposé codifie la jurisprudence en vigueur pour ce qui concerne le mécanisme. Ainsi que l'indique l'exposé des motifs, cette jurisprudence a recherché un équilibre entre les intérêts de l'assuré et ceux de l'entreprise d'assurances.

Le délai pour invoquer l'état préexistant constitue un élément essentiel de cet équilibre et la jurisprudence a estimé raisonnable un laps de temps de trois ans. Le projet de loi ramène cependant ce délai à deux ans. Le secteur de l'assurance considère ce délai comme un minimum absolu.

### b. Maintien à vie

Le projet de loi fait de la durée à vie de l'assurance maladie complémentaire une règle générale et intègre des garanties sur le plan du contenu de la couverture et du niveau de la prime en cours de contrat. L'entreprise d'assurances ne peut dans des circonstances norma-

- Een eerste aandachtspunt betreft de aanwezigheid van de ziekenfondsen bij de evaluatie van deze maatregel. Het is voor de verzekeringssector onaanvaardbaar dat rechtstreekse concurrenten deelnemen aan de evaluatie van maatregelen waarvan zij zelf zijn vrijgesteld.

- Ten tweede is het voor de praktische en financiële werkbaarheid van deze regeling belangrijk om de categorieën «chronisch zieken» en «gehandicapten» precies af te lijnen. Het wetsontwerp wil er voor zorgen dat de categorieën die worden geweigerd omwille van een ernstige chronische ziekte en handicap verzekerd kunnen worden voor de overige zorgen die wel verzekeraar zijn. Het is niet de bedoeling een verregaande toegang te organiseren voor iedereen, inclusief de personen die technisch volledig onverzekerbaar zijn geworden (bijvoorbeeld 65 plussers).

- Ten derde valt te verwachten dat het afbakenen van de kosten, die te maken hebben met de vooraf bestaande toestand, in de praktijk niet eenvoudig zal zijn. Het oplijsten van medische kosten verbonden met een bepaalde (uitgesloten) pathologie is een relatief complexe oefening.

## 2. Inhoudelijke continuïteit

Het wetsontwerp versterkt de zekerheid van de consument op het vlak van de voorafbestaande toestand en het levenslange behoud van de verzekering.

### a. Voorafbestaande toestand

Het voorgestelde artikel 138*bis*-5 codificeert de vigerende jurisprudentie voor wat het mechanisme betreft. Zoals de memorie van toelichting aangeeft, heeft die rechtspraak een evenwicht gezocht tussen de belangen van de verzekerde en de belangen van de verzekeringsonderneming.

De termijn voor het invoeren van de vooraf bestaande toestand is een wezenlijk onderdeel van dat evenwicht en de rechtspraak heeft een tijdspanne van drie jaar redelijk geacht. Desondanks verkort het wetsontwerp deze termijn tot twee jaar. De verzekeringssector beschouwt dit als een absolute minimumtermijn.

### b. Levenslang behoud

Het voorliggende wetsontwerp maakt van de levenslange duur van de aanvullende ziekteverzekering de algemene regel en bouwt inhoudelijke garanties in omtrent de dekking en het premieniveau in de loop van de verzekeringsovereenkomst. De verzekerings-

les ni résilier unilatéralement le contrat, ni modifier la prime ou la couverture, certainement si l'état de santé de l'assuré se détériore.

Des adaptations sont certes possibles dans un nombre limité de situations et sous la surveillance de la CBFA. En effet, la viabilité financière de l'assurance maladie complémentaire peut l'exiger. Il s'agit par exemple de modifications de législations ayant une influence significative sur le risque que supporte l'entreprise d'assurances (par exemple des modifications à la législation sur les hôpitaux, à la réglementation en matière de prescription, aux assurances obligatoires maladie et invalidité, au statut social de l'indépendant, ...).

Comme Mme Creyf l'indique également dans sa proposition de loi, il est extrêmement important dans un tel cadre que l'indice des frais médicaux prévu à l'article 138bis-4 soit effectivement réalisé. Un indice réellement représentatif permettra de faire évoluer de manière progressive et réaliste la prime, la franchise et les montants assurés. Des majorations de primes soudaines pourront ainsi être évitées ou lissées.

B. Audition du 14 novembre 2006 concernant le projet de loi du 26 septembre 2006<sup>1</sup>, la proposition de loi du 9 octobre 2003<sup>2</sup> et la proposition de loi du 9 juin 2006<sup>3</sup>

Observations complémentaires du secteur de l'assurance

A la suite de l'audition du 14 novembre 2006, la présente note reprend des observations complémentaires à celles formulées, d'une part, dans la note rédigée précédemment sur la proposition du 26 septembre 2006 et la proposition du 9 octobre 2003 (FGO06101) et, d'autre part, dans la note sur le projet du 9 juin 2006 (FO06103).

<sup>1</sup> Projet de loi du 26 septembre 2006 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie.

<sup>2</sup> Proposition de loi du 9 octobre 2003 relative à l'assurance complémentaire soins de santé.

<sup>3</sup> Proposition de loi du 9 juin 2006 visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

onderneming kan in normale omstandigheden noch de overeenkomst eenzijdig opzeggen, noch de premie of dekking wijzigen, zeker niet wanneer de gezondheids-toestand van de klant verslechtert.

Aanpassingen zijn wel mogelijk in een beperkt aantal situaties en onder het toezicht van de CBFA. De financiële houdbaarheid van de aanvullende ziekteverzekering noopt daartoe. Het gaat bijvoorbeeld over wetswijzigingen met een significante invloed op het risico dat de verzekeringsonderneming draagt (zoals de ziekenhuiswetgeving, de voorschrijfglementering, de wettelijke ziekte- en invaliditeitsverzekeringen, het sociaal statuut van de zelfstandige, ...).

Zoals ook mevrouw Creyf aangeeft in haar wetsvoorstel, is het in een dergelijk kader uiterst belangrijk dat de in artikel 138bis-4 voorziene index van medische kosten daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Een werkelijk representatieve index laat toe om de premie, de vrijstelling en de verzekerde bedragen geleidelijk en realistisch te laten evolueren. Plotse premiestijgingen kunnen worden vermeden of afgetopt.

B. Hoorzitting van 14 november 2006 met betrekking tot het wetsontwerp van 26 september 2006<sup>1</sup>, het wetsvoorstel van 9 oktober 2003<sup>2</sup> en het Wetsvoorstel van -9 juni 2006<sup>3</sup>

Aanvullende bedenkingen van de verzekeringssector

Naar aanleiding van de hoorzitting van 14 november 2006 formuleert deze nota bijkomende bedenkingen, in aanvulling van de eerder opgestelde nota over het voorstel van 26 september 2006 en het voorstel van 9 oktober 2003 (FGO06101), enerzijds, en de nota over het ontwerp van 9 juni 2006 (FGO06103), anderzijds.

<sup>1</sup> Wetsontwerp van 26 september 2006 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

<sup>2</sup> Wetsvoorstel van 9 oktober 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging.

<sup>3</sup> Wetsvoorstel van 9 juni 2006 strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en teneinde de verzekerbaarheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand.

### A. Le rôle de la CBFA

Contrairement à ce que certaines interventions lors de l'audition ont affirmé, la loi du 2 août 2002 accorde à la CBFA un rôle clairement défini quant à la protection du consommateur d'assurance. En effet, en vertu de l'article 45, 7° de cette loi, la CBFA a pour mission d'assurer le contrôle du respect des dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Ce projet de loi en fera partie intégrante.

