

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

11 december 2008

WETSONTWERP

**tot wijziging, wat de
ziekteverzekeringsovereenkomsten
betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de
landverzekeringsovereenkomst en van de
wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de
private ziekteverzekeringsovereenkomsten
betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de
landverzekeringsovereenkomst**

INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Memorie van toelichting	4
3. Voorontwerp	12
4. Advies van de Raad van State	17
5. Wetsontwerp	21
6. Bijlage	27

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

11 décembre 2008

PROJET DE LOI

**modifiant, en ce qui concerne les contrats
d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992
sur le contrat d'assurance terrestre et la
loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui
concerne les contrats privés d'assurance
maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat
d'assurance terrestre**

SOMMAIRE

1. Résumé	3
2. Exposé des motifs	4
3. Avant-projet	12
4. Avis du Conseil d'État	17
5. Projet de loi	21
6. Annexe	27

De Regering heeft dit wetsontwerp op 11 december 2008 ingediend.

Le Gouvernement a déposé ce projet de loi le 11 décembre 2008.

De «goedkeuring tot drukken» werd op 14 januari 2009 door de Kamer ontvangen.

Le «bon à tirer» a été reçu à la Chambre le 14 janvier 2009.

<i>cdH</i>	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>Ecolo-Groen!</i>	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>
<i>FN</i>	:	<i>Front National</i>
<i>LDD</i>	:	<i>Lijst Dedecker</i>
<i>MR</i>	:	<i>Mouvement Réformateur</i>
<i>N-VA</i>	:	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
<i>Open Vld</i>	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>
<i>PS</i>	:	<i>Parti Socialiste</i>
<i>sp.a+VI.Pro</i>	:	<i>Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven</i>
<i>VB</i>	:	<i>Vlaams Belang</i>

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

<i>DOC 52 0000/000 :</i>	<i>Parlementair document van de 52^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i> <i>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Plenum</i>
<i>COM :</i>	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT :</i>	<i>moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>

Abréviations dans la numérotation des publications :

<i>DOC 52 0000/000 :</i>	<i>Document parlementaire de la 52^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i> <i>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Séance plénière</i>
<i>COM :</i>	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT :</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

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
e-mail : publications@laChambre.be

SAMENVATTING

Dit wetsontwerp beoogt een aantal wijzigingen aan te brengen in hoofdstuk IV, van titel III, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Een eerste wijziging verfijnt het onderscheid aan tussen verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten binnen een beroepsrelatie en verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten buiten het kader van een beroepsrelatie. Dit onderscheid bepaalt de op de overeenkomst toepasselijke regels.

Ten tweede beoogt dit wetsontwerp te komen tot een meer efficiënte taakverdeling in het kader van de procedures die dienen te worden gevolgd voor de aanpassing van de technische grondslagen van de niet beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Een laatste probleem, waarvoor voorliggend ontwerp een oplossing beoogt uit te werken, heeft betrekking op de inwerkingtreding van de bepalingen van het hoofdstuk inzake de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

RÉSUMÉ

Le présent projet de loi vise à apporter un certain nombre de modifications au titre III, chapitre IV, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Une première modification affine la distinction entre la division entre contrats d'assurance conclus dans le cadre d'une relation professionnelle et contrats d'assurance conclus en dehors d'une relation professionnelle. Cette distinction détermine les règles applicables au contrat.

Le deuxième objectif du présent projet de loi est de parvenir à une répartition des tâches plus efficace dans les procédures à suivre pour l'adaptation des bases techniques des contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle.

Le dernier problème que le présent projet de loi cherche à résoudre concerne l'entrée en vigueur des dispositions du chapitre relatif aux contrats d'assurance maladie individuels.

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

ALGEMENE UITEENZETTING

Het ontwerp van wet dat de regering de eer heeft U ter beraadslaging voor te leggen, beoogt een aantal wijzigingen aan te brengen in hoofdstuk IV, van titel III, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (hierna LVO-wet).

Dit hoofdstuk dat in een regeling voorziet voor de ziekteverzekeringsovereenkomsten, werd in de LVO-wet ingevoerd door de wet van 20 juli 2007.

Voorliggend ontwerp beoogt een oplossing te bieden voor een aantal praktische problemen en interpretatievragen waartoe de toepassing van het nieuwe hoofdstuk in de LVO-wet aanleiding heeft gegeven. Deze vragen en problemen zijn van drieërlei aard.

Een eerste probleem houdt verband met het gehanteerde begrippenapparaat. De huidige teksten maken een onderscheid tussen collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten en individuele overeenkomsten. De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten zijn deze die door een of verschillende verzekeringnemers (bijvoorbeeld een werkgever) worden aangegaan ten voordele van *verschillende* personen die op het moment van de aansluiting beroepsmatig met hem verbonden zijn. Het begrip individuele ziekteverzekeringsovereenkomst wordt in de bestaande teksten niet gedefinieerd.

De kwalificatie als individuele of collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst bepaalt de op de overeenkomst toepasselijke regels. Voor individuele overeenkomsten gelden de bepalingen van afdeling II. Deze zijn gebaseerd op het levenslange karakter en de principiële onveranderlijkheid van de technische grondslagen. De collectieve overeenkomsten zijn onderworpen aan de bepalingen van afdeling III, die in een recht voorzien op individuele voortzetting, nadat aan de aansluiting bij een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst een einde komt, bijvoorbeeld ten gevolge van een ontslag.

Deze begripsafbakening blijkt echter niet adequaat ten aanzien van bepaalde types ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Enerzijds bestaan er ziekteverzekeringsovereenkomsten die tot stand komen in het kader van een beroepsrelatie, maar die niet collectief zijn, bijvoorbeeld de individuele toezeggingen inzake medische kosten of invaliditeit. Deze individuele toezeggingen vallen niet

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Le projet de loi que le gouvernement a l'honneur de soumettre à vos délibérations vise à apporter un certain nombre de modifications au titre III, chapitre IV, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après la LCAT).

Ce chapitre, qui définit des règles applicables aux contrats d'assurance maladie, a été inséré dans la LCAT par la loi du 20 juillet 2007.

Le présent projet entend répondre à un certain nombre de problèmes pratiques et de questions d'interprétation suscités par l'application du nouveau chapitre de la LCAT. Ces problèmes et ces questions sont de trois types.

Le premier problème tient aux notions utilisées. Les textes actuels distinguent les contrats d'assurance maladie collectifs et individuels. Le contrat d'assurance maladie collectif est un contrat d'assurance maladie souscrit par un ou plusieurs preneurs d'assurance (par exemple un employeur) au bénéfice de *plusieurs* personnes qui lui sont liées professionnellement au moment de l'affiliation. Le contrat d'assurance maladie individuel n'est pas défini par les textes existants.

La qualification en tant que contrat d'assurance maladie individuel ou collectif détermine les règles applicables au contrat. Les contrats individuels sont soumis aux dispositions de la section II, qui sont fondées sur le caractère perpétuel et l'inaltérabilité de principe des bases techniques. Les contrats collectifs sont quant à eux soumis aux dispositions de la section III, qui prévoient le droit à la poursuite individuelle après que l'affiliation à un contrat d'assurance maladie collectif ait pris fin, par exemple suite à un licenciement.

Ces définitions se sont avérées inadéquates pour certains types de contrats d'assurance maladie.

D'une part, certains contrats d'assurance maladie conclus dans le cadre d'une relation professionnelle – par exemple les engagements individuels en matière d'invalidité ou de remboursement de frais médicaux – ne sont pas collectifs. La notion de contrat d'assurance

onder het begrip collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst, hoewel er ook bij deze types overeenkomsten een nood bestaat aan de mogelijkheid om het contract individueel voort te zetten, wanneer aan de aansluiting een einde zou komen.

Omgekeerd kunnen er ook collectieve overeenkomsten bestaan die tot stand komen buiten het kader van een beroepsrelatie. Men kan hierbij denken aan verzekeringsovereenkomsten die door een kredietinstelling worden gesloten ten behoeve van haar klanten, en waarbij niet de klant, maar de kredietinstelling de hoedanigheid van verzekeringnemer heeft. Binnen de huidige formulering van de wet bestaat er onduidelijkheid over de kwalificatie van dergelijke contracten. Het lijkt logisch om dergelijke overeenkomsten te onderwerpen aan de regels voor individuele overeenkomsten. De nood aan een recht op individuele voortzetting, die eigen is aan beroepsgebonden verzekeringen, ontbreekt immers bij dergelijke contracten.

Om aan deze problemen te verhelpen wordt voorgesteld om als *summa divisio* binnen titel III, hoofdstuk IV van de LVO-wet niet langer het onderscheid individueel/collectief voorop te stellen, maar wel het onderscheid tussen verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten binnen een beroepsrelatie en verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten buiten het kader van een beroepsrelatie, en dit ongeacht of de overeenkomst wordt gesloten in het voordeel van één dan wel van meerdere personen.

Als antwoord op de opmerking van de Raad van State dat niet duidelijk is op welke wijze de woorden «beroepsmatig verbonden zijn» precies moet worden begrepen, kan in de eerste plaats verwezen worden naar de memorie van toelichting bij de wet van 20 juli 2007 waar die notie als volgt werd uitgelegd: «De collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst is de verzekering gesloten door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen, die op het moment van de aansluiting bij deze verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. De persoon die beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden is, wordt de hoofdverzekerde genoemd. Men gebruikt de term «verzekeringnemer» en niet werkgever, omdat er in bepaalde gevallen een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst kan worden afgesloten door personen die niet noodzakelijk werkgever zijn en ten voordele van personen die niet als werknemer zijn tewerkgesteld. Men denkt b.v. aan een associatie van advocaten, bedrijfsrevisoren, architecten,... die ten voordele van de zelfstandig te werk gestelde leden een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst afsluit» (Kamer, 2005-2006, DOC 51 2689/001, blz 9).

maladie collectif ne recouvre pas ces engagements individuels. Pourtant, il est également nécessaire de pouvoir poursuivre individuellement de tels contrats si l'affiliation prend fin.

À l'inverse, certains contrats collectifs peuvent être conclus en dehors de toute relation professionnelle. L'on pense notamment aux contrats d'assurance conclus par des établissements de crédit au profit de leurs clients, lorsque l'établissement de crédit – et non le client – a la qualité de preneur d'assurance. La formulation actuelle de la loi ne permet pas d'établir clairement la qualification à donner à de tels contrats. La logique semble requérir de soumettre de tels contrats aux règles applicables aux contrats individuels. En effet, l'on ne retrouve pas, dans ce type de contrat, la nécessité, propre aux assurances liées à l'activité professionnelle, de disposer d'un droit à la poursuite individuelle.

Afin de remédier à ces problèmes, il est proposé d'utiliser, comme *summa divisio* au titre III, chapitre IV, de la LCAT, non plus la division individuel/collectif, mais la division entre contrats d'assurance conclus dans le cadre d'une relation professionnelle et contrats d'assurance conclus en dehors d'une relation professionnelle, et ce que le contrat soit conclu au bénéfice d'une seule ou de plusieurs personnes.

En réponse à la remarque du Conseil d'État selon laquelle on n'aperçoit pas clairement de quelle manière les mots «liées professionnellement» doivent précisément s'interpréter, l'on renvoie à l'exposé des motifs de la loi du 20 juillet 2007, qui apporte les explications suivantes sur la notion de lien professionnel: «Le contrat d'assurance maladie collective est l'assurance conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au bénéfice de plusieurs personnes qui, au moment de leur l'affiliation, sont professionnellement liées au preneur d'assurance. La personne professionnellement liée au preneur d'assurance est appelée l'assuré principal. Nous utilisons le terme «preneur d'assurance» et non employeur parce que dans certains cas, un contrat d'assurance maladie collective peut être conclu par des personnes qui ne sont pas nécessairement employeur et au profit de personnes qui ne sont pas employées en qualité de travailleur. Nous pensons par exemple à une association d'avocats, de réviseurs d'entreprise, d'architectes,... qui conclut un contrat d'assurance maladie pour les membres occupés en qualité d'indépendants» (Chambre, 2005-2006, DOC 51 2689/001, p. 9).

