

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

5 octobre 2022

PROPOSITION DE LOI**modifiant la loi du 4 avril 2014
relative aux assurances
en vue d'étendre
le droit à l'oubli****AMENDEMENTS**

*Voir:***Doc 55 1639/ (2021/2022):**

001: Proposition de loi de M. De Caluwé et Mme Verhelst.

002: Amendements.

003: Avis du Conseil d'État.

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

5 oktober 2022

WETSVOORSTEL**tot wijziging van de wet van 4 april 2014
betreffende de verzekeringen
met het oog op het uitbreiden
van het recht om vergeten te worden****AMENDEMENTEN**

*Zie:***Doc 55 1639/ (2021/2022):**

001: Wetsvoorstel van de heer De Caluwé en mevrouw Verhelst.

002: Amendementen.

003: Advies van de Raad van State.

07816

N° 3 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 1/1 (*nouveau*)**Insérer un article 1^{er}/1 rédigé comme suit:**

“Art. 1/1. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la même loi, il est inséré une sous-section 1^{re} comportant l’article 61/1 intitulée:

“Sous-section 1^{re} Champ d’application”.”

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 3 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 1/1 (*nieuw*)**Een artikel 1/1 invoegen, luidende:**

“Art. 1/1. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van dezelfde wet, wordt een onderafdeling 1 ingevoegd die artikel 61/1 bevat, luidende:

“Onderafdeling 1 “Toepassingsgebied”.”

N° 4 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 2

Dans l'article 61/1 proposé de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, remplacer le 2° par ce qui suit:

“2° aux contrats d'assurance incapacité de travail visés à l'article 201, § 1^{er}, 2°, qu'ils soient ou non liés à une activité professionnelle.”

JUSTIFICATION

Cet amendement propose de faire référence à l'article 201, § 1^{er}, 2°, de la loi du 4 avril 2014 sur les assurances, où l'on trouve une définition de “l'assurance incapacité de travail”. L'assurance incapacité de travail, aussi connue sous le vocable “assurance revenu garanti”, est l'assurance 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”.

Sont visées les assurances incapacité de travail liées ou non à l'activité professionnelle.

Par assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, il y a lieu d'entendre le contrat d'assurance incapacité de travail 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.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRES (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 4 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 2

In het voorgestelde artikel 61/1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, de bepaling onder 2° vervangen als volgt:

“2° de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen zoals bedoeld in artikel 201, § 1, 2°, die al dan niet beroepsgebonden zijn.”

VERANTWOORDING

Dit amendement stelt voor om te verwijzen naar artikel 201, § 1, 2°, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, waar een definitie terug te vinden is van “arbeidsongeschiktheidsverzekering”. De arbeidsongeschiktheidsverzekering, ook gekend onder de benaming “verzekering gewaarborgd inkomen”, is een verzekering die, “in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of het verlies van beroepsinkomen ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt”.

Worden bedoeld, de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, die al dan niet beroepsgebonden zijn.

Met beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering moet worden begrepen een arbeidsongeschiktheidsverzekeringsovereenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van een of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn.

N° 5 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 3 (nouveau)

Insérer un article 3, rédigé comme suit:

“Art. 3. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la même loi, il est inséré une sous-section 2 comportant les articles 61/2, à 61/7, intitulée:

“Sous-section 2. Assurance solde restant dû”. ”

JUSTIFICATION

Il apparaît nécessaire de différencier le droit à l'oubli selon qu'il concerne l'assurance solde restant dû ou l'assurance incapacité de travail. En effet, ces deux assurances couvrent des risques différents, respectivement le risque de mortalité et d'incapacité de travail. Eu égard à la nature même du risque couvert, les dispositions concernant le droit à l'oubli en matière d'assurance solde restant dû ne peuvent être étendues à l'assurance incapacité de travail.

Ainsi, une nouvelle sous-section 2 dont les dispositions ne sont applicables qu'à l'assurance solde restant dû, telle que visée à l'article 61/1, 1°, est insérée.

La philosophie des dispositions actuelles n'est pas modifiée. Il est toutefois apporté quelques clarifications ou simplifications textuelles. Ainsi, sont rassemblées, d'une part les dispositions relatives au cancer et d'autre part, les dispositions relatives aux maladies chroniques. Par ailleurs, la concordance entre la version néerlandophone et la version francophone des dispositions actuelles est corrigée. Il est aussi à chaque fois indiqué que la grille de référence ne peut être adaptée que “pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques”.