Ce rôle a été confié au département opérationnel «Protection des consommateurs de services financiers» qui est dirigé par Mme Marcia De Wachter et est indépendant du contrôle prudentiel exercé par la CBFA sur les entreprises d'assurances. Ce département a pris connaissance du projet de loi en question et étudie actuellement les modalités d'exécution concrètes. Il est important de noter que la CBFA, en tant qu'autorité de contrôle financier, dispose d'une vue objective des comptes des entreprises d'assurances, ce qui lui permet effectivement d'apprécier en connaissance de cause si certaines mesures auront un effet «significatif».

### B. La poursuite d'une assurance collective à titre individuel

Le projet de loi vise à assurer la continuité lors du passage d'une assurance maladie collective à une assurance maladie individuelle. Pour la praticabilité de cet objectif, il importe que les délais du projet de loi ne soient pas allongés.

Selon la manière dont le secteur de l'assurance souhaite mettre en œuvre le projet du gouvernement, la personne qui poursuit l'assurance à titre individuel dans les délais prévus est couverte à partir du moment où elle perd le bénéfice de l'assurance collective, à condition qu'elle paie rétroactivement les primes d'assurance pour la période intermédiaire (limitée). Cela s'applique également aux dommages encourus par cette personne entre la perte du bénéfice de l'assurance collective et la conclusion à titre individuel de cette assurance (dans le délai légal).

Assuralia souligne que de telles garanties ne peuvent être proposées que dans le respect des délais actuels relativement stricts. La prolongation des délais augmente la possibilité de différer la contribution personnelle à la solidarité d'assurance jusqu'au moment où l'assuré s'attend à encourir lui-même des dommages (antiselection). Cela déstabilise le mécanisme en rend le régime ingérable.

### A. De rol van de CBFA

In tegenstelling tot wat een aantal tussenkomsten tijdens de hoorzitting stelden, kent de wet van 2 augustus 2002 de CBFA een duidelijke rol toe bij de bescherming van de verzekeringsconsument. Volgens artikel 45, 7° van die wet, heeft de CBFA immers de opdracht het toezicht op de naleving van bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst te verzekeren. Dit wetsontwerp zal daar integraal deel van uitmaken.

Deze rol is toevertrouwd aan het operationele departement «Bescherming van de consumenten van financiële diensten», onder leiding van mevrouw Marcia Dewachter, dat los staat van de prudentiële controle van de CBFA op de verzekeringsondernemingen. Het departement is op de hoogte van het voorliggende wetsontwerp en bestudeert momenteel de concrete uitvoeringsmodaliteiten. Het is belangrijk op te merken dat de CBFA als financieel toezichthouder een objectief zicht heeft op de rekeningen van de verzekeringsondernemingen, hetgeen haar ook daadwerkelijk in staat stelt met kennis van zaken te beoordelen of bepaalde maatregelen een «significant» effect hebben.

### B. De individuele voortzetting van de collectieve verzekering

Het wetsontwerp heeft de bedoeling continuïteit te bieden bij de overgang van een collectieve naar een individuele ziekteverzekering. Voor de uitvoerbaarheid van dit streven is het belangrijk dat de termijnen van het wetsontwerp niet worden verlengd.

Volgens de invulling die de verzekeringssector wil geven aan het regeringsontwerp, is de persoon die binnen de voorziene termijnen individueel voortzet, gedekt vanaf het moment van verlies van de collectieve verzekering op voorwaarde dat hij de verzekeringspremies voor de (beperkte) tussenperiode retroactief betaalt. Dat geldt óók voor de schade die deze persoon oploopt tussen het verlies van de collectieve verzekering en het aangaan van de individuele verzekering (binnen de wettelijke termijn).

Assuralia benadrukt dat dergelijke garanties alleen kunnen worden geboden met de huidige relatief strikte termijnen. Langere termijnen vergroten de mogelijkheid om de eigen bijdrage aan de verzekerings solidariteit uit te stellen tot op het moment dat de verzekerde zelf schade verwacht (antiselectie). Dat ontwricht het mechanisme en maakt de regeling onbeheerbaar.

En outre, il convient de faire remarquer que le montant des primes d'assurance, pour la période entre la fin de l'assurance collective et la conclusion de l'assurance individuelle, augmente en fonction de la longueur de cette période. Le consommateur a donc tout intérêt à faire rapidement usage de la possibilité de poursuite.

L'esprit du projet n'est pas de donner à une personne assurée à titre collectif la possibilité de conclure une assurance individuelle longtemps après la sortie de cette assurance. L'objectif est de garantir la continuité en faisant accéder sans problèmes à l'assurance individuelle toutes les personnes assurées à titre collectif, sans autres formalités médicales et sans interruption de la couverture. Des délais plus longs rendraient impossible la réalisation de cet objectif.

C. Audition du 14 novembre 2006 concernant la proposition de loi du 9 juin 2006<sup>1</sup>

#### Principales observations du secteur de l'assurance

Au fur et à mesure que l'importance sociétale des assurances de personnes devient plus grande, l'intérêt politique pour son accessibilité et son bon fonctionnement s'accroît. Les entreprises d'assurances ne sont pas, par définition, opposées à des propositions susceptibles d'améliorer l'accessibilité et le fonctionnement des assurances. Le secteur ne peut cependant souscrire à la manière dont la proposition de loi du 9 juin 2006 veut réaliser ces objectifs.

#### A. La proposition de loi du 9 juin 2006

La proposition de loi de Mme Milquet et de MM. Wathelet et Arens comporte trois volets:

1. L'interdiction totale de segmentation sur la base des caractéristiques génétiques et physiques de l'individu en assurances de personnes;

2. La mise en place d'un bureau de tarification pour l'assurance en cas de décès;

<sup>1</sup> Proposition de loi visant à mieux encadrer l'utilisation des données personnelles de santé lors de la souscription d'assurance personne et à permettre l'assurabilité du risque décès des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé.

Bovendien moet er op worden gewezen dat het bedrag aan verzekeringspremies, voor de periode tussen het einde van de collectieve verzekering en het aangaan van de individuele verzekering, toeneemt met de lengte van die periode. De consument heeft er dus alle belang bij snel gebruik te maken van de voortzettingsmogelijkheid.

Het ligt niet in de geest van het ontwerp om een collectief verzekerde persoon de mogelijkheid te geven om, lang na de uitstap uit die verzekering, een individuele verzekering aan te gaan. De bedoeling is om continuïteit te garanderen door alle collectief verzekerde personen vlot te kunnen laten overstappen naar de individuele verzekering, zonder verder medische formaliteiten en zonder onderbreking van de dekking. Langere termijnen maken de realisatie van dit streven onmogelijk.

C. Hoorzitting van 14 november 2006 met betrekking tot het wetsvoorstel van 9 juni 2006<sup>1</sup>

#### Belangrijkste aandachtspunten van de verzekeringssector

Het maatschappelijk belang van de persoonsverzekering neemt toe en met deze toename blijkt ook de politieke interesse voor haar toegankelijkheid en goede werking te groeien. De verzekeringsondernemingen staan niet per definitie afwijzend ten opzichte van voorstellen die de toegankelijkheid en het functioneren van de verzekeringssector zouden kunnen verbeteren. De sector kan echter niet akkoord gaan met de manier waarop het wetsvoorstel van 9 juni 2006 deze doelstellingen wil realiseren.