Hieruit blijkt duidelijk dat in eerste instantie de relatie werkgever-werknemer of onderneming-zelfstandige (bv. bedrijfsleider) wordt bedoeld, dus de gevallen waar een rechtstreekse arbeidsrelatie aanwezig is. Dit belet echter niet dat er ook andere situaties kunnen voorkomen waar die arbeidsrelatie minder rechtstreeks is maar die zich nog altijd in het kader van de beroepsactiviteit situeren. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn waar paritaire comités of bevoegde overlegorganen (publieke sector) die dergelijke verzekeringsovereenkomsten zouden sluiten voor het personeel van hun sector.

Eveneens kan geïmagineerd worden de hypothese waarin een beroepsfederatie optreedt voor haar aangesloten leden of de hypothese van een aannemingsovereenkomst. Kortom, komt in aanmerking elke verhouding tussen de verzekeringnemer en de hoofdverzekerde die deze laatste toelaat of vergemakkelijkt om beroepsinkomsten te genereren. De regering denkt dat dit onderscheid voldoende duidelijk is en dat in de zeldzame twijfelgevallen het criterium van de beroepsinkomsten moet toelaten om tot een beslissing te komen. Deze omschrijving sluit bijgevolg de verzekeringen uit die worden afgesloten met zogenaamde «*affinity*-groepen» zoals vrijwilligersorganisaties, beleggersclubs enz. Deze verzekeringen blijven onder Afdeling II van dit hoofdstuk ressorteren. Voor de bestaande «*affinity*-contracten» wordt wel in een bijzondere uitloopregeling voorzien.

Ten tweede beoogt dit wetsontwerp te komen tot een meer efficiënte taakverdeling in het kader van de procedures die dienen te worden gevolgd voor de aanpassing van de technische grondslagen van de niet beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Overeenkomstig artikel 138*bis*-4 kunnen de technische grondslagen, nadat een dergelijke ziekteverzekeringsovereenkomst is gesloten, in principe niet meer worden aangepast, tenzij op de jaarlijkse premievervaldag op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. Een meer verregaande aanpassing is nochtans mogelijk op grond van § 3.

Op grond van § 3 mag tot een meer verregaande aanpassing worden overgegaan in het geval van een duurzame prijschommeling, die wordt vastgesteld op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer een verschil wordt vastgesteld tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

Een laatste probleem, waarvoor voorliggend ontwerp een oplossing beoogt uit te werken, heeft betrekking op de inwerkingtreding van de bepalingen van het hoofdstuk inzake de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Cet extrait fait clairement apparaître que les mots «*liées professionnellement*» visent principalement la relation employeur-employé ou entreprise-indépendant (par exemple: dirigeant d'entreprise), autrement dit les cas de relation de travail directe. Ceci n'empêche pas que les mots précités puissent également viser des cas de relation de travail moins directe s'inscrivant dans le cadre de l'activité professionnelle. Cela pourra être le cas, par exemple, lorsque des commissions paritaires ou des organes de concertation compétents (secteur public) concluent de tels contrats d'assurance maladie au bénéfice du personnel de leur secteur.

Peuvent également être visées les hypothèses d'une fédération professionnelle agissant pour ses membres ou d'un contrat d'entreprise. Bref, toute relation entre le preneur d'assurance et l'assuré principal qui permet à ce dernier de générer des revenus professionnels ou en facilite l'obtention entre en considération. Le gouvernement estime que cette distinction est suffisamment claire et que le critère des revenus professionnels doit permettre de trancher les rares cas litigieux. Cette définition exclut par conséquent les assurances conclues avec des groupes dits d'affinité, comme les associations de volontaires, les clubs d'investisseurs, etc. Ces assurances restent soumises à la section II du présent chapitre. Il est toutefois prévu un régime transitoire particulier pour les contrats d'affinité existants.

Le second objectif du présent projet de loi est de parvenir à une répartition des tâches plus efficace dans les procédures à suivre pour l'adaptation des bases techniques des contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle.

Conformément à l'article 138*bis*-4, les bases techniques ne peuvent en principe plus être modifiées après la conclusion d'un tel contrat d'assurance maladie, sauf à la date de l'échéance annuelle de la prime et sur la base de l'indice des prix à la consommation. Le § 3 de cet article permet néanmoins des modifications plus substantielles.

Le § 3 permet ainsi une adaptation plus profonde des bases techniques lorsque l'on constate, d'une part, une variation durable des coûts sur la base de paramètres représentatifs et objectifs et, d'autre part, une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

Le dernier problème que le présent projet de loi cherche à résoudre concerne l'entrée en vigueur des dispositions du chapitre relatif aux contrats d'assurance maladie individuels.

Er is in dat verband twijfel gerezen over de toepassing van het nieuwe wettelijke kader, ten aanzien van sommige individuele overeenkomsten, die waren gesloten vóór de inwerkingtreding van de wet van 20 juli 2007, d.w.z. vóór 1 juli 2007.

De bestaande overeenkomsten die op 1 juli 2007 nog niet in overeenstemming waren met de voorschriften van artikel 138*bis*-3 van de LVO-wet (het levenslange karakter), werden uitdrukkelijk geïndiceerd door de overgangsbepaling in artikel 3, 1^e lid van de wet van 20 juli 2007. Dit was echter niet het geval voor overeenkomsten die op dat moment niet voorzagen in de mogelijkheid van opzegging door de verzekeraar en dus in zekere zin reeds levenslang waren. Wat deze overeenkomsten betreft, maakt de bestaande wet onvoldoende duidelijk in welke mate zij daardoor worden geïndiceerd

Via een wijziging van de artikelen 3 en 4 van de wet van 20 juli 2007 wordt beoogd de situatie te verduidelijken.

ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 2

Artikel 2 wijzigt artikel 138*bis*-1 van de LVO-wet op twee vlakken.

Vooreerst wordt in § 2 de definitie van collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geschrapt en vervangen door een definitie van het begrip beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Dit werd toegelicht in algemene uiteenzetting.

Een tweede wijziging die daarmee verband houdt, betreft de invoering van een definitie van de begrippen hoofdverzekerde en bijverzekerde. In de bestaande tekst werden deze begrippen enkel gebruikt voor wat de collectieve verzekeringen betreft. In het licht van de besproken terminologische wijzigingen lijkt het meer coherent om deze begrippen op een algemene wijze te definiëren zodat zij zowel voor de beroepsgebonden als voor de niet beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten van toepassing zijn.

Artikel 3

Dit artikel wijzigt het opschrift van afdeling II. De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de niet beroepsgebonden verzekeringsovereenkomsten, ongeacht of het gaat om individuele dan wel om collectieve overeenkomsten.

Des doutes persistent en effet quant à l'application du nouveau cadre légal à certains contrats individuels conclus avant l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2007, c'est-à-dire avant le 1^{er} juillet 2007.

Les contrats existants qui, au 1^{er} juillet 2007, n'étaient pas encore conformes au prescrit de l'article 138*bis*-3 de la LCAT (caractère perpétuel) étaient explicitement visés par la disposition transitoire formulée à l'article 3, alinéa 1^{er}, de la loi du 20 juillet 2007. Ne l'étaient pas, par contre, les contrats qui, à ce moment, ne prévoyaient pas la possibilité de résiliation par l'assureur et qui donc, dans un certain sens, étaient déjà perpétuels. La loi actuelle n'établit pas clairement dans quelle mesure ces contrats sont visés par la disposition transitoire.

Le présent projet entend clarifier la situation en modifiant les articles 3 et 4 de la loi du 20 juillet 2007.

DISCUSSION ARTICLE PAR ARTICLE

Article 2

L'article 2 modifie l'article 138*bis*-1 de la LCAT à deux égards.

Premièrement, la définition de contrat d'assurance maladie collectif figurant au § 2 actuel est supprimée et remplacée par une définition de la notion de contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. Ce remplacement est commenté dans l'exposé général.

La seconde modification, liée à la première, est l'introduction d'une définition des notions d'assuré principal et d'assuré secondaire. La loi existante ne faisait allusion à ces notions que dans le contexte des assurances collectives. À la lumière des modifications terminologiques susdites, il apparaît plus cohérent de définir ces notions de manière générale, en sorte qu'elles s'appliquent aux contrats d'assurance maladie tant liés à l'activité professionnelle que non liés à l'activité professionnelle.

Article 3

Cet article modifie l'intitulé de la section II. Les dispositions de cette section sont applicables aux contrats d'assurance non liés à l'activité professionnelle, qu'ils soient individuels ou collectifs.

Artikelen 4-5

De wijzigingen die door deze artikelen worden doorgevoerd zijn van terminologische aard en vloeien voort uit de nieuwe definities in artikel 138*bis*-1 van de LVO-wet.

Op de vraag van de Raad van State of het wel de bedoeling is om in artikel 138*bis*-2, tweede lid, de «verzekeringnemer» te vermelden, kan bevestigend geantwoord worden.

Artikel 6

Dit artikel brengt verschillende wijzigingen aan in artikel 138*bis*-4 van de LVO-wet.

In § 1, eerste lid, van artikel 138*bis*-4 wordt vooreerst de term verzekeringsnemer vervangen door de term hoofdverzekerde.

In § 2 wordt de indexering van de overeenkomst aan de evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen voorzien.

Paragraaf 3 laat een verdergaande indexering toe. In tegenstelling tot de huidige tekst voorziet het voorstel in een nauwkeurige taakomschrijving van de instellingen die zullen betrokken worden bij de methodologie en de effectieve berekening van het of de indexcijfers die specifiek de evolutie moeten meten van de verzekerde kosten. In tegenstelling tot de bestaande wet werd uitgebreid overleg gepleegd met de geciteerde instellingen teneinde tot een daadwerkelijke methodologie en berekening te komen van het of de nieuwe indexcijfers. Deze bepaling werd aangepast aan de opmerking van de Raad van State teneinde het beginsel van de eenheid van de verordenende macht veilig te stellen.

Paragraaf 4 bevestigt de controlerol die de CBFA ten aanzien van de verzekeraars uitoefent en waaraan het indexmechanisme waarvan sprake geen afbreuk kan doen.

Paragraaf 5 van dit artikel herneemt tenslotte, onder gestructureerde vorm, de bestaande wet.

Artikel 7

Dit artikel voert een aantal wijzigingen door in artikel 138*bis*-6 dat in een bijzondere tijdelijke regeling voorziet voor chronisch zieken en personen met een handicap.

Articles 4-5

Les modifications apportées par ces articles sont de nature terminologique et découlent des nouvelles définitions introduites à l'article 138*bis*-1 de la LCAT.

L'on répond par l'affirmative à la question du Conseil d'État de savoir si l'intention était bien de mentionner le «preneur d'assurance» à l'article 138*bis*-2, alinéa 2.

Article 6

Cet article apporte plusieurs modifications à l'article 138*bis*-4 de la LCAT.

Tout d'abord, le terme «preneur d'assurance» est remplacé par le terme «assuré principal» au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 138*bis*-4.