Il est par ailleurs précisé le mode de financement des avis rendus par le Bureau du suivi de la tarification, qu'il s'agisse

Nr. 5 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 3 (nieuw)

Een artikel 3 invoegen, luidende:

“Art. 3. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van dezelfde wet, wordt een onderafdeling 2 ingevoegd die de artikelen 61/2 tot 61/7 bevat, luidende:

“Onderafdeling 2.Schuldsaldoverzekering”. ”

VERANTWOORDING

Het lijkt noodzakelijk om het recht om vergeten te worden te onderscheiden naargelang het van toepassing is op de schuldsaldoverzekering, of op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Deze twee verzekeringen dekken namelijk verschillende risico's, respectievelijk het risico op sterfte en arbeidsongeschiktheid. Gezien de aard zelf van het gedekte risico kunnen de bepalingen inzake het recht om vergeten te worden betreffende de schuldsaldoverzekering niet worden uitgebreid tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Aldus wordt een nieuwe onderafdeling 2 ingevoegd, waarvan de bepalingen slechts van toepassing zijn op de schuldsaldoverzekering bedoeld in artikel 61/1, 1°.

De filosofie achter de huidige bepalingen is niet gewijzigd. Wel zijn er enkele tekstuele verduidelijkingen of vereenvoudigingen aangebracht. Zo worden enerzijds de bepalingen inzake kanker samengebracht, en anderzijds de bepalingen inzake chronische ziektes. Daarnaast is ook de concordantie tussen de Nederlandstalige versie en de Franstalige versie van de huidige bepalingen verbeterd. Ook wordt er telkens vermeld dat het referentierooster enkel mag worden aangepast “voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens”.

Ook de wijze van financiering van het door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering uitgebrachte adviezen,

d'avis sur les propositions du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (articles 61/3 à 61/5) ou en matière de litiges (article 61/7).

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

of het nu gaat om adviezen over voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (artikelen 61/3 tot 61/5) of om adviezen over geschillen (artikel 61/7), wordt gepreciseerd.

N° 6 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 4 (nouveau)

Insérer un article 4, rédigé comme suit:

“Art. 4. Dans la sous-section 2 insérée par l’article 3, l’article 61/2 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/2. § 1^{er}. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d’une pathologie cancéreuse, quel que soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l’article 61/1, 1^o, doivent déclarer cette pathologie à leur assureur, conformément à l’article 58.

§ 2. Il est toutefois interdit à l’entreprise d’assurance, à l’expiration d’un délai de huit ans après la fin d’un traitement réussi et en l’absence de rechute dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l’état de santé actuel, tel que prévu à l’article 61.

Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée, le délai visé à l’alinéa 1^{er} est de cinq ans maximum.

Le délai visé à l’alinéa 1^{er} est ramené à cinq ans le 1^{er} janvier 2025.

§ 3. Par la fin d’un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l’absence d’une nouvelle apparition du cancer.

L’entreprise d’assurance ne peut exclure du contrat d’assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l’assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.”

JUSTIFICATION

L’article 61/2 reprend de l’article 61/2, § 1^{er}, l’obligation de déclaration du risque et adapte ensuite le délai standard du

Nr. 6 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 4 (nieuw)

Een artikel 4 invoegen, luidende:

“Art. 4. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt artikel 61/2 vervangen als volgt:

“Art. 61/2. § 1. Personen die getroffen werden of worden door een kankeraandoening, ongeacht het type, en die een verzekering zoals bepaald in artikel 61/1, 1^o, willen aangaan, moeten die aandoening melden aan hun verzekeraar overeenkomstig artikel 58.

§ 2. Het is de verzekeringsonderneming echter verboden om bij het verstrijken van een termijn van acht jaar na het succesvol beëindigen van de behandeling en voor zover er geen herval plaatsvond binnen deze termijn, deze kankeraandoening in acht te nemen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand, zoals vermeld in artikel 61.

Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, bedraagt de in het eerste lid bedoelde termijn maximum vijf jaar.

De termijn bedoeld in het eerste lid wordt op 1 januari 2025 teruggebracht tot vijf jaar.

§ 3. Onder het succesvol beëindigen van de behandeling wordt begrepen de datum waarop de actieve behandeling van de kankeraandoening werd beëindigd, in afwezigheid van een nieuwe opstoot van kanker.