#### A. Het wetsvoorstel van 9 juni 2006

Het wetsvoorstel van mevrouw Milquet en de heren Wathelet en Arens omvat drie delen:

1. Het volledige verbod op segmentatie volgens de genetische en de fysieke kenmerken van het individu in de persoonsverzekering;

2. De inrichting van een tarifieringsbureau voor de overlijdensverzekering;

<sup>1</sup> Wetsvoorstel van 9 juni 2006 strekkende tot een betere begeleiding van het gebruik van de gezondheidspersoonsgegevens bij het aangaan van een persoonsverzekering en teneinde de verzekerbaarheid mogelijk te maken van het overlijdensrisico voor personen die een verhoogd risico lopen als gevolg van hun gezondheidstoestand.

3. La création d'une commission chargée, d'une part, de fixer dans un code de bonne conduite les conditions de la collecte et de l'utilisation de données à caractère personnel et médicales et, d'autre part, de formuler des propositions pour améliorer l'assurance des risques aggravés.

B. L'interdiction de segmentation sur la base des caractéristiques génétiques et physiques en assurances de personnes

#### 1. Caractéristiques génétiques

Comme le souligne à juste titre l'exposé des motifs, le deuxième alinéa de l'article 5 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre (LCAT) dispose déjà que les données génétiques ne peuvent pas être communiquées, même si elles peuvent constituer pour l'entreprise d'assurances des éléments d'appréciation du risque. De plus, l'article 95 LCAT interdit aux entreprises d'assurances de faire procéder à des examens médicaux fondés sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer l'état de santé futur. En d'autres termes, l'interdiction d'utiliser des informations génétiques, même si celles-ci sont pertinentes dans un contexte d'assurance, est déjà clairement prévue par la loi. Il est inutile de la répéter dans une nouvelle initiative législative.

#### 2. Caractéristiques physiques

En introduisant l'introduction de l'utilisation des caractéristiques physiques de l'individu, la proposition de loi veut éviter que l'on tienne compte de caractéristiques sans lien avec l'état de santé actuel du candidat à l'assurance. Autrement dit, il s'agit de la pertinence de ces caractéristiques pour faire des distinctions dans le cadre des assurances de personnes.

La loi antidiscrimination du 25 février 2003 interdit toute distinction qui n'est pas justifiée de manière objective et raisonnable. A cet effet, il faut vérifier, entre autres, si le critère utilisé (par exemple, l'indice de masse corporelle) est pertinent eu égard au but poursuivi au moyen de la distinction.<sup>2</sup> La loi antidiscrimination empêche donc déjà que «*certaines personnes soient pénalisées en les classant arbitrairement dans des catégories elles-mêmes sujettes à discussion*». A cet égard, une initiative législative supplémentaire n'est dès lors pas nécessaire.

<sup>2</sup> Y.Thiery, 'De antidiscriminatiewet: verzekeren over dezelfde kam?', *R.D.C.*, 2003, 646.

3. De oprichting van een commissie die de voorwaarden voor het verzamelen en gebruiken van gegevens van persoonlijke en medische aard in een gedragscode moet gieten, enerzijds, en voorstellen moet doen om de verzekering van de verhoogde risico's te verbeteren, anderzijds.

B. Het verbod op segmentatie op basis van genetische en fysieke kenmerken in de persoonsverzekeringen

#### 1. Genetische kenmerken

Zoals de memorie van toelichting terecht stelt, bepaalt het tweede lid van artikel 5 van de Wet op de Landverzekeringsovereenkomst (WLVO) nu al dat genetische gegevens niet mogen worden meegedeeld, ook al kunnen zij een invloed hebben op de beoordeling van het risico door de verzekeringsonderneming. Bovendien verbiedt artikel 95 WLVO de verzekeringsondernemingen om medische onderzoeken uit te voeren die steunen op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen. Het verbod op het gebruik van genetische informatie, zelfs al is die relevant in een verzekeringscontext, staat met andere woorden reeds duidelijk in de wet. Dit hoeft niet te worden herhaald in een nieuw wetgevend initiatief.

#### 2. Fysieke kenmerken

Met het verbod op het gebruik van de fysieke kenmerken van het individu wil het wetsvoorstel vermijden dat rekening wordt gehouden met kenmerken die niets te maken hebben met de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde. Het gaat met andere woorden over de relevantie van deze kenmerken voor het maken van onderscheiden in de persoonsverzekering.

De discriminatiewet van 25 februari 2003 verbiedt elk onderscheid dat niet objectief en redelijkerwijze wordt gerechtvaardigd. Daartoe moet onder andere worden nagegaan of het gebruikte criterium (bijv. de bodymass-index) relevant is voor het doel dat met het onderscheid wordt beoogd.<sup>2</sup> De discriminatiewet verhindert dus nu al dat bepaalde «*personen zouden worden benadeeld door hen willekeurig te rangschikken in categorieën die zelf ter discussie staan*». Daar is geen bijkomend wetgevend initiatief voor nodig.

<sup>2</sup> Y.Thiery, 'De antidiscriminatiewet: verzekeren over dezelfde kam?', *R.D.C.*, 2003, 646.



De plus, il faut attirer l'attention sur les effets non souhaités d'une interdiction totale de tenir compte de caractéristiques physiques pertinentes pour l'appréciation du risque en assurances de personnes.

- D'abord, le marché de l'assurance sur la vie est un marché européen où chacun a le droit de prendre une assurance vie dans un autre Etat membre.

Les personnes constituant de «bons risques» peuvent ainsi souscrire une assurance vie ailleurs, et plus spécialement là où il est tenu compte des caractéristiques de santé pertinentes, tandis que les personnes présentant un «risque aggravé» – qu'elles résident en Belgique ou ailleurs – profiteraient de l'interdiction de la prise en compte de leurs caractéristiques pertinentes pour l'assureur. Ces deux effets pourraient nuire sérieusement à la position concurrentielle du secteur belge de l'assurance.

- Ensuite, il est important de savoir que les entreprises d'assurances belges se réassurent dans une mesure considérable auprès de réassureurs internationaux pour garantir leur stabilité financière. Or, ces réassureurs exigent des entreprises d'assurances qu'elles demandent les caractéristiques physiques nécessaires de l'assuré. Si les entreprises d'assurances ne peuvent utiliser les données physiques qui sont pertinentes pour le risque à assurer, cela se répercutera sur le prix de la réassurance et donc de l'assurance directe.

- Enfin, il est évident qu'une telle interdiction influera sur le résultat technique des entreprises d'assurances, ce qui se traduira nécessairement par des modifications du niveau de prime et/ou de la couverture.

#### C. La mise en place d'un bureau de tarification pour l'assurance en cas de décès

La proposition de loi prévoit la mise en place d'un bureau de tarification pour les personnes présentant un «risque aggravé». Outre la concurrence sur le marché européen de l'assurance vie dont il est question ci-dessus, il y a d'autres arguments pour considérer de manière critique les conséquences de la mise en place d'un tel bureau.

En premier lieu, il y a un risque important d'antisélection. Prenons l'exemple d'une assurance-décès accessoire à un crédit à la consommation demandé en vue de l'achat d'une voiture. Le bureau de tarification envisagé permettrait à une personne qui s'at-

Er moet bovendien worden gewezen op de ongewenste gevolgen van een totaal verbod op het gebruik van fysieke kenmerken die relevant zijn voor de beoordeling van het risico in de persoonsverzekering.

- Ten eerste is de levensverzekeringsmarkt een Europese markt, waarin iedereen het recht heeft om in een andere lidstaat een levensverzekering aan te schaffen.