Le paragraphe 2 prévoit l'indexation du contrat à l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Le paragraphe 3 autorise une indexation plus substantielle. Contrairement au texte actuel, la proposition définit précisément les tâches des institutions qui sont parties prenantes à la méthodologie et au calcul effectif du ou des indices qui doivent mesurer spécifiquement l'évolution des coûts assurés. Contrairement à ce qui fut le cas lors de l'élaboration du texte légal actuel, une large concertation a été organisée avec les institutions citées afin de définir une méthodologie et un calcul effectifs du ou des nouveaux indices. La présente disposition a été adaptée à la remarque du Conseil d'État afin de préserver l'unicité du pouvoir réglementaire.

Le paragraphe 4 confirme la mission de contrôle qu'exerce la CBFA vis-à-vis des assureurs et auquel le mécanisme d'indexation dont il est question ne déroge pas.

Enfin, le paragraphe 5 reprend les dispositions existantes sous une forme plus structurée.

Article 7

Cet article apporte un certain nombre de modifications à l'article 138*bis*-6, qui prévoit un régime temporaire particulier pour les malades chroniques et les personnes handicapées.

Het derde lid van artikel 138*bis*-6 voorziet in de voorlegging van geschillen omtrent deze regeling, aan een door de Koning op te richten bemiddelingsorgaan. Doordat de Koning laattijdig gebruik heeft gemaakt van zijn bevoegdheid om dit bemiddelingsorgaan op te richten is twijfel gerezen over de inwerkingtreding van dit artikel.

Teneinde duidelijkheid te creëren wordt voorgesteld om thans uitdrukkelijk de datum van 1 juli 2007 als startpunt in artikel 138*bis*-6 op te nemen. Om rekening te houden met de tijd die sedertdien is verstreken wordt de oorspronkelijke termijn van 2 jaar verlengd tot drie jaar, dit is tot en met 30 juni 2010. Daardoor kan ook de evaluatie waarin het laatste lid voorziet met één jaar worden verdaagd.

Artikel 8

De wijzigingen die door dit artikel worden doorgevoerd zijn van terminologische aard.

Artikel 9

Dit artikel wijzigt het opschrift van afdeling III. De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de beroepsgebonden verzekeringsovereenkomsten, ongeacht of het gaat om individuele dan wel collectieve overeenkomsten.

Artikel 10

De wijzigingen die door dit artikel worden doorgevoerd strekken ertoe om de in artikels van afdeling III de gebruikte terminologie in overeenstemming te brengen met het gewijzigde artikel 138*bis*-1 van de LVO-wet.

Artikel 11

De wijzigingen die worden doorgevoerd door dit artikel strekken ertoe om de inwerkingtreding van het wettelijke kader met betrekking tot de ziekteverzekeringsovereenkomsten, in het bijzonder op de reeds bestaande contracten, te verduidelijken.

In § 1 wordt thans uitdrukkelijk gestipuleerd dat de bepalingen inzake de ziekteverzekeringsovereenkomsten van kracht worden op 1 juli 2007 en dit zowel op de na die datum gesloten overeenkomsten als op de overeenkomsten die voor die datum werden gesloten.

Paragraaf 2 heeft betrekking op de niet beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten.

L'alinéa 3 de l'article 138*bis*-6 prévoit de soumettre les litiges portant sur ce régime à un organe de conciliation à constituer par le Roi. Le fait que le Roi ait fait tardivement usage de son pouvoir de constituer cet organe de conciliation a semé le doute sur l'entrée en vigueur de cet article.

Dans un souci de clarté, il est dès lors proposé de fixer explicitement, à l'article 138*bis*-6, la date d'entrée en vigueur de ce régime au 1^{er} juillet 2007. Afin de tenir compte du délai écoulé depuis, le délai initial de deux ans est porté à trois ans et est donc prolongé jusqu'au 30 juin 2010 inclus. L'évaluation prévue au dernier alinéa peut donc également être reportée d'un an.

Article 8

Les modifications apportées par cet article sont de nature terminologique.

Article 9

Cet article modifie l'intitulé de la section III. Les dispositions de cette section sont applicables aux contrats d'assurance liés à l'activité professionnelle, qu'ils soient individuels ou collectifs.

Article 10

Les modifications apportées par cet article visent à mettre la terminologie utilisée aux articles de la section III en conformité avec l'article 138*bis*-1 modifié de la LCAT.

Article 11

Les modifications apportées par cet article visent à préciser les modalités d'entrée en vigueur du cadre légal relatif aux contrats d'assurance maladie, en particulier en ce qui concerne les contrats déjà existants.

Le § 1^{er} stipule explicitement que les dispositions relatives aux contrats d'assurance maladie prennent effet le 1^{er} juillet 2007 et s'appliquent aux contrats d'assurance conclus tant après cette date qu'avant celle-ci.

Le § 2 porte sur les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle.

De eerste alinea voorziet in een overgangstermijn van twee jaar voor wat de toepassing van artikel 138*bis*-4 van de LVO-wet betreft. Dit betekent dat de voorwaarden en procedures met het oog op de aanpassing van de technische grondslagen op de bestaande overeenkomsten van kracht zullen worden op 1 juli 2009. Deze bepaling beoogt rechtszekerheid te creëren, door te vermijden dat eventuele wijzigingen aan de technische grondslagen welke zouden zijn doorgevoerd tussen 1 juli 2007 en de goedkeuring van dit ontwerp retroactief onderworpen zouden worden aan de regels en procedures waarin artikel 138*bis*-4 van de LVO-wet voorziet.

Het tweede lid van § 2 herneemt grotendeels het bestaande eerste lid van artikel 3 en bevat een specifieke overgangsbepaling voor de niet beroepsgebonden overeenkomsten die op 1 juli 2007 nog niet beantwoordden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de LVO-wet. Op grond van die bepaling dient aan de hoofdverzekerde van een dergelijke overeenkomst, binnen de twee jaar, d.w.z. uiterlijk op 30 juni 2009, een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst, die in overeenstemming is met de bepalingen van de LVO-wet, te worden aangeboden.

De Raad van State merkt op dat de ontworpen regeling een verschillende behandeling instelt ten aanzien van sommige overeenkomsten andere dan beroepsgebonden, die met het voorliggende ontwerp voor het eerst aan de toepassing van de artikelen 138*bis*-1 en volgende onderworpen worden. Hierop kan het volgende geantwoord worden. Al onder de toepassing van de wet van 20 juli 2007 veronderstelde de omschrijving van de collectieve ziekteverzekering een beroepsmatige band tussen de verzekeringsnemer en de aangeslotene. De ongelukkige keuze van de opschriften van afdeling II en III heeft ervoor gezorgd dat er naderhand verwarring is ontstaan en men gemeend heeft dat collectieve, niet-beroepsgebonden overeenkomsten eveneens onder afdeling III zouden vallen. De huidige wetswijziging schept duidelijkheid maar herschikt niet ten gronde het toepassingsgebied van de wet. Aldus moet ook geen verantwoording worden gemaakt zoals door de Raad van State wordt gesuggereerd.

Om rekening te houden met een bestaande situatie voegt het derde lid een specifieke overgangsregeling in voor de zogenaamde «*affinity*-contracten». Dit zijn niet-beroepsgebonden collectieve contracten. Er wordt bepaald dat na verloop van de overgangstermijn van twee jaar de bestaande contracten onder afdeling III zullen vallen. Om te vermijden dat die contracten eeuwig blijven doorlopen, wordt gepreciseerd dat geen nieuwe hoofdverzekerden mogen worden aangesloten. Er kan nog worden aan herinnerd dat de nieuwe niet-beroepsgebonden collectieve contracten onder afdeling II vallen.

L'alinéa 1^{er} prévoit un délai transitoire de deux ans pour ce qui concerne l'application de l'article 138*bis*-4 de la LCAT. Ceci signifie que les conditions et procédures d'adaptation des bases techniques s'appliqueront aux contrats existants à partir du 1^{er} juillet 2009. L'objectif de cette disposition est de garantir la sécurité juridique, en évitant que les modifications qui auraient été apportées aux bases techniques entre le 1^{er} juillet 2007 et l'approbation du présent projet ne soient soumises rétroactivement aux règles et procédures prévues par l'article 138*bis*-4 de la LCAT.

Le § 2, alinéa 2, reprend en grande partie l'article 3, alinéa 1^{er}, existant et prévoit une disposition transitoire spécifique pour les contrats non liés à l'activité professionnelle qui, au 1^{er} juillet 2007, ne satisfaisaient pas encore aux exigences de l'article 138*bis*-3 de la LCAT. Cet article impose de proposer dans les deux ans, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin 2009, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme aux dispositions de la LCAT à l'assuré principal de ces contrats.

Le Conseil d'État fait remarquer que le texte en projet instaure un régime différent pour certains contrats autres que ceux liés à l'activité professionnelle qui seront soumis pour la première fois aux articles 138*bis*-1 et suivants. L'on peut répondre à cette remarque comme suit. La définition des contrats d'assurance maladie collectifs supposait déjà un lien professionnel entre le preneur d'assurance et l'affilié sous le régime de la loi du 20 juillet 2007. Le choix malheureux des intitulés des sections II et III a suscité par la suite une certaine confusion, donnant à penser que les contrats collectifs non liés à l'activité professionnelle relevaient également de la section III. La présente modification de loi clarifie mais ne modifie en rien le champ d'application de la loi. Ainsi, aucune justification n'est requise, au contraire de ce que suggère le Conseil d'État.

Pour tenir compte d'une situation existante particulière, l'alinéa 3 prévoit un régime transitoire spécifique pour les contrats dits d'affinité. Il s'agit de contrats collectifs non liés à l'activité professionnelle. Il est prévu que la section III devienne applicable aux contrats existants au terme du délai de transition de deux ans. Afin d'éviter que ces contrats perdurent indéfiniment, il est précisé qu'il ne peut plus y être affilié de nouveaux assurés principaux. L'on peut encore rappeler que les nouveaux contrats collectifs non liés à l'activité professionnelle relèvent de la section II.

Paragraaf 3 herneemt grotendeels het bestaande artikel 3, 2^e lid, en voorziet in een overgangperiode van 2 jaar voor de op 1 juli 2007 bestaande collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Paragraaf 4 voorziet in een termijn voor de formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Artikel 13

Als antwoord op de bezwaren van de Raad van State in verband met de inwerkingtreding van de wet kan worden herhaald dat voorliggend ontwerp de onduidelijkheden uit het verleden in verband met het toepassingsgebied van hoofdstuk IV van de LVO-wet wenst recht te zetten. Het is dan ook logisch dat die rechtzettingen vanaf dezelfde datum als de oorspronkelijke wet uitwerking hebben, met name vanaf 1 januari 2007.

De minister van Financiën,

Didier REYNDERS

De minister van Justitie,

Jo VANDEURZEN

*De minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Laurette ONKELINX

Le § 3 reprend en grande partie l'article 3, alinéa 2, existant et prévoit une période transitoire de deux ans pour les contrats d'assurance maladie collectifs qui existaient au 1^{er} juillet 2007.

Le § 4 fixe un délai pour l'adaptation formelle des contrats d'assurance maladie existants.

Article 13

En réponse aux objections du Conseil d'État sur l'entrée en vigueur de la loi, l'on répète que le présent projet entend remédier aux imprécisions du passé concernant le champ d'application du chapitre IV de la LCAT. Il est donc logique que les corrections apportées prennent effet à la même date que la loi originale, à savoir le 1^{er} janvier 2007.

Le ministre des Finances,

Didier REYNDERS

Le ministre de la Justice,

Jo VANDEURZEN

*La ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique,*

Laurette ONKELINX

VOORONTWERP VAN WET

onderworpen aan het advies van de Raad van State

Voorontwerp van wet tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Artikel 1.

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

Art. 2.