De verzekeringsonderneming mag deze kankeraandoening niet uitsluiten uit het verzekeringscontract of de verzekering weigeren omwille van deze kankeraandoening.”

VERANTWOORDING

Artikel 61/2 neemt de inhoud over van artikel 61/2, § 1 maar wel wordt de standaardtermijn van het recht om vergeten

droit à l'oubli à la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute.

Le premier paragraphe ne modifie pas l'obligation du candidat preneur d'assurance ou candidat assuré, de déclarer, conformément à l'article 58, exactement, à l'assureur toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque (pathologie cancéreuse, maladie chronique, handicap, ...).

L'exposé des motifs afférent à l'article 61/2, § 1^{er}, précisait à ce propos: "Il n'est (...) pas à exclure que le candidat assuré considère à tort qu'il ne doit pas déclarer ses problèmes cardiaques parce qu'ils résultent du traitement de son cancer du système lymphatique. La non-communication de telles informations peut par après susciter des discussions lorsque l'entreprise d'assurances en prend finalement connaissance. Pour éviter de tels problèmes, la proposition de loi prévoit que la pathologie cancéreuse ainsi que d'autres antécédents médicaux en rapport ou non avec celle-ci doivent être bien déclarés. Plutôt que d'imposer au candidat assuré la responsabilité de ne pas déclarer certains antécédents, la proposition de loi impose à l'entreprise d'assurances la responsabilité de ne pas prendre en compte certains antécédents. De cette manière, l'assuré est protégé de l'application des articles 59 et 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances qui traitent des conséquences de l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration de données." (voir DOC 54 3524/001, p.5-6).

L'objectif poursuivi par le deuxième paragraphe est de réduire progressivement le délai standard du droit à l'oubli. Dans un premier temps, le délai standard actuel de dix ans sera réduit à huit ans puis, le 1^{er} janvier 2025, il sera réduit à cinq ans.

Lorsque le délai sera réduit à huit ans, la grille de référence fixée par arrêté royal pourra seulement prévoir un délai inférieur ou égal à huit ans.

Des délais supérieurs à huit ans ne seront donc pas repris dans l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 mai 2019 déterminant une grille de référence relative au droit à l'oubli en certaines assurances de personnes visée à l'article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, qui prévoit des délais réduits pour certains types de pathologies cancéreuses.

te worden na het succesvol beëindigen van de behandeling en voor zover er geen herval plaatsvond aangepast.

De eerste paragraaf doet niets af aan de verplichting van de kandidaat-verzekeringnemer of kandidaat-verzekerde om overeenkomstig artikel 58 aan de verzekeraar alle hem bekende omstandigheden die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar nauwkeurig mee te delen (kankerpathologie, chronische ziekte, invaliditeit, ...).

De memorie van toelichting met betrekking tot artikel 61/2, § 1, bepaalt nader hierbij: "Het valt (...) niet uit te sluiten dat de kandidaat-verzekerde onterecht ervan uitgaat dat hij zijn hartproblemen niet hoeft te melden omdat ze het gevolg zijn van de behandeling van zijn lymfeklierkanker. Het niet meedelen van dergelijke informatie kan achteraf discussies teweegbrengen wanneer de verzekeringsonderneming hiervan alsnog kennis neemt. Om dergelijke problemen te vermijden voorziet het wetsvoorstel erin dat de kankeraandoening evenals andere medische anteceden ten die hiermee al dan niet verband houden, wél gemeld moeten worden. Eerder dan de verantwoordelijkheid te leggen bij de kandidaat-verzekerde om bepaalde anteceden ten niet te melden, maakt het wetsvoorstel de verzekeringsonderneming verantwoordelijk om met bepaalde anteceden ten géén rekening te houden. De verzekerde wordt op deze manier beschermd tegen de toepassing van de artikelen 59 en 60 van de wet van 4 april 2014 verzekeringen die handelen over de gevolgen van het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens." (zie DOC 54 3524/001, blz. 5- 6).

Het doel van de tweede paragraaf is de standaardtermijn voor het recht om vergeten te worden geleidelijk in te korten. In eerste instantie zal de termijn van tien jaar worden teruggebracht tot acht jaar en vervolgens op 1 januari 2025, wordt hij teruggebracht tot vijf jaar.

Voor zover de termijn wordt teruggebracht tot acht jaar, zal het referentierooster vastgelegd per koninklijk besluit, enkel termijnen korter dan of gelijk aan acht jaar voorzien.