Personen met een «goed risico» kunnen op die manier elders een levensverzekering aanschaffen waarbij de relevante gezondheidskenmerken wel in rekening worden gebracht, terwijl personen met een «verhoogd risico» – uit België maar eventueel ook daarbuiten – gebruik zouden maken van het verbod om hun relevante eigenschappen in rekening te brengen. Beide effecten zouden de concurrentiepositie van de Belgische verzekeringssector ernstig verstoren.

- Ten tweede is het belangrijk te weten dat de Belgische verzekeringsondernemingen zich in aanzienlijke mate herverzekeren bij internationale herverzekeraars om hun financiële stabiliteit te waarborgen. Deze herverzekeraars eisen van de verzekeringsondernemingen dat zij de nodige fysieke eigenschappen van de verzekerde opvragen. Indien de verzekeringsondernemingen de fysieke gegevens, die relevant zijn voor het te verzekeren risico, niet zou kunnen gebruiken, heeft dat een weerslag op de prijs van de herverzekering en daardoor op de verzekering zelf.

- Het spreekt tenslotte voor zich dat een dergelijk verbod het technisch resultaat van de verzekeringsondernemingen beïnvloedt, hetgeen zich noodzakelijkerwijs vertaalt in veranderingen van premieniveau en/of dekking.

#### C. De inrichting van een tarifieringsbureau voor de overlijdensverzekering

Het wetsvoorstel stelt voor om een tarifieringsbureau in te richten voor de personen met een «verhoogd risico». Naast de reeds beschreven concurrentie op de Europese levensverzekeringsmarkt, zijn er bijkomende argumenten om de mogelijke gevolgen van een dergelijk bureau kritisch te bekijken.

Ten eerste is er een belangrijk gevaar voor anti-selectie. Neem het voorbeeld van een overlijdensverzekering bij een consumentenkrediet dat wordt aangegaan voor het aanschaffen van een wagen. Het voorgestelde tarifieringsbureau zou een persoon, die

tend à décéder dans un proche avenir, de léguer cette voiture à ses héritiers au prix de quelques primes d'assurance fixé par le bureau de tarification. Cela ne peut être l'objectif poursuivi.

En deuxième lieu, il est à remarquer que le refus par les donneurs de crédit d'octroyer un crédit est à l'origine de la problématique traitée ici. La toute grande majorité des établissements de crédit sont déjà protégés par un cautionnement ou une hypothèque, et exigent secondairement la souscription d'une assurance décès. L'accessibilité au crédit hypothécaire, au crédit professionnel et au crédit à la consommation doit faire l'objet d'un débat plus large impliquant toutes les parties. Le bureau de tarification envisagé oblige, de manière unilatérale et abusive, le secteur de l'assurance à assumer la responsabilité et les charges financières.

D. La mise en place d'une commission chargée de rédiger un code de bonne conduite

Enfin, la proposition de loi plaide pour la création d'une commission ad hoc chargée, en premier lieu, de faire des propositions pour améliorer l'accès à l'assurance pour les personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé. Le secteur de l'assurance est disposé à participer à un débat de fond afin d'arriver à des solutions adéquates. La mise en place d'une commission officielle ne semble cependant pas nécessaire à cet effet.

En outre, cette commission est chargée d'établir un code de bonne conduite pour le traitement de données (médicales) à caractère personnel. Le secteur de l'assurance ne s'oppose évidemment pas à la sécurité du traitement des données médicales qu'il gère. Mais le traitement de ces données à caractère personnel par le secteur de l'assurance fait déjà l'objet d'une réglementation détaillée, ce qui rend superflue la création d'une commission officielle:

- la loi du 8 décembre 1992 sur 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;
- la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

## B. Échange de vues

*Mme Simonne Creyf (CD&V)* constate qu'une série de problèmes sont abordés par presque tous les orateurs :

verwacht in de nabije toekomst te zullen overlijden, in staat stellen om deze wagen aan zijn erfgenamen te vererven aan de door het tariferingsbureau bepaalde prijs van enkele verzekeringspremies. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Ten tweede is het belangrijk in te zien dat de oorsprong van de hier behandelde problematiek ligt in de weigering van krediet door de kredietverstrekkers. De kredietinstellingen zijn in de overgrote meerderheid van de gevallen reeds beschermd door een borgstelling of een hypotheek en eisen secundair een overlijdensverzekering. De toegankelijkheid van het hypothecair, professioneel en consumentenkrediet dient het voorwerp uit te maken van een breder debat, waarbij alle partijen betrokken worden. Het voorgestelde tariferingsbureau legt de verantwoordelijkheid en de financiële lasten ten onrechte éézijdig bij de verzekeringssector.

D. De oprichting van een commissie ter opstelling van een gedragscode

Ten slotte pleit het wetsvoorstel voor de oprichting van een bijzondere commissie die vooreerst voorstellen moet doen om de toegankelijkheid van de verzekering te verbeteren voor de personen die op grond van hun gezondheidsrisico aan een verhoogd risico zijn blootgesteld. De verzekeringssector is bereid deel te nemen aan een grondig debat om tot adequate oplossingen te komen. Daarvoor lijkt een officiële commissie echter niet noodzakelijk.

Ten tweede heeft de commissie tot taak een gedragscode op te stellen voor het verwerken van (medische) persoonsgegevens. De verzekeringssector is vanzelfsprekend voorstander van een veilige behandeling van de medische gegevens die zij beheert. De verwerking van deze persoonsgegevens door de verzekeringssector is echter al uitvoerig gereguleerd, zodat ook hiervoor een officiële commissie overbodig is:

- de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens;
- de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;
- de wet op de landverzekeringsovereenkomst.

## B. Gedachtewisseling

*Mevrouw Simonne Creyf (CD&V)* stelt vast dat enkele pijnpunten bij nagenoeg alle sprekers aan bod komen:

– Les maladies préexistantes (art. 138*bis*-5) : le projet de loi parle de « symptômes » alors que sa proposition de loi parle de « diagnostic », ce qui lui semble être un terme meilleur et plus utilisable. Elle demande l'avis d'Assuralia à ce propos, ainsi que sur le délai de 2 ans (dans sa proposition de loi, d'un an) pour la contestabilité.

– Les malades chroniques et les handicapés (art. 138*bis*-5*bis*) : pendant deux ans, les assureurs ne peuvent pas les refuser, mais ils peuvent exclure les coûts liés à la maladie ou au handicap, ce qui est qualifié de «coquille vide» par le professeur Claessens. Elle demande à Assuralia ce qu'il reste encore, dans ce cas, pour cette catégorie.

– Le rôle de la CBFA, notamment en ce qui concerne la fixation des tarifs et des primes.

– Les procédures confuses prévues par le projet de loi.

*Mme Annemie Baeke (sp.a-spirit)* formule ensuite une série de questions et de constatations ponctuelles:

– Les malades, les handicapés et les pauvres ne sont pas aidés par le projet de loi à l'examen. Le caractère perpétuel de la couverture n'est d'ailleurs pas neuf. Le professeur Dubuisson a raison lorsqu'il déclare que la loi sur le contrat d'assurance terrestre de 1992 offre de meilleures garanties que le projet de loi à l'examen.

– Elle renvoie ensuite aux observations du professeur Claessens concernant la portée de la perte visée du bénéfice du contrat d'assurance collectif: elle demande à Assuralia quelles sont les conséquences pour le coassuré en cas de tromperie par l'assuré principal?

– En outre, le projet de loi ne prévoit aucune procédure pour la poursuite de l'assurance individuelle par le coassuré: elle demande à Assuralia et aux deux professeurs s'il ne conviendrait pas de le faire.