In artikel 138*bis*-1 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 2 wordt vervangen als volgt:

«§ 2. Onder beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan:

de ziekteverzekeringsovereenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van één of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn.»;

2° artikel 138*bis*-1 van dezelfde wet wordt aangevuld met de paragrafen 3 en 4, luidende:

«§ 3. Onder hoofdverzekerde wordt verstaan: degene ten behoeve van wie de ziekteverzekeringsovereenkomst wordt afgesloten.

§ 4. Onder bijverzekerden wordt verstaan: de gezinsleden van de hoofdverzekerde die bij de ziekteverzekeringsovereenkomst worden aangesloten.».

Art. 3.

In het opschrift van afdeling II van hoofdstuk IV van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «individuele» vervangen door de woorden «andere dan beroepsgebonden».

Art. 4.

In artikel 138*bis*-2 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

AVANT-PROJET DE LOI

soumis à l'avis du Conseil d'État

Avant-projet de loi modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

Article 1^{er}.

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

Art. 2.

À l'article 138*bis*-1 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par la loi du 20 juillet 2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit:

«§ 2. L'on entend par contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle:

tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation.»;

2° l'article 138*bis*-1 de la même loi est complété par des paragraphes 3 et 4 rédigés comme suit:

«§ 3. L'on entend par assuré principal: la personne au profit de laquelle le contrat d'assurance maladie est conclu.

§ 4. L'on entend par assurés secondaires: les membres de la famille de l'assuré principal affiliés au contrat d'assurance maladie.».

Art. 3.

Dans l'intitulé du titre III, chapitre IV, section II, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, le mot «individuels» est remplacé par les mots «non liés à l'activité professionnelle».

Art. 4.

À l'article 138*bis*-2 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° in het eerste lid wordt het woord «individuele» vervangen door de woorden «andere dan beroepsgebonden»;

2° in het tweede lid worden de woorden «en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten» vervangen door de woorden «, de hoofdverzekerde en de bijverzekerden».

Art. 5.

In artikel 138*bis*-3, § 2, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «verzekeringnemer» vervangen door het woord «hoofdverzekerde».

Art. 6.

Artikel 138*bis*-4, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt vervangen als volgt:

«§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.»;

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die verzekerd worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze indexcijfers deze van het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna «het Kenniscentrum») bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe:

1. selecteert het een geheel van objectieve en representatieve parameters;
2. bepaalt het de berekeningswijze van deze parameters;
3. bepaalt het het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.

Het Kenniscentrum evalueert en herziet in voorkomend geval de methode op gemeenschappelijke vraag van de ministers die de Sociale Zaken en de verzekeringen in hun bevoegdheid hebben.

1° dans l'alinéa 1^{er}, le mot «individuels» est remplacé par les mots «non liés à l'activité professionnelle»;

2° dans l'alinéa 2, les mots «et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie» sont remplacés par les mots «, à l'assuré principal et aux assurés secondaires».

Art. 5.

Dans l'article 138*bis*-3, § 2, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, les mots «du preneur d'assurance» sont remplacés par les mots «de l'assuré principal».

Art. 6.

L'article 138*bis*-4 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, est remplacé par ce qui suit:

§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après «le Centre d'expertise») détermine la méthode de construction de ces indices. À cet effet, il:

1. sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs;
2. détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;
3. détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Le Centre d'expertise évalue cette méthode et la revoit le cas échéant à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Op basis van de door het Kenniscentrum vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en en publiceert de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het *Belgisch Staatsblad* op basis van de cijfers die gekend zijn op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt neergelegd in een protocol tussen deze twee instellingen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening zijn gehouden om die mee te delen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie op verzoek van deze instellingen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21*octies* van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

§ 5. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden mogen op redelijke en proportionele wijze worden aangepast aan:

1. wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft

en/of

2. wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft

en/of

3. wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

Art. 7.

In artikel 138*bis*-6 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden «Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer» vervangen door de woorden «vanaf 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2010, heeft elke kandidaat-hoofdverzekerde»;

2° het vierde lid wordt vervangen als volgt:

«De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-hoofdverzekerden zal uiterlijk op 1 januari 2010 het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan het Kenniscentrum, de

Sur la base de la méthode fixée par le Centre d'expertise, le SPF Économie calcule et publie annuellement au *Moniteur belge* la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1^{er} septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Économie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Économie à la demande de ceux-ci.

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 21*octies* de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle:

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins

et/ou

2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité

et/ou

3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

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

Art. 7.

À l'article 138*bis*-6 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° dans l'alinéa 1^{er}, les mots «Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cet article» sont remplacés par les mots «À partir du 1^{er} juillet 2007 jusqu'au 30 juin 2010 inclus» et les mots «le candidat preneur d'assurance» sont remplacés par les mots «le candidat assuré principal»;

2° l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit:

«L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats assurés principaux qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard le 1^{er} janvier 2010, d'une évaluation, à laquelle participeront le Centre d'expertise,

Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor 1 juli 2010, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na 30 juni 2010 behouden blijft wanneer de resultaten van de evaluatie aantonen dat er een aangehouden en aanzienlijke vraag bestaat tot het sluiten van de in dit artikel bedoelde ziektekostenverzekering.».

Art. 8.

In artikel 138*bis*-7 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «verzekeringnemer» vervangen door het woord «hoofdverzekerde» en worden de woorden «verzekerd gezinslid» en «verzekerde» vervangen door het woord «bijverzekerde».

Art. 9.

In het opschrift van afdeling III van hoofdstuk IV van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «collectieve» vervangen door het woord «beroepsgebonden».

Art. 10.

In de artikelen 138*bis*-8 tot en met 138*bis*-11 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «collectieve» telkens vervangen door het woord «beroepsgebonden».

Art. 11.

Artikel 3 van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen als volgt:

«§ 1. Deze wet treedt in werking op 1 juli 2007. Zij is zowel van toepassing op nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomsten als op ziekteverzekeringsovereenkomsten die zijn aangegaan vóór haar inwerkingtreding.

§ 2. Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt, voor wat de toepassing van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst betreft, een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007.

Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, biedt de verzekeringsonderneming de hoofdverzekerde, uiterlijk twee jaar vanaf 1 juli 2007, een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De hoofdverzekerde beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod

l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Le Roi détermine avant 1^{er} juillet 2010, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au-delà du 30 juin 2010 lorsque les résultats de l'évaluation démontrent une demande continue et importante de conclure une assurance soins de santé visée dans le présent article.».

Art. 8.

Dans l'article 138*bis*-7 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, les mots «Le preneur d'assurance» sont remplacés par les mots «L'assuré principal» et les mots «membre de la famille assuré» et «assuré» sont remplacés par les mots «assuré secondaire».

Art. 9.

Dans l'intitulé du titre III, chapitre IV, section III, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, le mot «collectif» est remplacé par les mots «lié à l'activité professionnelle».

Art. 10.

Dans les articles 138*bis*-8 à 138*bis*-11 de la même loi, insérés par la loi du 20 juillet 2007, le mot «collectif» est chaque fois remplacé par les mots «lié à l'activité professionnelle» et le mot «collectifs» est chaque fois remplacé par les mots «liés à l'activité professionnelle».

Art. 11.

L'article 3 de la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par ce qui suit:

«§ 1^{er}. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Elle est applicable tant aux nouveaux contrats d'assurance maladie qu'aux contrats d'assurance maladie conclus avant son entrée en vigueur.

§ 2. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 en ce qui concerne l'application de l'article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138*bis*-3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, l'entreprise d'assurances propose à l'assuré principal, au plus tard deux ans à partir du 1^{er} juillet 2007, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. L'assuré principal décide, dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de

om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

De bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die werden gesloten door één of verschillende verzekeringnemers ten behoeve van één of verschillende hoofdverzekerden en/of één of verschillende bijverzekerden, worden, na het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde overgangperiode onderworpen aan de bepalingen van afdeling III van hoofdstuk IV van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringen mogen geen nieuwe hoofdverzekerden worden aangesloten.

§ 3. Voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007 om deze overeenkomsten aan te passen aan titel III, hoofdstuk IV, afdeling III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

§ 4. De formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten dient te zijn beëindigd uiterlijk op 1 juli 2009.

Art. 12.

Artikel 4 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 13.

Deze wet heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

maintenir son contrat d'assurance maladie en cours pour sa durée restante.

Les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'un ou plusieurs assurés principaux et/ou un ou plusieurs assurés secondaires, sont soumis au terme de la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, aux dispositions du chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Des nouveaux assurés principaux ne peuvent plus s'affilier à ces assurances.

§ 3. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 pour adapter ces contrats aux exigences du titre III, chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

§ 4. Les contrats d'assurance maladie existants devront avoir été adaptés formellement au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

Art. 12.

L'article 4 de la même loi est abrogé.

Art. 13.

La présente loi produit ses effets à partir du 1^{er} juillet 2007.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE
NR. 44.632/1
VAN 19 JUNI 2008

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, eerste kamer, op 29 mei 2008 door de minister van Financiën verzocht hem, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een voorontwerp van wet «tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst», heeft het volgende advies gegeven:

STREKKING VAN HET VOORONTWERP VAN WET

Het om advies voorgelegde voorontwerp van wet strekt, enerzijds, tot het wijzigen van de artikelen 138*bis*-1 tot 138*bis*-4 en 138*bis*-6 tot 138*bis*-11 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en, anderzijds, tot het vervangen en opheffen van respectievelijk de artikelen 3 en 4 van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

De ontworpen wijzigingen kunnen beknopt worden weergegeven als volgt:

– bij het onderscheid dat in artikel 138*bis*-1 van de wet van 25 juni 1992 wordt gemaakt tussen de collectieve en de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten werd ermee onvoldoende rekening gehouden dat er nog andere vormen van ziekteverzekeringsovereenkomsten bestaan. Teneinde de daarmee gepaard gaande toepassingsproblemen te verhelpen, wordt met het ontwerp een nieuw onderscheid ingevoerd tussen, eensdeels, de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, waarvan de omschrijving in ruime mate overeenstemt met die van de vroegere collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten en, anderdeels, de andere dan de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten. Daarnaast worden aparte, nieuwe definities gegeven van de begrippen «hoofdverzekerde» en «bijverzekerde»;

– de uit artikel 138*bis*-6 van de wet van 25 juni 1992 voortvloeiende verplichting om een ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden aan chronisch zieken en personen met een handicap, wordt tot 30 juni 2010 verlengd en de daarop betrekking hebbende evaluatieregeling wordt aangepast;

– het toepassingsgebied van de met de wet van 20 juli 2007 ingevoerde regeling inzake ziekteverzekeringsovereenkomsten wordt verduidelijkt zowel wat betreft de op 1 juli 2007¹ bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten als de nieuwe overeenkomsten die sindsdien zijn gesloten.

¹ Dit is de datum van inwerkingtreding van de wet van 20 juli 2007.

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT
N° 44.632/1
DU 19 JUNI 2008

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, première chambre, saisi par le ministre des Finances, le 29 mai 2008, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi «modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre», a donné l'avis suivant:

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET DE LOI

L'avant-projet de loi soumis pour avis entend, d'une part, modifier les articles 138*bis*-1 à 138*bis*-4 et 138*bis*-6 à 138*bis*-11 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et, d'autre part, remplacer et abroger respectivement les articles 3 et 4 de la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Les modifications en projet peuvent être résumées comme suit:

– la distinction faite à l'article 138*bis*-1 de la loi du 25 juin 1992 entre les contrats d'assurance maladie collectifs et les contrats d'assurance maladie individuels ne tient pas suffisamment compte du fait qu'il existe encore d'autres formes de contrats d'assurance maladie. Afin de remédier aux problèmes d'application qui en résultent, le projet instaure une nouvelle distinction entre, d'une part, les contrats d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle, dont la définition correspond largement à celle des anciens contrats d'assurance maladie collectifs et, d'autre part, les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle. En outre, il donne de nouvelles définitions, distinctes, des notions d'«assuré principal» et d'«assuré secondaire»;

– l'obligation de proposer un contrat d'assurance maladie aux malades chroniques et aux personnes handicapées, résultant de l'article 138*bis*-6 de la loi du 25 juin 1992, est prolongée jusqu'au 30 juin 2010 et les règles d'évaluation afférentes sont adaptées;

– le champ d'application du régime des contrats d'assurance maladie instauré par la loi du 20 juillet 2007 est précisé, tant en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie existants au 1^{er} juillet 2007¹ que les nouveaux contrats conclus depuis lors.