Termijnen langer dan acht jaar, zullen dus niet worden hernomen in het wijzigingsbesluit van het koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, dat voorziet in verkorte termijnen voor bepaalde types van kankeraandoeningen.

De plus, le délai standard applicable aux personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué avant l'âge de 21 ans est ramené à cinq ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi. Pour ces personnes, la grille de référence fixée par arrêté royal pourra seulement prévoir un délai inférieur ou égal à cinq ans.

Les délais prévus dans la grille de référence annexée à l'arrêté royal du 26 mai 2019 déterminant une grille de référence relative au droit à l'oubli en certaines assurances de personnes visée à l'article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, qui prévoit des délais réduits pour certains types de pathologies cancéreuses restent d'application, à l'exception de ceux qui sont supérieurs à cinq ans pour les personnes âgées de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée.

Ceci se justifie pour les raisons suivantes:

1° il n'y a guère de différence entre la survie relative de cinq ans et la survie relative de dix ans en ce qui concerne les personnes chez lesquelles un cancer a été diagnostiqué avant qu'elles aient atteint l'âge de 21 ans (respectivement 86 % et 84,1 %: données du Registre belge du Cancer, citées dans la résolution DOC 55 2067/005 adoptée à la Chambre le 10 novembre 2021);

2° d'autres États comme les Pays-Bas appliquent le délai réduit de cinq ans concernant les personnes chez lesquelles un cancer est diagnostiqué avant l'âge de 21 ans.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)
 Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)

Bovendien wordt de standaardtermijn voor personen die de diagnose kanker voor de leeftijd van 21 jaar krijgen, verlaagd naar vijf jaar vanaf de inwerkingtreding van deze wet. Voor deze personen, zal het referentierooster vastgelegd per koninklijk besluit, enkel termijnen korter dan of gelijk aan vijf jaar voorzien.

De termijnen opgenomen in het referentierooster in bijlage bij het koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, dat voorziet in verkorte termijnen voor bepaalde kankeraandoeningen blijft van toepassing, met uitzondering van de termijnen die vijf jaar overschrijden voor de personen jonger dan 21 jaar op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd.

Dit is gerechtvaardigd om de volgende redenen:

1° er is weinig verschil tussen de relatieve vijfjaarsoverleving en de relatieve tienjaarsoverleving voor personen die de diagnose kanker kregen voor zij 21 jaar werden (resp. 86 % en 84,1 %, gegevens: Belgisch Kankerregister, geciteerd in resolutie nr. DOC 55 2067/005 goedgekeurd door de Kamer op 10 november 2021);

2° andere landen, zoals Nederland, passen de verkorte termijn van vijf jaar toe voor personen die voor de leeftijd van 21 jaar de diagnose kanker krijgen.

N° 7 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 4 (nouveau)

Insérer un article 5, rédigé comme suit:

“Art. 5. Dans la sous-section 2, insérée par l’article 3, l’article 61/3 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/3. § 1^{er}. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut déterminer dans une grille de référence certains types d’affections cancéreuses, pour lesquelles le délai visé à l’article 61/2, § 2, est adapté en fonction de catégories d’âge et/ou types d’affection cancéreuse. Le délai adapté ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l’affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l’entreprise d’assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l’état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l’article 217, adapter la grille de référence à certains types d’affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles, le délai visé à l’article 61/2, § 2, peut être adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l’affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l’entreprise d’assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l’état de santé actuel.”

Nr. 7 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 4 (nieuw)

Een artikel 5 invoegen, luidende:

“Art. 5. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt artikel 61/3 vervangen als volgt:

“Art. 61/3. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/2, § 2, wordt aangepast, in functie van leeftijdscategorieën en/of het type van kankeraandoeningen. De aangepaste termijn mag in geen geval langer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoeningen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij hij desgevallend de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijn bedoeld in artikel 61/2, § 2, kan worden aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval langer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.”

JUSTIFICATION

L'article 61/3 reprend le contenu de l'article 61/2, § 2, ainsi que le contenu de l'article 61/3, § § 1^{er} et 3. L'objectif est de regrouper dans un article, toutes les dispositions ayant trait à la faculté pour le Roi de déterminer, d'une part, dans une grille de référence certains types d'affections cancéreuses pour lesquelles le délai est adapté et, d'autre part, de pouvoir l'adapter.

Cette faculté doit être justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques.