– Maladies préexistantes :

1. En vertu du projet de loi, la jurisprudence imposerait un «délai de contestation» de trois ans, mais cette jurisprudence est très limitée et, de plus, elle évolue: elle demande aux représentants des patients et des consommateurs si le projet de loi ne bloquera pas cette évolution.

2. Cela lui semble être une dérogation au principe général de la loi sur le contrat d'assurance terrestre. Il serait peut-être préférable de remplacer le devoir de

– De voorafbestaande ziekten (art. 138*bis*-5): het wetsontwerp spreekt van «symptomen» terwijl haar wetsvoorstel spreekt van «diagnose», hetgeen haar een betere en meer bruikbare term lijkt. Hierover en over de termijn van 2 jaar (in haar wetsvoorstel 1 jaar) voor de betwistbaarheid, vraagt zij de mening van Assuralia.

– Chronisch zieken en gehandicapten (art. 138*bis*-5*bis*): de verzekeraars mogen hen gedurende twee jaar niet weigeren, maar mogen wel de kosten van de ziekte of de handicap uitsluiten, hetgeen door prof. Claessens een «lege doos» wordt genoemd. Zij vraagt aan Assuralia wat er dan nog overblijft voor deze categorie.

– De rol van de CBFA, onder meer wat de vaststelling van tarieven en premies aangaat.

– De onduidelijke procedures in het wetsontwerp.

*Mevrouw Annemie Baeke (sp.a-spirit)* formuleert vervolgens een aantal punctuele vragen en vaststellingen:

– Ziekten, gehandicapten en armen worden door dit wetsontwerp niet geholpen. Het levenslang karakter van de dekking is trouwens niet nieuw. Professor Dubuisson heeft gelijk dat de wet op landverzekeringsovereenkomst van 1992 betere garanties biedt dan dit wetsontwerp

– Vervolgens verwijst zij naar de opmerkingen van prof. Claessens over de draagwijdte van het beoogde verlies van het voordeel van de collectieve verzekeringsovereenkomst: zij vraagt aan Assuralia wat de gevolgen zijn voor de medeverzekerde in geval van bedrog van de hoofdverzekerde?

– Het wetsontwerp voorziet ook geen procedure voor het verderzetten van de individuele verzekering door de medeverzekerde: zij vraagt aan Assuralia en aan beide professoren of zulks niet dient te worden voorzien.

– Voorafbestaande ziekten:

1. Volgens het wetsontwerp zou de rechtspraak een «betwistingstermijn» van 3 jaar opleggen, maar deze rechtspraak is zeer beperkt en evolueert bovendien: zij vraagt aan de vertegenwoordigers van patiënten en consumenten of het wetsontwerp deze evolutie niet zal afblokken.

2. Dit lijkt haar een afwijking van het algemene principe van de wet op de landsverzekeringsovereenkomst. Een spreekplicht zou misschien beter worden vervan-

parole par un devoir de demande : les assureurs devraient eux-mêmes soumettre une liste de questions, qui font le tour de l'affaire, éventuellement avec l'avis d'un médecin (Assuralia). L'article 99 de la loi précitée de 1992 le fait d'ailleurs pour les contrats d'assurance-vie (une fois conclus, aucune nouvelle question ne peut être soumise).

- Primes:

- Le projet de loi est plutôt vague à cet égard: la création d'un indice objectif préconisée par Test-Achats semble être la seule solution acceptable. L'intervenante se demande si la solution consistant à associer la CBFA au calcul des primes est bien adéquate, étant donné que les consommateurs ne sont pas représentés au sein de cette instance. Elle estime qu'il pourrait être utile d'organiser une nouvelle audition, afin d'entendre la CBFA.

- Le projet de loi ne définit pas précisément la notion de «coût»; il n'indique pas non plus quelles sont les circonstances de nature à justifier une augmentation des coûts: il serait préférable de prévoir en la matière des informations indépendantes provenant du secteur public, à l'INAMI.

- Le projet de loi prévoit uniquement des augmentations de coût: qu'en est-il des diminutions de coût ?

- Le calcul ne fait l'objet d'aucun contrôle; comment les consommateurs sont-ils informés en la matière ?

- Malades chroniques et personnes handicapées: le projet de loi est également vague à cet égard: il n'indique pas précisément quels sont les symptômes qui seront exclus. Qu'en pensent les consommateurs ?

- En ce qui concerne l'évaluation, Assuralia est opposée à l'association des mutualités, mais c'est surtout l'absence d'association des consommateurs qui préoccupe l'intervenante. Qu'en pensent les représentants des consommateurs et des patients ?

- Passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle: l'intervenante se félicite de cette mesure, mais certains points restent obscurs:

- La possibilité (offerte à une personne qui change plusieurs fois d'employeur) de conclure des assurances collectives successives: cette mesure ne pose aucun problème en ce qui concerne la prime complémentaire d'assurance individuelle. L'intervenante se demande du reste à quoi sert cette prime.

- L'intervenante demande enfin ce que pensent les orateurs de la procédure de passage de l'assurance

gen door een vraagplicht: de verzekeraars zouden zelf een vragenlijst moeten voorleggen, die de zaak afsluit, eventueel met het oordeel van een geneesheer (Assuralia). Art. 99 van voornoemde wet van 1992 doet zulks trouwens voor de levensverzekeringscontracten (éénmaal afgesloten mogen geen nieuwe vragen meer worden voorgelegd).

- Premies:

- Het wetsontwerp is hierover vrij vaag: de door Testaankoop bepleitte objectieve index lijkt de enige aanvaardbare oplossing. Zij vraagt zich af of het betrekken van de CBFA bij de berekening van de premies wel een geschikte oplossing is vermits de consumenten er niet zijn in vertegenwoordigd. Zij is van mening dat een bijkomende hoorzitting met de CBFA nuttig zou kunnen zijn;

- Het begrip «kosten is ook zeer onduidelijk in het wetsontwerp, evenals wat een kostenverhoging kan rechtvaardigen: het is beter hieromtrent onafhankelijke informatie uit de overheidssector te voorzien, bij het RIZIV.

- Er wordt alleen in kostenstijgingen voorzien: wat bij een kostendaling?

- Er is geen controle op de berekening; hoe worden de consumenten hierover geïnformeerd?

- Chronisch zieken en gehandicapten: ook hier is het wetsontwerp vaag: het is onduidelijk welke symptomen zullen worden uitgesloten. Wat is de mening van de consumenten?

- Wat de evaluatie aangaat, is de betrokkenheid van de ziekenfondsen een probleem voor Assuralia, maar spreker mist vooral de consumenten. Wat is hier de mening van de vertegenwoordiger van consumenten respectievelijk patiënten?

- Overgang van collectieve naar individuele verzekering: dit is een goede zaak, maar er blijven onduidelikheden:

- De mogelijkheid van diverse opeenvolgende collectieve verzekeringen (bij iemand die diverse keren van werkgever verandert): dit geeft geen probleem voor de bijkomende premie voor de individuele verzekering en waarvoor is die premie trouwens eigenlijk bestemd?

- Tenslotte vraagt zij de mening van de sprekers over de volgens haar weinig waarborgen biedende pro-

collective à l'assurance individuelle qui, selon elle, offre peu de garanties: ainsi, l'initiative doit être prise par l'assuré lui-même, qui ne dispose que de 3 mois au maximum et qui doit informer lui-même le coassuré.