¹ À savoir la date d'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2007.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 2

1. In de inleidende zin van artikel 2 van het ontwerp moet worden geschreven: «In artikel 138bis-1 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden...».

Ook de redactie van de artikelen 3 tot 10 van het ontwerp moet in dezelfde zin worden aangevuld met een verwijzing naar de wet van 20 juli 2007.

2. Het is niet duidelijk op welke wijze de woorden «beroepsmatig verbonden zijn» precies moeten worden begrepen in het ontworpen artikel 138bis-1, § 2, van de wet van 25 juni 1992 (artikel 2, 1°, van het ontwerp)². De vraag rijst immers of die woorden refereren aan het bestaan van een gezagsrelatie tussen de verzekeringnemer en de begunstigde, dan wel of zij enkel het bestaan van een functionele beroepsmatige band impliceren. Wordt bijvoorbeeld ook de hypothese beoogd waarin een beroepsfederatie een ziekteverzekeringsovereenkomst sluit voor haar aangesloten leden? Komen personen met wie een aannemingsovereenkomst is gesloten of die als vrijwilliger zonder vergoeding diensten presteren, in aanmerking om te worden beschouwd als zijnde «beroepsmatig verbonden»? Deze paar vragen tonen aan dat, ter wille van de rechtszekerheid, de betrokken woorden nadere verduidelijking behoeven in de memorie van toelichting.

3. In de Franse tekst van het ontworpen artikel 138bis-1, § 4, van de wet van 25 juni 1992 (artikel 2, 2°, van het ontwerp), schrijve men «*assurés secondaires*» in plaats van «*assuré secondaire*».

Artikel 4

Als gevolg van de wijziging die artikel 4, 2°, van het ontwerp beoogt aan te brengen in artikel 138bis-2, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992, zal in die bepaling melding worden gemaakt van zowel de verzekeringnemer, als van de hoofdverzekerde en de bijverzekerden. Vraag is of dat de bedoeling is en of de ontworpen wijziging redactioneel niet moet worden aangepast.

Artikel 6

Met betrekking tot de wijzigingen die artikel 6, 1°, van het ontwerp beoogt aan te brengen in artikel 138bis-4, § 1, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992, wordt in de memorie van toelichting het volgende vermeld:

«In § 1, eerste lid, van artikel 138bis-4 wordt vooreerst de term verzekeringnemer vervangen door de term hoofdverzekerde. Voorts wordt verduidelijkt dat verbod om na het

² Ook al wordt in het bestaande artikel 138bis-1, § 2, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992 al melding gemaakt van «personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn».

EXAMEN DU TEXTE

Article 2

1. Dans la phrase liminaire de l'article 2 du projet, on écrira: «À l'article 138bis-1 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par la loi du 20 juillet 2007, les modifications suivantes sont apportées:».

Dans le même sens, on complétera les articles 3 à 10 du projet par une référence à la loi du 20 juillet 2007.

2. On n'aperçoit pas clairement de quelle manière les mots «liées professionnellement» doivent précisément s'interpréter à l'article 138bis-1, § 2, en projet, de la loi du 25 juin 1992 (article 2, 1°, du projet)². En effet, la question se pose de savoir si ces mots font référence à l'existence d'une relation hiérarchique entre le preneur d'assurance et le bénéficiaire, ou bien s'ils impliquent uniquement l'existence d'un lien professionnel fonctionnel. Vise-t-on, par exemple, également l'hypothèse où une fédération professionnelle conclut un contrat d'assurance maladie pour ses membres affiliés? Les personnes avec qui un contrat d'entreprise a été conclu ou qui effectuent des services en tant que bénévoles sans rémunération, peuvent-elles être considérées comme «liées professionnellement»? Ces quelques questions démontrent qu'il s'impose, dans l'intérêt de la sécurité juridique, de préciser ces termes dans l'exposé des motifs.

3. À l'article 138bis-1, § 4, en projet, de la loi du 25 juin 1992 (article 2, 2°, du projet), on écrira «assurés secondaires» au lieu d'«assuré secondaire».

Article 4

Consécutivement à la modification que l'article 4, 2°, du projet entend apporter à l'article 138bis-2, alinéa 2, de la loi du 25 juin 1992, cette disposition mentionnera tant le preneur d'assurance que l'assuré principal et les assurés secondaires. La question se pose de savoir si telle est l'intention et s'il n'y aurait pas lieu d'adapter l'énoncé de la modification en projet.

Article 6

En ce qui concerne les modifications que l'article 6, 1°, du projet entend apporter à l'article 138bis-4, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992, l'exposé des motifs mentionne ce qui suit:

«Tout d'abord, le terme «preneur d'assurance» est remplacé par le terme «assuré principal» au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 138bis-4. Ensuite, il est précisé que l'interdiction de modifier

² Même si l'article 138bis-1, § 2, alinéa 1^{er}, actuel, de la loi du 25 juin 1992 fait déjà mention des «personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation».

sluiten van de overeenkomst de technische grondslagen te wijzigen, de vrijheid van de verzekeringsondernemingen om hun tarief vast te stellen met het oog op [het] sluiten van een verzekeringsovereenkomst, niet aantast. Deze bepaling is geïnspireerd op het artikel 49^{quater} van de arbeidsongevalwet van 10 april 1971».

Het is zeer de vraag of door uitsluitend het toevoegen van de woorden «die hij vrij vaststelt», in artikel 138^{bis}-4, § 1, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992, die bedoeling voldoende duidelijk is en of, ter wille van de rechtszekerheid, niet best wordt geopteerd voor een op dat punt meer expliciete aanpassing van de betrokken bepaling.

Artikel 7

Aan het einde van het ontworpen artikel 138^{bis}-6, vierde lid, van de wet van 25 juni 1992 wordt aan de Koning de bevoegdheid verleend om «bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad» te bepalen of de in dat lid bedoelde verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden na 30 juni 2010 behouden blijft. Noch in de tekst van het ontwerp, noch in de memorie van toelichting wordt evenwel aangegeven op grond van welke criteria de Koning de beslissing tot het al dan niet behoud van de voornoemde verplichting kan nemen. De aan de Koning verleende bevoegdheid is derhalve vanuit die optiek te onbepaald om toelaatbaar te zijn.

Artikel 8

De zinsnede «... en worden de woorden «verzekerd gezinslid» en «verzekerde» vervangen door het woord «bijverzekerde», in de Nederlandse tekst van artikel 8 van het ontwerp, is niet in overeenstemming met de woorden «... *et les mots «membre de la famille assuré» sont remplacés par le mot «assuré secondaire»*», in de Franse tekst van die bepaling. Deze discordantie moet worden weggewerkt.

Artikel 10

Aan de Raad van State, afdeling wetgeving, is meegedeeld dat de wijzigingsbepaling van artikel 10 van het ontwerp ook dient te worden betrokken op artikel 138^{bis}-11 van de wet van 25 juni 1992. De redactie van artikel 10 van het ontwerp moet daartoe worden aangepast.

Artikel 11

1. De overgangsregeling die is uitgewerkt in het ontworpen artikel 3, § 2, van de wet van 20 juli 2007, houdt een onderscheid in tussen, enerzijds, de vroegere individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten ten aanzien van dewelke de betrokken overgangsperiode reeds liep en, anderzijds, de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten die met het voorliggende ontwerp voor het eerst aan de toepassing van de artikelen 138^{bis}-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 worden onderworpen. Verzekeringsondernemingen die het laatstgenoemde product

les bases techniques après la conclusion du contrat ne porte pas atteinte à la liberté des entreprises d'assurances de fixer leur tarif en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance. Cette disposition s'inspire de l'article 49^{quater} de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail».

Force est de se demander si le seul fait d'ajouter les mots «qu'il fixe librement» à l'article 138^{bis}-4, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992, permet de traduire cette intention de manière suffisamment claire et s'il ne serait pas préférable, dans l'intérêt de la sécurité juridique, d'adapter la disposition concernée de manière plus explicite sur ce point.

Article 7

À la fin de l'article 138^{bis}-6, alinéa 4, en projet, de la loi du 25 juin 1992, le Roi est habilité à déterminer «par arrêté délibéré en Conseil des ministres» si l'obligation d'offrir une assurance soins de santé, visée dans cet alinéa, est maintenue après le 30 juin 2010. Ni le texte du projet, ni l'exposé des motifs ne précisent toutefois sur la base de quels critères le Roi peut prendre la décision de maintenir ou non l'obligation précitée. Dès lors, sous cet angle, la compétence attribuée au Roi est trop vague pour être admissible.

Article 8

Le segment de phrase «... et les mots «membre de la famille assuré» sont remplacés par le mot «assuré secondaire», dans le texte français de l'article 8 du projet ne concorde pas avec les mots «... *en worden de woorden «verzekerd gezinslid» en «verzekerde» vervangen door het woord «bijverzekerde»*» dans le texte néerlandais de cette disposition. Il y a lieu de supprimer cette discordance.

Article 10

Il a été communiqué au Conseil d'État, section de législation, que la disposition modificative de l'article 10 du projet doit également se rapporter à l'article 138^{bis}-11 de la loi du 25 juin 1992. On adaptera la formulation de l'article 10 du projet à cette fin.

Article 11

1. Le régime transitoire élaboré à l'article 3, § 2, en projet, de la loi du 20 juillet 2007, fait la distinction entre, d'une part, les anciens contrats d'assurance maladie individuels pour lesquels la période transitoire concernée était déjà en cours et, d'autre part, les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle que le présent projet soumet pour la première fois à l'application des articles 138^{bis}-1 et suivants de la loi du 25 juin 1992. En effet, les entreprises d'assurances qui proposent ce dernier produit ne peuvent, en fait, pas bénéficier de la même période transitoire, telle qu'elle est applicable à

aanbieden komen immers feitelijk niet in aanmerking voor eenzelfde overgangperiode zoals die geldt ten aanzien van de vroegere individuele ziekte-verzekeringsovereenkomsten waarop de voornoemde wetsbepalingen al van bij hun inwerkingtreding van toepassing waren. Dergelijk onderscheid zal moeten kunnen worden verantwoord in het licht van de grondwettelijke beginselen van de gelijkheid en de niet-discriminatie.

2. In het ontworpen artikel 3, § 3, van de wet van 20 juli 2007, wordt bepaald dat voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten «een overgangperiode van twee jaar» geldt vanaf 1 juli 2007, zonder dat evenwel wordt gepreciseerd waaruit de afwijkende regeling van de betrokken overgangperiode bestaat. De tekst van het ontwerp lijkt op dat punt aan verduidelijking toe.

Artikel 13

Luidens artikel 13 van het ontwerp heeft de ontworpen regeling uitwerking met ingang van (niet: op) 1 juli 2007. Deze retroactiviteit roept bezwaren op in de mate dat ermee voor het verleden bepaalde verplichtingen worden opgelegd ten aanzien van aanbieders van ziekteverzekeringsovereenkomsten die pas met het voorliggende ontwerp aan de toepassing van de artikelen 138*bis*-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 worden onderworpen.