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)
Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)

VERANTWOORDING

Artikel 61/3 herneemt de inhoud van artikel 61/2, § 2, alsook de inhoud van artikel 61/3, § § 1 en 3. De bedoeling is om de bepalingen betreffende de bevoegdheid van de Koning om enerzijds in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen te definiëren waarvoor de termijn wordt aangepast en anderzijds om het te kunnen aanpassen, in één artikel te hergroeperen.

Deze mogelijkheid moet medisch en verzekeringstechnisch verantwoord zijn op basis van wetenschappelijke gegevens.

N° 8 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 6 (nouveau)

Insérer un article 6, rédigé comme suit:

“Art. 6. Dans la sous-section 2 insérée par l’article 3, l’article 61/4 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/4. § 1^{er}. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut déterminer, dans une grille de référence un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l’entreprise d’assurance ne peut ni imputer une surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l’entreprise d’assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement, au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l’article 217, adapter la grille de référence pour des affections chroniques particulières, et déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l’entreprise d’assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l’entreprise d’assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine

Nr. 8 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 6 (nieuw)

Een artikel 6 invoegen, luidende:

“Art. 6. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt artikel 61/4 vervangen als volgt:

“Art. 61/4. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning in een referentierooster een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, desgevallend, gekoppeld aan de nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening, waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening waar

également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.”.”

JUSTIFICATION

L'article 61/4 reprend le contenu de l'article 61/3, §§ 2 et 4. L'objectif est de regrouper dans un article les dispositions ayant trait à la compétence du Roi en matière de maladies chroniques.

Cela permet d'apporter plus de clarté au dispositif mais n'apporte pas de modification substantielle.

Il est aussi indiqué que la grille de référence ne peut être adaptée que pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

bij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.”.”

VERANTWOORDING

Artikel 61/4 neemt de inhoud over van artikel 61/3, §§ 2 en 4. De bedoeling is om de bepalingen over de bevoegdheid van de Koning aangaande chronische ziektes te hergroeperen.

Dit maakt het mogelijk om het systeem te verduidelijken, maar het brengt geen wezenlijke verandering met zich mee.

Bovendien wordt er vermeld dat het referentierooster enkel mag worden aangepast voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens.

N° 9 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 7 (nouveau)

Insérer un article 7, rédigé comme suit:

“Art. 7. Dans la sous-section 2 insérée par l’article 3, il est inséré un article 61/5 rédigé comme suit:

“Art. 61/5. § 1^{er}. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/3 et 61/4. Il communique sa proposition d’adaptation de la grille de référence au Bureau du suivi de la tarification visé à l’article 217. Ce Bureau du suivi de la tarification transmet la proposition accompagnée de son avis au ministre qui a les Assurances dans ses attributions, ainsi qu’au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement, au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et déterminer l’objet de la proposition d’adaptation.”.

JUSTIFICATION

L’article 61/5 reprend le contenu de l’article 61/3, § 6.

Nr. 9 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 7 (nieuw)

Een artikel 7 invoegen, luidende:

“Art. 7. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt een artikel 61/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/5. § 1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweejaarlijks in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen, bedoeld in de artikelen 61/3 en 61/4. Het deelt zijn voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, bedoeld in artikel 217. Dit Opvolgingsbureau zendt het voorstel, vergezeld van zijn advies, door aan de minister bevoegd voor Verzekeringen, evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken.

Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning het referentierooster aanpassen.

§ 2. De Koning kan de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing bepalen.”.

VERANTWOORDING

Artikel 61/5 neemt de inhoud over van artikel 61/3, § 6.

Toutefois, afin d'accélérer la procédure d'évaluation du droit à l'oubli et de permettre une évolution rapide de la grille de référence en fonction notamment du progrès médical et des données scientifiques disponibles, il est prévu dans un paragraphe 2 que le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et l'objet de la proposition d'adaptation.

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Om de evaluatieprocedure van het recht om vergeten te worden te versnellen en een snelle ontwikkeling van het referentierooster in functie van met name de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens mogelijk te maken, is er in een paragraaf 2 voorzien dat de Koning de termijn bedoeld in paragraaf 1 kan aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing kan bepalen.

N° 10 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 8 (*nouveau*)**Insérer un article 8, rédigé comme suit:**

“Art. 8. Dans la sous-section 2, insérée par l’article 3, il est inséré un article 61/6 rédigé comme suit:

“Art. 61/6. Le financement de la mission d’avis du Bureau du suivi de la tarification sur les propositions du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé concernant le droit à l’oubli, visées aux articles 61/3 à 61/5, est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l’article 220.””