*Mme Muriel Gerkens (Ecolo)* est extrêmement surprise qu'à l'exception d'Assuralia, toutes les instances invitées formulent des observations identiques, qui sont du reste très nombreuses. Elle cite notamment, à cet égard, les observations suivantes:

- Le projet de loi implique une régression pour l'assuré par rapport à la loi de 1992.
- La notion de «symptômes» et la définition «d'états préexistants» posent problème.
- Le projet de loi ne garantit pas l'accessibilité pour les malades chroniques et les handicapés.
- La poursuite d'une assurance collective suscite, elle aussi, de sérieux problèmes.

Quelle est la position d'Assuralia à cet égard ?

### RÉPONSES DES ORATEURS

*M. Van Camp (Assuralia)* répond à l'observation selon laquelle le projet de loi serait une «boîte vide»: pour ce qui est des handicapés et des malades chroniques, tel n'est en tout cas pas l'objectif poursuivi par le secteur. Il s'agit uniquement d'exclure les frais liés à l'affection concernée, pas de fabriquer un produit «allégé».

Dans le cas des assurances groupe successives (Mme Baeke) et du passage d'une police collective à une police individuelle, c'est toute la famille de l'intéressé qui en bénéficie, sans acceptation, pour autant, bien entendu, que cette famille soit assurée. Les assureurs ne disposent cependant pas toujours des informations nécessaires pour garantir un passage sans faille.

Pour ce qui concerne la prime supplémentaire à payer lors de la pension (Mme Baeke), le secteur entend mettre sur le marché des produits qui y répondent, mais pour l'instant, cela ne va pas réellement de soi.

En ce qui concerne l'incontestabilité, il n'y a pas d'unanimité entre les assureurs: le secteur estime en tout cas qu'un délai de deux ans constitue un minimum.

*M. D'hondt (Assuralia)* ajoute qu'en ce qui concerne l'inaltérabilité des conditions, il est juste qu'un certain nombre de mécanismes légaux de protection existent (tels que la loi sur les pratiques du commerce), mais le contrat devient en fait un autre contrat par suite de fac-

cedure bij overschakeling van collectieve naar individuele verzekering: zo dient de verzekerde zelf het initiatief te nemen, beschikt hij maar over maximum 3 maanden en dient hij zelf de medeverzekerde op de hoogte te stellen.

*Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo)* is erg verbaasd dat alle uitgenodigde instanties behalve Assuralia dezelfde en bovendien talrijke opmerkingen formuleren, onder meer de volgende:

- Het gaat over een achteruitgang voor de verzekerde t.o.v. de wet van 1992.
- De notie «symptomen» en de definitie van voorafbestaande ziekten is problematisch.
- De toegankelijkheid voor chronisch zieken en gehandicapten is niet gegarandeerd.
- Ook de verderzetting van een collectieve verzekering stelt ernstige problemen.

Wat is de mening van Assuralia over dit alles?

### ANTWOORDEN VAN DE SPREKERS

*De heer Van Camp (Assuralia)* gaat in op de opmerking dat het wetsontwerp een «lege doos» zou zijn: wat de gehandicapten en chronisch zieken aangaat, is zulks alleszins niet de bedoeling van de sector; het gaat er alleen om om de kosten die verbonden zijn met de betrokken aandoening uit te sluiten, niet om een «light»-product te maken.

In het geval van de opeenvolgende groepsverzekeringen (mevr. Baeke) en de overgang van een collectieve naar een individuele polis, gaat de hele familie van de betrokkenen over, zonder acceptatie, voor zover deze familie uiteraard meeverzekerd was. Verzekeraars hebben wel niet altijd de nodige informatie in handen om een vlekkeloze overgang te garanderen.

Wat de bij pensionering te betalen bijpremie aangaat (mevr. Baeke) is het de bedoeling van de sector om producten op de markt te brengen die hieraan beantwoorden; momenteel is zulks nog niet zo vanzelfsprekend.

Inzake de onbetwistbaarheid is er geen eenduidigheid tussen de verzekeraars: in elk geval is voor de sector de termijn van 2 jaar een minimum.

*De heer D'hondt (Assuralia)* voegt hieraan toe dat, inzake de onveranderbaarheid van de voorwaarden, er terecht, een aantal wettelijke beschermingsmechanismen bestaan (zoals de wetgeving op de handelspraktijken), maar het contract wordt eigenlijk een

teurs exogènes; en fait, le contrat a déjà subi une modification unilatérale.

La loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, qui règle la création et les pouvoirs de la CBFA, crée bel et bien également un département de protection des consommateurs, qui a du reste récemment élaboré un certain nombre de codes de conduite, notamment pour le secteur des assurances, et qui a notamment pour objectif le suivi du projet de loi à l'examen. En outre, la division prudentielle de la CBFA est la mieux placée pour développer un indice objectif pour la définition de la prime: c'est ainsi que la CBFA est parfaitement en mesure de suivre les éventuels glissements dans l'assurance maladie obligatoire.

Selon M. D'hondt, assurer est en quelque sorte mutualiser, avec tous ceux qui cotisent. Lorsqu'il entend les mutualités plaider en faveur d'une assurance obligatoire et d'une prime égale, il n'y voit aucune objection, mais il s'agit dans ce cas d'un autre projet de loi.

Dans le cas de contrats collectifs, il s'agit généralement d'un employeur et le prix et la couverture sont souvent définis en fonction de la volonté de l'employeur de prendre une partie de la prime à sa charge; il est clair que ceci prend fin lorsque le travailleur concerné quitte l'entreprise. D'autre part, les enfants «accompagnent les parents», pour un prix forfaitaire ou pour quelques euros par mois. Il est dès lors normal qu'il y ait une évaluation du risque en cas de passage à une police individuelle.

La période de transition de deux ans prévue pour le passage d'une police collective à une police individuelle implique, sur un plan macroéconomique, que le secteur va ouvrir la porte toute grande pendant deux ans dans l'espoir de voir presque toute la population belge adhérer à ce type de système afin que l'assurance complémentaire puisse être constituée collectivement.

Un problème se pose en ce qui concerne l'accès non automatique des malades chroniques et des personnes handicapées car ceux-ci n'ont pas adhéré au système auparavant, par exemple lorsqu'ils ont commencé à travailler et qu'ils étaient encore en bonne santé mais ne jugeaient généralement pas utile de faire cette démarche. Il conclut en indiquant que nous devons éviter de devenir un peuple de simples bénéficiaires.

*Le professeur Claassens ne peut laisser passer cette dernière remarque des assureurs. Les malades chroniques et les handicapés ne sont en aucun cas «un peu-*

ander contract door exogene factoren; eigenlijk is het contract reeds unilateraal gewijzigd.

De wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, waarbij oprichting en bevoegdheid van de CBFA worden geregeld, richt wel degelijk ook een departement consumentenbescherming op, dat trouwens recent een aantal gedragscodes heeft ontwikkeld, o.a. voor de verzekeringssector, en dat onder meer de opvolging van onderhavig wetsontwerp als objectief heeft. Daarnaast is het prudentiële deel van CBFA best geplaatst om een objectieve index te ontwikkelen voor de bepaling van premie: zo is de CBFA ook perfect in staat om eventuele verschuivingen in de verplichte ziekteverzekering op de te volgen.

Verzekeren, aldus de heer D'hondt, is een vorm van mutualiseren, met allen die bijdragen. Wanneer hij de mutualiteiten hoort pleiten voor een verplichte verzekering en een vlakke premie, dan heeft hij daartegen geen bezwaar, maar dan gaat het wel over een ander wetsontwerp.