De kamer was samengesteld uit

de Heren

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

Mevrouw

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

Het verslag werd uitgebracht door de heer P. DEPUYDT, eerste auditeur-afdelingshoofd.

<i>DE GRIFFIER,</i>	<i>DE VOORZITTER,</i>
<i>A. BECKERS,</i>	<i>M. VAN DAMME</i>

l'égard des anciens contrats d'assurance maladie individuels auxquels s'appliquaient déjà les dispositions légales précitées dès leur entrée en vigueur. Cette distinction devra pouvoir se justifier au regard des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

2. L'article 3, § 3, en projet, de la loi du 20 juillet 2007 dispose que pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants liés à l'activité professionnelle, «une période transitoire de deux ans» est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007, sans préciser toutefois en quoi consiste le régime dérogatoire de la période transitoire concernée. Le texte du projet paraît nécessiter des éclaircissements sur ce point.

Article 13

Selon l'article 13 du projet, le régime en projet produit ses effets le 1^{er} juillet 2007. Cette rétroactivité soulève des objections dans la mesure où elle impose, pour le passé, certaines obligations à des fournisseurs de contrats d'assurance maladie que le présent projet soumet pour la première fois à l'application des articles 138*bis*-1 et suivants de la loi du 25 juin 1992.

La chambre était composée de

Messieurs

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

Madame

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

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

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

<i>LE GRIFFIER,</i>	<i>LE PRESIDENT,</i>
<i>A. BECKERS,</i>	<i>M. VAN DAMME</i>

WETSONTWERP

ALBERT II, KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

ONZE GROET.

op de voordracht van Onze minister van Financiën,
Onze minister van Justitie en Onze minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Financiën, de minister van Justitie en
de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn
ermee belast het ontwerp van wet, waarvan de tekst
hierna volgt, in onze naam aan de Wetgevende Kamers
voor te leggen en bij de Kamer van volksvertegenwoor-
digers in te dienen:

Artikel 1.

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

Art. 2.

In artikel 138*bis*-1 van de wet van 25 juni 1992 op
de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd bij de
wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzingen
aangebracht:

1° paragraaf 2 wordt vervangen als volgt:

«§ 2. Onder beroepsgebonden ziekteverzekeringso-
vereenkomst wordt verstaan:

de ziekteverzekeringsovereenkomst die gesloten is
door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve
van één of meerdere personen die op het moment van
de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de
verzekeringnemer(s) verbonden zijn.»;

2° artikel 138*bis*-1 van dezelfde wet wordt aangevuld
met de paragrafen 3 en 4, luidende:

«§ 3. Onder hoofdverzekerde wordt verstaan:

degene ten behoeve van wie de ziekteverzekeringso-
vereenkomst wordt afgesloten.

PROJET DE LOI

ALBERT II, ROI DES BELGES,

A tous, présents et à venir,

SALUT.

sur la proposition de Notre ministre des Finances,
Notre ministre de la Justice et Notre ministre des Affaires
sociales et de la Santé publique,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Le ministre des Finances, le ministre de la Justice et
la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
sont chargés de présenter en Notre nom aux Chambres
législatives et de déposer à la Chambre des représen-
tants le projet de loi dont la teneur suit:

Article 1^{er}.

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

Art. 2.

À l'article 138*bis*-1 de la loi du 25 juin 1992 sur le
contrat d'assurance terrestre, inséré par la loi du 20 juillet
2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit:

«§ 2. L'on entend par contrat d'assurance maladie lié
à l'activité professionnelle:

tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plu-
sieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs
personnes liées professionnellement au(x) preneur(s)
d'assurance au moment de l'affiliation.»;

2° l'article 138*bis*-1 de la même loi est complété par
des paragraphes 3 et 4 rédigés comme suit:

«§ 3. L'on entend par assuré principal:

la personne au profit de laquelle le contrat d'assurance
maladie est conclu.

§ 4. Onder bijverzekerden wordt verstaan:

de gezinsleden van de hoofdverzekerde die bij de ziekteverzekeringsovereenkomst worden aangesloten.».

Art. 3.

In het opschrift van afdeling II van hoofdstuk IV van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «individuele» vervangen door de woorden «andere dan beroepsgebonden».

Art. 4.

In artikel 138*bis*-2 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt het woord «individuele» vervangen door de woorden «andere dan beroepsgebonden»;

2° in het tweede lid worden de woorden «en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten» vervangen door de woorden «, de hoofdverzekerde en de bijverzekerden».

Art. 5.

In artikel 138*bis*-3, § 2, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «verzekeringnemer» vervangen door het woord «hoofdverzekerde».

Art. 6.

Artikel 138*bis*-4, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt vervangen als volgt:

«§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.

«§ 4. L'on entend par assurés secondaires:

les membres de la famille de l'assuré principal affiliés au contrat d'assurance maladie.».

Art. 3.

Dans l'intitulé du titre III, chapitre IV, section II, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, le mot «individuels» est remplacé par les mots «non liés à l'activité professionnelle».

Art. 4.

À l'article 138*bis*-2 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° dans l'alinéa 1^{er}, le mot «individuels» est remplacé par les mots «non liés à l'activité professionnelle»;

2° dans l'alinéa 2, les mots «et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie» sont remplacés par les mots «, à l'assuré principal et aux assurés secondaires».

Art. 5.

Dans l'article 138*bis*-3, § 2, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, les mots «du preneur d'assurance» sont remplacés par les mots «de l'assuré principal».

Art. 6.

L'article 138*bis*-4 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, est remplacé par ce qui suit:

«§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die verzekerd worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze indexcijfers deze van het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

De Koning, op advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna «het Kenniscentrum») bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe:

1. selecteert het een geheel van objectieve en representatieve parameters;
2. bepaalt het de berekeningswijze van deze parameters;
3. bepaalt het het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.

Het Kenniscentrum evalueert en herziet in voorkomend geval de methode op gemeenschappelijke vraag van de ministers die de Sociale Zaken en de verzekeringen in hun bevoegdheid hebben.

Op basis van de door het Kenniscentrum vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en en publiceert de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het *Belgisch Staatsblad* op basis van de cijfers die gekend zijn op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt neergelegd in een protocol tussen deze twee instellingen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening zijn gehouden om die mee te delen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie op verzoek van deze instellingen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

§ 5. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingvoorwaarden mogen op redelijke en proportionele wijze worden aangepast aan:

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Le Roi, sur avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après «le Centre d'expertise»), détermine la méthode de construction de ces indices. À cet effet, il:

1. sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs;
2. détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;
3. détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Le Centre d'expertise évalue cette méthode et la revoit le cas échéant à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Sur la base de la méthode fixée par le Centre d'expertise, le SPF Économie calcule et publie annuellement au *Moniteur belge* la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1^{er} septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Économie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Économie à la demande de ceux-ci.

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 21octies de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle:

1. wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft

en/of

2. wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft

en/of

3. wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.».

Art. 7.

In artikel 138*bis*-6 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden «Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer» vervangen door de woorden «vanaf 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2010, heeft elke kandidaat-hoofdverzekerde»;

2° het vierde lid wordt vervangen als volgt:

«De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-hoofdverzekerden zal uiterlijk op 1 januari 2010 het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan het Kenniscentrum, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor 1 juli 2010, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na 30 juni 2010 behouden blijft wanneer de resultaten van de evaluatie aantonen dat er een aangehouden en aanzienlijke vraag bestaat tot het sluiten van de in dit artikel bedoelde ziektekostenverzekering.».

Art. 8.

In artikel 138*bis*-7 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «verzekeringnemer»

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins

et/ou

2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité

et/ou

3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

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

Art. 7.

À l'article 138*bis*-6 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, sont apportées les modifications suivantes:

1° dans l'alinéa 1^{er}, les mots «Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cet article» sont remplacés par les mots «À partir du 1^{er} juillet 2007 jusqu'au 30 juin 2010 inclus» et les mots «le candidat preneur d'assurance» sont remplacés par les mots «le candidat assuré principal»;

2° l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit:

«L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats assurés principaux qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard le 1^{er} janvier 2010, d'une évaluation, à laquelle participeront le Centre d'expertise, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Le Roi détermine avant 1^{er} juillet 2010, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au-delà du 30 juin 2010 lorsque les résultats de l'évaluation démontrent une demande continue et importante de conclure une assurance soins de santé visée dans le présent article.».

Art. 8.

Dans l'article 138*bis*-7 de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, les mots «Le preneur d'assurance»

vervangen door het woord «hoofdverzekerde» en worden de woorden «verzekerd gezinslid» en «verzekerde» vervangen door het woord «bijverzekerde».

Art. 9.

In het opschrift van afdeling III van hoofdstuk IV van titel III van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «collectieve» vervangen door het woord «beroepsgebonden».

Art. 10.

In de artikelen 138*bis*-8 tot en met 138*bis*-11 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, wordt het woord «collectieve» telkens vervangen door het woord «beroepsgebonden».

Art. 11.

Artikel 3 van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen als volgt:

«§ 1. Deze wet treedt in werking op 1 juli 2007. Zij is zowel van toepassing op nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomsten als op ziekteverzekeringsovereenkomsten die zijn aangegaan vóór haar inwerkingtreding.

§ 2. Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt, voor wat de toepassing van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst betreft, een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007.

Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, biedt de verzekeringonderneming de hoofdverzekerde, uiterlijk twee jaar vanaf 1 juli 2007, een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De hoofdverzekerde beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

De bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die werden gesloten door

sont remplacés par les mots «L'assuré principal» et les mots «membre de la famille assuré» et «assuré» sont remplacés par les mots «assuré secondaire».

Art. 9.

Dans l'intitulé du titre III, chapitre IV, section III, de la même loi, inséré par la loi du 20 juillet 2007, le mot «collectif» est remplacé par les mots «lié à l'activité professionnelle».

Art. 10.

Dans les articles 138*bis*-8 à 138*bis*-11 de la même loi, insérés par la loi du 20 juillet 2007, le mot «collectif» est chaque fois remplacé par les mots «lié à l'activité professionnelle» et le mot «collectifs» est chaque fois remplacé par les mots «liés à l'activité professionnelle».

Art. 11.

L'article 3 de la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par ce qui suit:

«§ 1^{er}. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Elle est applicable tant aux nouveaux contrats d'assurance maladie qu'aux contrats d'assurance maladie conclus avant son entrée en vigueur.

§ 2. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 en ce qui concerne l'application de l'article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138*bis*-3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, l'entreprise d'assurances propose à l'assuré principal, au plus tard deux ans à partir du 1^{er} juillet 2007, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. L'assuré principal décide, dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir son contrat d'assurance maladie en cours pour sa durée restante.

Les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus par un

één of verschillende verzekeringnemers ten behoeve van één of verschillende hoofdverzekerden en/of één of verschillende bijverzekerden, worden, na het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde overgangperiode onderworpen aan de bepalingen van afdeling III van hoofdstuk IV van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringen mogen geen nieuwe hoofdverzekerden worden aangesloten.

§ 3. Voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007 om deze overeenkomsten aan te passen aan titel III, hoofdstuk IV, afdeling III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

§ 4. De formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten dient te zijn beëindigd uiterlijk op 1 juli 2009.».

Art. 12.

Artikel 4 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 13.

Deze wet heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

Gegeven te Brussel, 7 december 2008

ALBERT

VAN KONINGSWEGE:

De minister van Financiën,

Didier REYNDEERS

De minister van Justitie,

Jo VANDEURZEN

*De minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Laurette ONKELINX

ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'un ou plusieurs assurés principaux et/ou un ou plusieurs assurés secondaires, sont soumis au terme de la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, aux dispositions du chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Des nouveaux assurés principaux ne peuvent plus s'affilier à ces assurances.