JUSTIFICATION

Il existe déjà dans le cadre des “Dispositions propres à certains contrats d’assurance qui garantissent le remboursement du capital d’un crédit”, une Caisse de compensation en exécution de l’article 217, § 4, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Dans l’exercice de sa mission, le Bureau du suivi de la tarification vérifie aussi si les dispositions en matière de droit à l’oubli sont bien respectées. Il est donc logique que la Caisse de compensation couvre également le financement de l’activité marginale de ce Bureau afférente à sa compétence d’avis.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 10 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 8 (*nieuw*)**Een artikel 8 invoegen, luidende:**

“Art. 8. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt een artikel 61/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/6. De financiering van de adviserende opdracht van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering over de voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg betreffende het recht om vergeten te worden zoals bedoeld in de artikelen 61/3 tot 61/5, is ten laste van de overeenkomstig artikel 220 erkende Compensatiekas.””

VERANTWOORDING

Er bestaat reeds in het kader van de “Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen”, een Compensatiekas in uitvoering van artikel 217, § 4, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Bij de uitoefening van zijn opdracht gaat het Opvolgingsbureau voor de tarifiering ook na of de bepalingen inzake het recht om vergeten te worden goed worden nageleefd. Het is dan ook logisch dat de Compensatiekas ook de financiering dekt van de marginale activiteit van dit Bureau in relatie tot zijn adviserende rol.

N° 11 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 9 (nouveau)

Insérer un article 9, rédigé comme suit:

“Art. 9. Dans la sous-section 2, insérée par l’article 3, il est inséré un article 61/7 rédigé comme suit:

“Art. 61/7. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l’application des dispositions de la présente sous-section sont d’abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la tarification, visé à l’article 217. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l’entreprise d’assurance transmet son dossier.

Le financement de la mission d’avis du Bureau du suivi de la tarification sur les litiges visés à l’alinéa 1^{er} est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l’article 220.”.

JUSTIFICATION

L’alinéa 1^{er} reprend le contenu de l’article 61/4. Celui-ci n’appelle pas de commentaire particulier.

L’alinéa 2 met à charge de la Caisse de compensation, qui existe déjà en matière d’assurance solde restant dû, le financement des éventuels avis que le Bureau du suivi de la tarification serait amené à émettre dans le cadre de litiges qui lui seront soumis.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 11 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 9 (nieuw)

Een artikel 9 invoegen, luidende:

“Art. 9. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 3, wordt een artikel 61/7 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/7. Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken, worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de bepalingen van deze onderafdeling door de meest gereede partij eerst voorgelegd aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering geeft zijn advies binnen vijftien werkdagen vanaf de ontvangst van het volledige dossier. Op eenvoudig verzoek van het Bureau, zendt de verzekeringsonderneming haar dossier door.

De financiering van de adviserende opdracht van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering inzake geschillen zoals bedoeld in het eerste lid, is ten laste van de overeenkomstig artikel 220 erkende Compensatiekas.”.

VERANTWOORDING

Het eerste lid neemt de inhoud over van artikel 61/4. Dit lid vereist geen bijzonder toelichting.

In het tweede lid wordt de Compensatiekas, die reeds bestaat in het kader van de schuldsaldoverzekering, belast met de financiering van de adviezen die het Opvolgingsbureau voor de tarifiering eventueel zou moeten uitbrengen in het kader van geschillen die aan het Bureau zullen worden voorgelegd.

N° 12 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 10 (*nouveau*)**Insérer un article 10, rédigé comme suit:**

“Art. 10. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la même loi, il est inséré une sous-section 3 comportant les articles 61/8, à 61/13, intitulée:

“Sous-section 3. Assurance incapacité de travail”.”

JUSTIFICATION

Les dispositions actuellement applicables pour le droit à l'oubli dans le cadre de l'assurance solde restant dû ne peuvent pas être étendues à l'assurance incapacité de travail. En effet, il convient de tenir compte de la spécificité du risque, il ne s'agit plus du risque décès mais du risque lié à l'incapacité de travail.