Bij collectieve contracten gaat het meestal over een werkgever en worden de prijs en de dekking vaak bepaald door de bereidheid van de werkgever om een deel van de premie op zich te nemen; uiteraard kom hieraan een einde wanneer de betrokken werknemer het bedrijf verlaat. Anderzijds rijden de kinderen mee «in de rugzak van de ouders», aan een forfaitprijs of aan enkele euros per maand. Het is dan ook normaal dat er een evaluatie van het risico gebeurt bij overstap.

De overgangperiode van 2 jaar bij de overstap van een collectieve naar een individuele polis houdt in dat, macro-economisch gezien, de sector de deur wagenwijd open zet gedurende 2 jaar in de hoop dat zo snel mogelijk quasi de hele Belgische bevolking in een dergelijk systeem zal stappen, zodat de aanvullende verzekering kan worden opgebouwd door iedereen samen.

Inzake de niet-automatische toegang van chronisch zieken en gehandicapten, stelt zich een probleem omdat de betrokkenen nooit voordien in het systeem zijn ingestapt, bijv. toen ze begonnen te werken en toen ze nog gezond waren, maar toen vonden ze dat vaak niet nodig. Hij besluit dat we moeten vermijden om een volk van loutere ontvangers te worden.

*Professor Claassens kan deze laatste opmerking van de verzekeraars onmogelijk laten voorbijgaan. Chronische zieken en gehandicapten zijn beslist geen «volk-*

ple de simples bénéficiaires»: dans de nombreux cas, ils sont frappés par le destin dès la naissance. Tout le monde sait par ailleurs qu'il est tout bonnement impossible, surtout par les jeunes, de souscrire d'emblée toutes les polices d'assurance dont on aura un jour besoin.

*L'intervenant* indique que les mots «coquille vide » renvoient à une pratique qui veut que d'autres assurés doivent choisir entre une augmentation de prime ou une police d'assurance « allégée » offrant une couverture moins large (excluant par exemple les suppléments en chambre individuelle en cas d'hospitalisation). L'orateur souligne par ailleurs qu'il sait d'expérience qu'il vaut mieux régler de telles questions de manière multidisciplinaire, et donc pas en se bornant à une seule approche (juridique, économique, etc.)

Il souligne, à l'intention de Mme Baeke, la distinction à faire entre l'obligation de l'assureur de poser certaines questions et l'obligation faite à l'assuré de communiquer certaines informations. Il déplore que la situation manque cruellement de précision pour l'assuré lors de la conclusion de la police.

Comme pour la législation sur le statut des pensions complémentaires, il est souhaitable de régler tous les droits et toutes les obligations de l'ensemble des intéressés dans les dispositions en projet. Il convient dès lors que la commission s'informe au mieux afin d'éviter que l'on puisse soutenir a posteriori qu'elle a agi sans s'être informée.

*M. Dubuisson* répond que la question des répercussions de la fraude est à la fois pertinente et complexe. La loi de 1992 sur le contrat d'assurance terrestre ne concerne pas les assurances collectives. La question qui se pose concerne la portée de la sanction: Une fraude commise par un seul assuré entraîne-t-elle une sanction pour ce seul assuré ou a-t-elle des répercussions pour toute l'assurance collective? L'orateur estime que, dans ce cas, les co-assurés conservent leurs droits.

*Mme Fierens (LUSS)* plaide pour que l'on soit plus attentif à la situation des moins nantis lorsqu'on parle d'assurances abordables. Par exemple, il ne faut pas oublier qu'une partie de la population est au chômage de père en fils et que celle-ci ne bénéficie d'aucun des avantages du circuit du travail. De plus, le réflexe de l'assurance est souvent familial.

Elle demande également que l'on soit attentif à la situation souvent affligeante de ceux qui paient leurs primes annuelles d'assurance privée en supposant qu'ils sont couverts et qui ne cotisent donc pas à d'autres

van loutere ontvangers»: meer dan eens zijn ze overigens door het lot getroffen van bij de geboorte. Overigens weet iedereen dat het voor heel wat (jonge) mensen gewoon niet mogelijk is om van meet af aan alle verzekeringen te sluiten die achteraf nodig zullen blijken.

*De spreker* legt uit dat «lege doos» verwees naar een bepaalde procedure waarbij reeds andere verzekerden een premieverhoging kregen voorgeschoteld en indien zij die weigerden, een «afgeslankte» verzekeringspolis aangeboden kregen, die een mindere dekking bood (bijv. geen supplementen voor een éénpersoonskamer bij ziekenhuisopname). Daarnaast benadrukt spreker dat zijn ervaring hem heeft geleerd dat alles best wordt geregeld via een multidisciplinaire aanpak en dus niet vanuit één enkele discipline, zoals bijv. het recht of de economie.

Ter attentie van mevrouw Baeke wijst hij op het noodzakelijk onderscheid tussen de vraagplicht van de verzekeraar en de mededelingsplicht van de verzekerde; hij betreurt dat de situatie bij het afsluiten van een polis zeer onduidelijk is voor de verzekerde.

Naar analogie met de wetgeving die tot stand is gekomen m.b.t. het statuut van de aanvullende pensioenen, is het wenselijk om alle rechten en plichten van alle betrokkenen te regelen in de onderhavige wetgeving. De commissie dient zich dan ook maximaal te informeren zodat men achteraf niet kan zeggen dat ze zonder kennis van zaken heeft gehandeld.

*De heer Dubuisson* antwoordt dat de vraag naar het impact van bedrog of fraude niet alleen pertinent is maar ook moeilijk. De wet van 1992 op de landverzekeringsovereenkomst heeft geen betrekking op de collectieve verzekeringen. De vraag is of de fraude door één verzekerde alleen leidt tot een sanctie voor die ene betrokkene dan wel de gehele collectieve verzekering aantast: persoonlijk is spreker van mening dat in een dergelijk geval de medeverzekerden hun rechten behouden.

*Mevrouw Fierens (LUSS)* pleit voor meer aandacht voor de financieel minder bedeeden wanneer men het heeft over betaalbare verzekeringen. Men vergete bijv. niet dat er een deel van de bevolking is die soms reeds van vader op zoon werkloos zijn en zo alle voordelen van het arbeidscircuit mislopen. Bovendien is het vaak een familiale reflex om je al dan niet te verzekeren.

In dit verband vraagt zij ook aandacht voor de vaak schrijnende situatie van diegenen die al jaren hun premie voor een privéverzekering betalen in de veronderstelling dat ze gedekt zijn en die dus niet bijdragen aan

assurances pour découvrir ensuite qu'ils ne sont pas couverts par leur assurance privée et qu'ils ne peuvent plus s'adresser à personne.

*M. Coteur (Test-Achats)* fournira une série de réponses écrites à Mme Baeke. En ce qui concerne les questionnaires utilisés par les assureurs, l'orateur renvoie à la proposition de loi n° 2542/1 de Mme Milquet et consorts:

«La demande légitime par l'assureur d'informations nécessaires à l'acceptation du risque doit être conciliée avec la confidentialité qui couvre les informations médicales et le respect du droit à la vie privée et familiale du candidat à l'assurance (article 22 de la Constitution et article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales)».

D'un point de vue juridique, ce raisonnement est parfaitement correct et il recueille l'adhésion de M. Coteur. Ce dernier estime du reste que l'article 8 précité de la CEDH sera de plus en plus invoqué devant les tribunaux.