§ 3. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 pour adapter ces contrats aux exigences du titre III, chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

§ 4. Les contrats d'assurance maladie existants devront avoir été adaptés formellement au plus tard le 1^{er} juillet 2009.».

Art. 12.

L'article 4 de la même loi est abrogé.

Art. 13.

La présente loi produit ses effets à partir du 1^{er} juillet 2007.

Donné à Bruxelles, le 7 décembre 2008

ALBERT

PAR LE ROI:

Le ministre des Finances,

Didier REYNDEERS

Le ministre de la Justice,

Jo VANDEURZEN

*La ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,*

Laurette ONKELINX

BIJLAGE

ANNEXE

BASISTEKST**Wet van 25 juni 1992 op
de landverzekeringsovereenkomst**

Art. 138*bis*-1 – Begripsomschrijvingen

§ 1. Onder ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan:

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

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

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

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

Vallen buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst:

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

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

c) de ongevallenverzekeringen;

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

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

**BASISTEKST AANGEPAST AAN
HET WETSONTWERP****Wet van 25 juni 1992 op
de landverzekeringsovereenkomst**

ongewijzigd

TEXTE DE BASE

**Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance
terrestre**

Art. 138*bis*-1. Définitions

§ 1^{er}. Par contrat d'assurance maladie, il faut entendre:

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

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

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

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

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

a) les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées à l'alinéa 1^{er};

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

c) les assurances accident;

d) les prestations de solidarité visées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;

e) les prestations de solidarité visées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension.

**TEXTE DE BASE ADAPTÉ EN FONCTION
DU PROJET DE LOI**

**Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance
terrestre**

inchangé

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

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

AFDELING II. – Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten

Art. 138bis-2. Toepassingsgebied.

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

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

Art. 138bis-3. Duur van de verzekeringsovereenkomst

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

«§ 2. Onder **beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst** wordt verstaan:

de ziekteverzekeringsovereenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van één of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn.»;

«§ 3. Onder **hoofdverzekerde** wordt verstaan:

degene ten behoeve van wie de ziekteverzekeringsovereenkomst wordt afgesloten.

§ 4. Onder **bijverzekerden** wordt verstaan:

de gezinsleden van de hoofdverzekerde die bij de ziekteverzekeringsovereenkomst worden aangesloten.».

AFDELING II. – **Andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten**

Art. 138bis-2. Toepassingsgebied.

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de **andere dan beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer, **de hoofdverzekerden en de bijverzekerden** die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten.

Art. 138bis-3. Duur van de verzekeringsovereenkomst

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

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

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

SECTION II. – Des contrats d'assurance maladie individuels

Art. 138bis-2. Champ d'application

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

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

Art. 138bis-3. Durée du contrat d'assurance

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

§ 2. L'on entend par contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle:

tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation.»;

§ 3. L'on entend par assuré principal:

la personne au profit de laquelle le contrat d'assurance maladie est conclu.

§ 4. L'on entend par assurés secondaires:

les membres de la famille de l'assuré principal affiliés au contrat d'assurance maladie

SECTION II. – Des contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle

Art. 138bis-2. Champ d'application

Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie ***non liés à l'activité professionnelle.***

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance, ***à l'assuré principal et aux assurés secondaires.***

Art. 138bis-3. Durée du contrat d'assurance

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

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer en indien deze daar belang bij heeft.

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

Art. 138bis-4. Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

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

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekeringnemer.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. In de mate dat de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, bedoeld in artikel 44 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, hierna te noemen «de CBFA «het toestaat op grond van de vaststelling van een duurzame prijschommeling, mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie eveneens worden aangepast op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

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

§ 3. Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt en binnen de bij het tweede lid bepaalde perken, mag worden overgegaan tot een aanpassing van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden bij een

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de **hoofdverzekerde** en indien deze daar belang bij heeft.

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

Art. 138bis-4. Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de **hoofdverzekerde** alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.»;

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, **kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.**

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die verzekerd

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y va de son intérêt.

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

Art. 138bis-4. Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive du preneur d'assurance, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt du preneur d'assurance.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation. Dans la mesure où la Commission bancaire, financière et des Assurances, visée à l'article 44 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, ci-après dénommée «la CBFA» y consent en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. S'il l'estime nécessaire, le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou les conditions de couverture peuvent être adaptés en cas de modification durable du

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse de **l'assuré principal** et s'il y va de son intérêt.

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

Art. 138bis-4. Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de **l'assuré principal**, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, **ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.**

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats

duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden, met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen, die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.

De overwogen contractuele of tarifaire aanpassing is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of omstandigheden met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen. Die aanpassing mag overigens alleen betrekking hebben op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen wordt op uitgeoefend.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. De CBFA ziet er ook op toe dat de bij het tweede lid bepaalde grenzen in acht worden genomen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de CBFA te bekomen.

De CBFA wordt geacht het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend wanneer zij niet heeft geantwoord binnen een termijn van dertig dagen na het ontvangen van de aanvraag tot erkenning. Deze termijn wordt geschorst gedurende een termijn van maximaal dertig dagen, waarbinnen het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn advies aan de CBFA moet bezorgen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingvoorwaarden mogen op redelijke wijze en proportionele wijzen worden aangepast aan:

- wijzigingen in het beroep van de verzekerde, wat de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of
- het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering, betreft alsook
- wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze indexcijfers deze van het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

De Koning, op advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna «het Kenniscentrum») bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe:

- 1. selecteert het een geheel van objectieve en representatieve parameters;**
- 2. bepaalt het de berekeningswijze van deze parameters;**
- 3. bepaalt het het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.**

Het Kenniscentrum evalueert en herziet in voorkomend geval de methode op gemeenschappelijke vraag van de ministers die de Sociale Zaken en de verzekeringen in hun bevoegdheid hebben.

Op basis van de door het Kenniscentrum vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en en publiceert de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het Belgisch Staatsblad op basis van de cijfers die gekend zijn op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt neergelegd in een protocol tussen deze twee instellingen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening zijn gehouden om die mee te delen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie op verzoek van deze instellingen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

coût réel des prestations garanties ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties et/ou en cas de circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires, ayant également une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'adaptation contractuelle ou tarifaire envisagée est directement proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou aux circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires. Cette modification ne peut en outre porter que sur les éléments du contrat sur lesquels l'influence significative de ces événements s'exerce.

L'influence doit être reconnue comme significative par la CBFA en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. La CBFA veille également au respect des limites fixées à l'alinéa 2. Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la CBFA.

La CBFA est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité lorsqu'elle n'a pas répondu dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance. Ce délai est suspendu pendant un délai maximum de trente jours, dans lequel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit rendre son avis à la CBFA.

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

– aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou

– aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore

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

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

privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Le Roi, sur avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après «le Centre d'expertise»), détermine la méthode de construction de ces indices. À cet effet, il:

1. sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs

2. détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;

3. détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Le Centre d'expertise évalue cette méthode et la revoit le cas échéant à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Sur la base de la méthode fixée par le Centre d'expertise, le SPF Économie calcule et publie annuellement au Moniteur belge la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1^{er} septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Économie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Économie à la demande de ceux-ci.

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 21 octies de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

Art. 138bis-6. Chronisch zieken en personen met een handicap

Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer, die chronisch ziek of gehandicapt is en de leeftijd van vijftien jaar niet heeft bereikt, recht op een ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten, die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, onverminderd artikel 138bis-5 van de dekking mogen worden uitgesloten. De premie moet deze zijn die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien wij of zij niet chronisch ziek of gehandicapt was.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 5 en 95 wat de informatie met betrekking tot de genetische gegevens betreft, wordt aan de verzekeringsovereenkomst een document gehecht dat nauwkeurig de bedoelde ziekte of handicap alsmede de kosten bepaalt die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt worden gedekt. De Koning bepaalt het model van het document.

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de kosten die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt gedekt worden, eerst voorgelegd aan een door de Koning bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, opgericht bemiddelingsorgaan.

§ 5. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingvoorwaarden mogen op redelijke en proportionele wijze worden aangepast aan:

1. wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft

en/of

2. wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft

en/of

3. wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.

Art. 138bis-6. Chronisch zieken en personen met een handicap

Vanaf 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2010, heeft elke kandidaat-hoofdverzekerde, die chronisch ziek of gehandicapt is en de leeftijd van vijftien jaar niet heeft bereikt, recht op een ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten, die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, onverminderd artikel 138bis-5 van de dekking mogen worden uitgesloten. De premie moet deze zijn die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien wij of zij niet chronisch ziek of gehandicapt was.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 5 en 95 wat de informatie met betrekking tot de genetische gegevens betreft, wordt aan de verzekeringsovereenkomst een document gehecht dat nauwkeurig de bedoelde ziekte of handicap alsmede de kosten bepaalt die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt worden gedekt. De Koning bepaalt het model van het document.

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de kosten die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt gedekt worden, eerst voorgelegd aan een door de Koning bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, opgericht bemiddelingsorgaan.

Art. 138bis-6. Malades chroniques et personnes handicapées

Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cet article, le candidat preneur d'assurance, qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent, sans préjudice à l'application de l'article 138bis-5, être exclus de la couverture. La prime doit être celle qui serait réclamée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.

Sans préjudice de l'application des articles 5 et 95 en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est arrêté par le Roi.

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

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle:

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins

et/ou

2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité

et/ou

3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

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

Art. 138bis-6. Malades chroniques et personnes handicapées

À partir du 1^{er} juillet 2007 jusqu'au 30 juin 2010 inclus, le candidat assuré principal, qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent, sans préjudice à l'application de l'article 138bis-5, être exclus de la couverture. La prime doit être celle qui serait réclamée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.

Sans préjudice de l'application des articles 5 et 95 en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est arrêté par le Roi.

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

De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-verzekeringnemers zal uiterlijk achttien maanden na de inwerkingtreding van dit artikel het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan de CBFA, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor het verstrijken van de periode van twee jaar bedoeld in het eerste lid, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na deze periode van twee jaar behouden blijft.

Art. 138bis-7

§ 1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

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

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

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

AFDELING III. – Individuele voortzetting van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

Art. 138bis-8. Toekenningsvoorwaarden

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de bedoelde redenen in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 en, in het algemeen, in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een collectieve verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-hoofdverzekerden zal uiterlijk op 1 januari 2010 het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan het Kenniscentrum, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor 1 juli 2010, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na 30 juni 2010 behouden blijft wanneer de resultaten van de evaluatie aantonen dat er een aangehouden en aanzienlijke vraag bestaat tot het sluiten van de in dit artikel bedoelde ziektekostenverzekering.

Art. 138bis-7

§ 1. De **hoofdverzekerde** brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doet de verzekeraar de **bijverzekerde** binnen de dertig dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar informeert de **bijverzekerde** dat het aanbod ook geldt voor de leden van zijn gezin. Hij kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

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

§ 2. De verzekeringsovereenkomst die de **bijverzekerde** heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de vorige verzekering verliest.

AFDELING III. – Individuele voortzetting van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst

Art. 138bis-8. Toekenningsvoorwaarden

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de bedoelde redenen in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 en, in het algemeen, in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een **beroepsgebonden** verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de **beroepsgebonden** verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats preneurs d'assurance qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard dix-huit mois après l'entrée en vigueur du présent article, d'une évaluation, à laquelle participeront la CBFA, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Avant l'expiration de la période de deux ans visée à l'article 1^{er} le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au delà de cette période de deux ans.