Ainsi, à titre d'exemple, la mucoviscidose peut, selon la grille de référence en assurance solde restant dû, être assurée contre le risque de décès, dans des conditions bien définies moyennant une prime supplémentaire. Les personnes atteintes de cette maladie consacrent quotidiennement beaucoup de temps à leur traitement: aérosol, physiothérapie, médicaments, etc. Si ce traitement ne fonctionne pas, une greffe de poumon peut aussi s'avérer nécessaire. Il va sans dire qu'une telle maladie peut avoir un impact très important sur l'aptitude au travail.

La présente sous-section comporte les dispositions applicables au droit à l'oubli en assurance incapacité de travail.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 12 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 10 (*nieuw*)**Een artikel 10 invoegen, luidende:**

“Art. 10. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van dezelfde wet, wordt een onderafdeling 3 ingevoegd die de artikelen 61/8 tot 61/13 bevat, luidende:

“Onderafdeling 3. Arbeidsongeschiktheidsverzekering”.”

VERANTWOORDING

De bepalingen die momenteel van toepassing zijn op het recht om te vergeten in het kader van de schuldsaldoverzekering, kunnen niet worden uitgebreid tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Er moet immers rekening worden gehouden met de specifieke aard van het risico: het gaat niet meer om het risico op overlijden, maar om het risico op arbeidsongeschiktheid.

Zo kan, volgens het referentierooster in het kader van de schuldsaldoverzekering, bijvoorbeeld in het geval van mucoviscidose het risico op overlijden worden verzekerd in bepaalde vastgelegde omstandigheden, mits er een bijpremie wordt betaald. De personen die aan deze ziekte lijden moeten elke dag een groot deel van hun tijd opofferen aan hun behandeling: aerosol, fysiotherapie, geneesmiddelen, ... Als die behandeling niet aanslaat, kan er een longtransplantatie vereist zijn. Het spreekt voor zich dat een dergelijke ziekte een zeer grote impact heeft op de arbeidsgeschiktheid.

Deze onderafdeling bevat de bepalingen die van toepassing zijn op het recht om vergeten te worden inzake arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

N° 13 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 11 (nouveau)

Insérer un article 11, rédigé comme suit:

“Art. 11. Dans la sous-section 3, insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/8 rédigé comme suit:

“Art. 61/8. § 1^{er}. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d’une pathologie cancéreuse, quel que soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l’article 61/1, 2°, doivent déclarer cette pathologie à leur assureur conformément à l’article 58.

§ 2. Il est toutefois interdit à l’entreprise d’assurance, à l’expiration d’un délai de huit ans après la fin d’un traitement réussi et en l’absence de rechute et d’incapacité de travail à la suite de la pathologie cancéreuse dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l’état de santé actuel, tel que prévu à l’article 61.

Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée, le délai visé à l’alinéa 1^{er} est de cinq ans maximum.

Le délai visé à l’alinéa 1^{er} est ramené à cinq ans le 1^{er} janvier 2025.

§ 3. Par la fin d’un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l’absence d’une nouvelle apparition du cancer.

L’entreprise d’assurance ne peut exclure du contrat d’assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l’assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.”

JUSTIFICATION

Poursuivant la même approche qu’en assurance solde restant dû, le candidat preneur d’assurance ou candidat

Nr. 13 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 11 (nieuw)

Een artikel 11 invoegen, luidende:

“Art. 11. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/8 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/8. § 1. Personen die getroffen werden of worden door een kankeraandoening, ongeacht het type, en die een verzekering zoals bepaald in artikel 61/1, 2°, willen aangaan, moeten die aandoening melden aan hun verzekeraar overeenkomstig artikel 58.

§ 2. Het is de verzekeringsonderneming echter verboden om bij het verstrijken van een termijn van acht jaar na het succesvol beëindigen van de behandeling en voor zover er geen herval noch een arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de kanker plaatsvond binnen deze termijn, deze kankeraandoening in acht te nemen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand, zoals vermeld in artikel 61.

Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, bedraagt de in het eerste lid bedoelde termijn maximum vijf jaar.

De termijn bedoeld in het eerste lid wordt tot vijf jaar teruggebracht op 1 januari 2025.

§ 3. Onder het succesvol beëindigen van de behandeling wordt begrepen de datum waarop de actieve behandeling van de kankeraandoening werd beëindigd, in afwezigheid van een nieuwe opstoot van kanker.

De verzekeringsonderneming mag deze kankeraandoening niet uitsluiten uit de verzekeringsovereenkomst of de verzekering weigeren omwille van deze kankeraandoening.”