À cet égard, l'intervenant renvoie également à l'article 30 de la loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur:

«Art. 30. Au plus tard au moment de la conclusion de la vente, le vendeur doit apporter de bonne foi au consommateur les informations correctes et utiles relatives aux caractéristiques du produit ou du service et aux conditions de vente, compte tenu du besoin d'information exprimé par le consommateur et compte tenu de l'usage déclaré par le consommateur ou raisonnablement prévisible.»

Cette obligation d'information s'applique à tous les vendeurs professionnels, y compris les assureurs, tant au moment de la conclusion d'une police que lors du passage d'une assurance collective à une assurance individuelle.

L'orateur souligne ensuite que la notion de «symptômes» utilisée dans le projet de loi est très confuse: il lui préfère le terme beaucoup plus précis de «diagnostic», utilisé dans la proposition de loi de Mme Creyf. L'orateur propose de consulter à ce sujet l'Ordre des médecins.

En ce qui concerne les affections préexistantes, ETHIAS n'exclut actuellement pas les maladies préexis-

andere verzekeringen, om dan op een bepaald moment te ontdekken dat ze niet gedekt zijn door de privé-verzekering en dan nergens meer terecht kunnen.

*De heer Coteur (Testaankoop)* zal een aantal schriftelijke antwoorden verzenden aan mevrouw Baeke. Wat de door de verzekeraars gehanteerde vragenlijsten aangaat verwijst spreker naar het wetsvoorstel nr. 2542/1 van mevrouw Milquet c.s.:

«De rechtmatige vraag van de verzekeraar naar inlichtingen die nodig zijn voor de aanvaarding van het risico moet worden verzoend met de vertrouwelijkheid die geldt voor de medische informatie en met de eerbiediging van het recht op het privé- en gezinsleven van de kandidaat-verzekerde (artikel 22 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden)»

Deze redenering is juridisch volledig correct en wordt onderschreven door de heer Coteur. Hij is trouwens van mening dat voornoemd artikel 8 van het EVRM meer en meer voor de rechtbanken zal worden ingeroepen.

In dit verband verwijst spreker ook naar artikel 30 van de wet van 14 juli 1991 betreffende de handelspraktijken en de voorlichtingenbescherming van de consument:

«Art. 30. Ten laatste op het ogenblik van het sluiten van de verkoop moet de verkoper te goeder trouw aan de consument de behoorlijke en nuttige voorlichting geven betreffende de kenmerken van het product of de dienst en betreffende de verkoopsvoorwaarden, rekening houdend met de door de consument uitgedrukte behoefte aan voorlichting en rekening houdend met het door de consument meegedeelde of redelijkerwijze voorzienbare gebruik.»

Deze informatieverplichting geldt voor alle professionele verkopers, ook voor de verzekeraars, zowel bij het afsluiten van een polis als bij de overgang van een collectieve naar een individuele verzekering.

Vervolgens benadrukt spreker dat het in het wetsontwerp gebruikte concept «symptomen» zeer onduidelijk is: hij verkiest de veel duidelijker term «diagnose» uit het wetsvoorstel van mevrouw Creyf. Spreker stelt voor om hieromtrent de Orde van Geneesheren te raadplegen.

Wat voorafbestaande aandoeningen aangaat, sluit ETHIAS momenteel voorafbestaande ziekten niet uit



tantes dans la mesure où l'assuré est obligé de déclarer toutes les maladies connues: si un problème se pose après 6 mois, par exemple, l'assureur examinera le questionnaire.

M. Coteur renvoie en outre à un instrument légal déjà existant et susceptible de résoudre un certain nombre des problèmes cités, à savoir la loi antidiscrimination (loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination et modifiant la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, *Moniteur belge* du 17 mars 2003). En tout état de cause, la charge de la preuve est supportée par l'assureur qui refuse d'assurer

Enfin, en ce qui concerne la CBFA et les observations du représentant d'Assuralia, selon M. Coteur, la CBFA n'est pas compétente, dans sa fonction de contrôle, en ce qui concerne la modification des conditions contractuelles et la fixation de la prime.

M. Melchior Wathelet (cdH) fait remarquer que sa proposition de loi n° 2542/1 vise notamment à créer une commission paritaire chargée d'encadrer la gestion des données personnelles et à établir un code de bonne conduite pour la collecte d'un certain nombre de données de santé. De cette manière, tous les intéressés seront parfaitement au courant des règles du jeu.

M. Claessens souligne qu'il convient d'examiner au préalable quelle est la protection dont bénéficie actuellement la communication de données personnelles (de santé) en Belgique: il n'existe pas vraiment, en tout état de cause, de culture de la protection dans notre pays (alors qu'aux Pays-Bas, par exemple, un «Raad van Toezicht» a été créé en la matière).

Le professeur Dubuisson fait observer qu'il s'agit d'un aspect important du problème: une bonne connaissance médicale de l'affection est importante, car il est capital de connaître le risque. De cette manière, on peut tenir compte de l'évolution des connaissances médicales en la matière et parvenir à une meilleure assurabilité du risque.

M. Coteur indique que la «Convention Belorgey» française – dont s'inspire la proposition de loi n° 2542 – a changé de nom entre-temps: on parle aujourd'hui de «Convention AREAS». Le président de la République française a en outre annoncé qu'il prendrait une initiative législative dans ce domaine avant la fin de son mandat.

omdat voor de verzekerde de verplichting bestaat om alle gekende ziekten mee te delen: indien zich bijv. na 6 maand een probleem voordoet, zal de verzekeraar de vragenlijst nakijken .

Daarnaast verwijst de heer Coteur naar een reeds bestaand wettelijk instrument dat een aantal van de hier aangehaalde problemen kan oplossen, nl. de zogenaamde antidiscriminatiewet (wet van 25 februari 2003 ter bestrijding van discriminatie en tot wijziging van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, *Belgisch Staatsblad* van 17 maart 2003). In elk geval ligt de bewijslast bij de verzekeraar indien hij weigert om te verzekeren.

Tenslotte, wat het CBFA betreft en de opmerkingen van de vertegenwoordiger van Assuralia is de CBFA, volgens de heer Coteur, in zijn toezichtfunctie niet bevoegd m.b.t. het wijzigen van de contractuele voorwaarden noch voor het bepalen van de premie.

De heer Melchior Wathelet (cdH) merkt op dat zijn wetsvoorstel nr. 2542/1 onder meer een paritaire commissie opricht voor het omkaderen van het beheer van de persoonsgegevens en de gedragscode vooropstelt voor het verzamelen van een aantal gezondheidsgegevens. Zo weten alle betrokkenen duidelijk welke de spelregels zijn.

De heer Claessens merkt op dat vooraf dient nagegaan welke bescherming nu reeds in ons land bestaat m.b.t. het doorgeven van persoonlijke (gezondheids)gegevens: in elk geval heeft ons land terzake niet echt een beschermingscultuur (in Nederland bestaat hiervoor bijv. een Raad van Toezicht).

Professor Dubuisson merkt op dat het om een belangrijk aspect van de hele problematiek gaat: goede medisch kennis van de aandoening is belangrijk, omdat kennis van het risico zeer belangrijk is: zodoende kan o.m. de evolutie van de medische kennis terzake worden verrekend en komt men tot een betere verzekeraarbaarheid van het risico.

De heer Coteur merkt op dat de Franse zogenaamde «Convention Belorgey» – waarop het wetsvoorstel nr. 2542 zich inspireert – ondertussen van naam is veranderd: nu spreekt men van de «Convention AREAS». Bovendien zou de President van de Franse Republiek terzake een wetgevend initiatief nemen vóór het einde van zijn mandaat.