Art. 138bis-7

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

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

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

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

SECTION III. – Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie collectif

Art. 138bis-8. Conditions d'octroi

§ 1^{er}. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie collectif pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats assurés principaux qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard le 1^{er} janvier 2010, d'une évaluation, à laquelle participeront le Centre d'expertise, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Le Roi détermine avant 1^{er} juillet 2010, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au-delà du 30 juin 2010 lorsque les résultats de l'évaluation démontrent une demande continue et importante de conclure une assurance soins de santé visée dans le présent article.

Art. 138bis-7

§ 1^{er}. **L'assuré principal** informe l'assureur, par écrit ou par voie électronique, du moment où un assuré secondaire quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur la base de ces données, l'assureur soumet à **l'assuré secondaire** dans les trente jours, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur informe **l'assuré secondaire** que l'offre vaut également pour les membres de sa famille. Il ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

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

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

SECTION III. – Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle**

Art. 138bis-8. Conditions d'octroi

§ 1^{er}. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle** pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance **liée à l'activité professionnelle** a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance **liée à l'activité professionnelle**, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten die bij een verzekeringsonderneming zoals bedoeld in deze wet waren aangegaan.

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

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ervan in kennis stelt dat hij kan beslissen de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

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

Tegelijk met het bezorgen van zijn aanbod stelt de verzekeraar de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de medeverzekerde in kennis van de dekkingvoorwaarden, inzonderheid de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Voorts herinnert hij

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de voortgezette **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten die bij een verzekeringsonderneming zoals bedoeld in deze wet waren aangegaan.

§ 2. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de **beroepsgebonden** verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ervan in kennis stelt dat hij kan beslissen de **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na het verlies van het voordeel van de **beroepsgebonden** ziekteverzekering.

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

Tegelijk met het bezorgen van zijn aanbod stelt de verzekeraar de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de medeverzekerde in kennis van de dekkingvoorwaarden, inzonderheid de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Voorts herinnert hij

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie collectif qui est poursuivi, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

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

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie collectif, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collectif dont il a perdu le bénéfice. Ce délai expire en tout cas après cent cinq jours après jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

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

En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant,

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle** qui est poursuivi, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

§ 2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance **liée à l'activité professionnelle**, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle**, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle** dont il a perdu le bénéfice. Ce délai expire en tout cas après cent cinq jours après jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie **liée à l'activité professionnelle**.

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

En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant,

de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde aan de termijn van dertig dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het derde lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de collectieve verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

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

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

§ 4. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de collectieve verzekering verliest.

Art. 138*bis*-9. Door de verzekeraar te verstrekken informatie

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

De betaling van die bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, heeft tot gevolg dat de in artikel 138*bis*-11 bedoelde premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening

de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde aan de termijn van dertig dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het derde lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de **beroepsgebonden** verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

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

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

§ 4. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de **beroepsgebonden** verzekering verliest.

Art. 138*bis*-9. Door de verzekeraar te verstrekken informatie

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

De betaling van die bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, heeft tot gevolg dat de in artikel 138*bis*-11 bedoelde premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening

au coassuré le délai de trente jours dont il dispose pour accepter l'offre soit par écrit, soit par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 3. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

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

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

Le coassuré dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée au deuxième alinéa. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

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

Art. 138*bis*-9. Information à fournir par l'assureur.

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

Le paiement de ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime visée à l'article 138*bis*-11 est fixée en

au coassuré le délai de trente jours dont il dispose pour accepter l'offre soit par écrit, soit par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 3. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

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

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

Le coassuré dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée au deuxième alinéa. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 4. Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance **liée à l'activité professionnelle**.

Art. 138*bis*-9. Information à fournir par l'assureur

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

Le paiement de ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime visée à l'article 138*bis*-11 est fixée en

houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

De leeftijd, die in aanmerking komt voor de berekening van de in artikel 138*bis*-11 bedoelde premie wordt proportioneel opgetrokken in geval van en in functie van de tijdelijke onderbreking van de betaling van de in het tweede lid bedoelde bijkomende premies.

§ 2. Indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 opgelegde informatieplicht na te komen, wordt de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst in afwijking van artikel 138*bis*-11 berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake de nakoming van de in § 1 bedoelde informatieplicht berust bij de verzekeraar.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie te bezorgen aan de hoofdverzekerde, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd welke bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst, die aangerekend wordt aan de hoofdverzekerde, wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138*bis*-11, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofdverzekerde, op het ogenblik van zijn aansluiting bij de collectieve verzekering. De bewijslast inzake het bezorgen van de in § 1 bedoelde informatie berust bij de verzekeringnemer.

Art. 138*bis*-10. Waarborgen

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met die welke geboden worden door de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

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

1° de keuze van de kamer: het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten die gedragen zijn in een één-, twee- of meerpersoonskamer;

houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

De leeftijd, die in aanmerking komt voor de berekening van de in artikel 138*bis*-11 bedoelde premie wordt proportioneel opgetrokken in geval van en in functie van de tijdelijke onderbreking van de betaling van de in het tweede lid bedoelde bijkomende premies.

§ 2. Indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 opgelegde informatieplicht na te komen, wordt de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst in afwijking van artikel 138*bis*-11 berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de **beroepsgebonden** verzekering. De bewijslast inzake de nakoming van de in § 1 bedoelde informatieplicht berust bij de verzekeraar.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie te bezorgen aan de hoofdverzekerde, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd welke bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de **beroepsgebonden** verzekering. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst, die aangerekend wordt aan de hoofdverzekerde, wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138*bis*-11, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofdverzekerde, op het ogenblik van zijn aansluiting bij de **beroepsgebonden** verzekering. De bewijslast inzake het bezorgen van de in § 1 bedoelde informatie berust bij de verzekeringnemer.

Art. 138*bis*-10. Waarborgen

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met die welke geboden worden door de voortgezette **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien de volgende elementen van de **beroepsgebonden** ziektekostenverzekering worden overgenomen:

1° de keuze van de kamer: het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten die gedragen zijn in een één-, twee- of meerpersoonskamer;

tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 138*bis*-11 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.

§ 2. Si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1^{er}, la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138*bis*-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du coassuré au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1^{er}.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1^{er} à l'assuré principal, le preneur est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur la base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur la base de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. La prime relative au contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement qui est réclamée à l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 138*bis*-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information visée au § 1^{er}.

Art. 138*bis*-10. Garanties

§ 1^{er}. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie collectif poursuivi.

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

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

tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 138*bis*-11 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.

§ 2. Si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1^{er}, la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138*bis*-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du coassuré au moment de son affiliation à l'assurance **liée à l'activité professionnelle**. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1^{er}.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1^{er} à l'assuré principal, le preneur est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur la base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur la base de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance **liée à l'activité professionnelle**. La prime relative au contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement qui est réclamée à l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 138*bis*-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance **liée à l'activité professionnelle**. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information visée au § 1^{er}.

Art. 138*bis*-10. Garanties

§ 1^{er}. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle** poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé **liée à l'activité professionnelle** sont repris:

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

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

3° de pre- en posthospitalisatie: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voorvallen in een welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie; in de mate dat deze ambulante kosten gedekt zijn, dient de termijn minstens één maand te bedragen vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie;

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

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

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding die berekend wordt op grond van dezelfde parameters als die welke in aanmerking genomen worden in de collectieve invaliditeitsverzekering.

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

§ 2. Onverminderd artikel 138bis-3, § 1, gebeurt de individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachtermijn. De waarborg kan niet worden beperkt en geen bijpremie kan worden opgelegd wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

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

3° de pre- en posthospitalisatie: het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voorvallen in een welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie; in de mate dat deze ambulante kosten gedekt zijn, dient de termijn minstens één maand te bedragen vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie;

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

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

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding die berekend wordt op grond van dezelfde parameters als die welke in aanmerking genomen worden in de **beroepsgebonden** invaliditeitsverzekering.

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

§ 2. Onverminderd artikel 138bis-3, § 1, gebeurt de individuele voortzetting van de **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachtermijn. De waarborg kan niet worden beperkt en geen bijpremie kan worden opgelegd wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst.

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

3° la pré- et posthospitalisation: la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation; si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

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

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

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

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

§ 2. Sans préjudice de l'article 138bis-3, § 1^{er}, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collectif a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie collective.

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

3° la pré- et posthospitalisation: la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation; si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

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

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

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux qui sont pris en compte dans le cadre de l'assurance invalidité **liée à l'activité professionnelle**.

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

§ 2. Sans préjudice de l'article 138bis-3, § 1^{er}, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle** a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie **lié à l'activité professionnelle**.

Art. 138*bis*-11. Premie

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

1° de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd artikel 138*bis*-9, § 1;

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

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

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

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

Art. 138*bis*-11. Premie

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

1° de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd artikel 138*bis*-9, § 1;

2° de elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette **beroepsgebonden** ziekteverzekeringsovereenkomst;

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

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

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

Art. 138bis-11. Prime

Pour le calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, il est tenu compte uniquement:

1° de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 138bis-9, § 1^{er};

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

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

4° en ce qui concerne l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, ainsi que de la profession de l'assuré;

5° en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

Art. 138bis-11. Prime

Pour le calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, il est tenu compte uniquement:

1° de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 138bis-9, § 1^{er};

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

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

4° en ce qui concerne l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, ainsi que de la profession de l'assuré;

5° en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Art. 3.

Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De verzekeringnemer beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

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

Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Art. 3.

§ 1. Deze wet treedt in werking op 1 juli 2007. Zij is zowel van toepassing op nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomsten als op ziekteverzekeringsovereenkomsten die zijn aangegaan vóór haar inwerkingtreding.

§ 2. Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt, voor wat de toepassing van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst betreft, een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007.

Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, biedt de verzekeringsonderneming de hoofdverzekerde, uiterlijk twee jaar vanaf 1 juli 2007, een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De hoofdverzekerde beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden

De bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die werden gesloten door één of verschillende verzekeringnemers ten behoeve van één of verschillende hoofdverzekerden en/of één of verschillende bijverzekerden, worden, na het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde overgangperiode onderworpen aan de bepalingen

**Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui
concerne les contrats privés d'assurance maladie,
la loi du 25 juin 1992
sur le contrat d'assurance terrestre**

Art. 3.

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

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie collectifs existants, une période transitoire de deux ans est applicable à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi.

**Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui
concerne les contrats privés d'assurance maladie,
la loi du 25 juin 1992
sur le contrat d'assurance terrestre**

Art. 3.

§ 1^{er}. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Elle est applicable tant aux nouveaux contrats d'assurance maladie qu'aux contrats d'assurance maladie conclus avant son entrée en vigueur.

§ 2. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 en ce qui concerne l'application de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, l'entreprise d'assurances propose à l'assuré principal, au plus tard deux ans à partir du 1^{er} juillet 2007, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. L'assuré principal décide, dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir son contrat d'assurance maladie en cours pour sa durée restante.

Les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'un ou plusieurs assurés principaux et/ou un ou plusieurs assurés secondaires, sont soumis au terme de la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, aux dispositions du chapitre IV, section III, de la loi

van afdeling III van hoofdstuk IV van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringen mogen geen nieuwe hoofdverzekerden worden aangesloten.

§ 3. Voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007 om deze overeenkomsten aan te passen aan titel III, hoofdstuk IV, afdeling III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

§ 4. De formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten dient te zijn beëindigd uiterlijk op 1 juli 2009.

du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Des nouveaux assurés principaux ne peuvent plus s'affilier à ces assurances.

§ 3. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 pour adapter ces contrats aux exigences du titre III, chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

§ 4. Les contrats d'assurance maladie existants devront avoir été adaptés formellement au plus tard le 1^{er} juillet 2009.