VERANTWOORDING

Dezelfde benadering als bij de schuldsaldoverzekering volgend, zijn de kandidaat-verzekeringnemer of

assuré qui souhaite souscrire une assurance incapacité de travail a toujours l'obligation de déclarer cette pathologie à son assureur, même s'il est guéri d'un cancer. Le premier paragraphe ne porte pas préjudice à l'obligation du preneur d'assurance, conformément à l'article 58, de déclarer exactement à l'assureur toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque sur son état de santé (pathologie cancéreuse, maladie chronique, handicap, ...).

Toutefois, l'assureur ne peut tenir compte de cette pathologie à l'expiration d'un délai de huit ans, en l'absence de rechute et d'incapacité de travail à la suite de la pathologie cancéreuse dans ce délai.

L'objectif poursuivi par le deuxième paragraphe est de réduire à terme le délai standard du droit à l'oubli. Dans un premier temps, le délai sera de huit ans puis, le 1^{er} janvier 2025, il passera à cinq ans.

Pour les personnes chez qui un cancer a été diagnostiqué avant l'âge de 21 ans, le délai standard est de cinq ans dès l'entrée en vigueur de la présente loi.

La portée de la terminologie est celle prévue par le code de conduite du secteur à savoir:

— “par la fin d'un traitement réussi”, on entend: la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse par chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie préventive;

— par “rechute”, on entend: toute nouvelle manifestation du cancer médicalement constatée par un examen clinique ou biologique ou par imagerie.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)
 Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)

kandidaat- verzekerde die een arbeidsongeschiktheidsverzekering wil afsluiten, verplicht om deze aandoening aan zijn verzekeraar te melden, zelfs indien hij genezen is van kanker. De eerste paragraaf doet niets af aan de verplichting van de verzekeringnemer om overeenkomstig artikel 58 aan de verzekeraar alle hem bekende omstandigheden die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar nauwkeurig mee te delen (kankerpathologie, chronische ziekte, invaliditeit, ...).

Echter mag de verzekeraar na acht jaar geen rekening meer houden met deze aandoening, voor zover er geen herval noch een arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de kanker plaatsvond binnen deze termijn.

Het doel van de tweede paragraaf is op termijn de standaardtermijn voor het recht om vergeten te worden in te korten. In eerste instantie zal de termijn acht jaar zijn en vervolgens op 1 januari 2025, overgaan naar vijf jaar.

Bovendien wordt de standaardtermijn voor personen die de diagnose kanker voor de leeftijd van 21 jaar kregen vijf jaar en dit, vanaf de inwerkingtreding van deze wet.

De draagwijdte van de terminologie komt overeen met die van de gedragscode van de sector, namelijk:

— onder “het succesvol beëindigen van de behandeling” wordt begrepen: de datum van de beëindiging van de actieve behandeling van de kankeraandoening met chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie verricht in een erkende voorziening, zonder noodzakelijke bijkomende behandeling met uitzondering van een mogelijke voortgezette behandeling van het type preventieve hormoontherapie;

— onder “herval” wordt begrepen: elke nieuwe opstoot van kanker die medisch werd vastgesteld door klinisch, biologisch of beeldonderzoek.

N° 14 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 12 (nouveau)

Insérer un article 12, rédigé comme suit:

“Art. 12. Dans la sous-section 3 insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/9 rédigé comme suit:

“Art. 61/9. § 1^{er}. Nonobstant les articles 61/8 et 61/10, l’entreprise d’assurance peut exclure de la couverture l’incapacité de travail économique ou physiologique permanente et/ou l’invalidité consécutive à un cancer qui existe au moment de la souscription du contrat d’assurance ou de l’affiliation à une assurance liée à l’activité professionnelle.

La proposition d’exclusion et sa motivation doivent être communiquées au candidat preneur d’assurance ou, le cas échéant, au candidat assuré en termes clairs, précis et compréhensibles. Dans la motivation, l’assureur expose, en particulier, les données qu’il a utilisées, ainsi que les critères qu’il a appliqués et qui l’ont amené à formuler sa proposition.

§ 2. Le candidat preneur d’assurance qui n’est pas d’accord avec l’exclusion proposée en informe l’assureur. L’assureur transmet immédiatement l’ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de l’évaluer.

Pour autant qu’aucun élément nouveau ne soit transmis par le candidat assuré à l’assureur, le réassureur ne doit pas réévaluer la proposition de l’assureur pour autant qu’il ait déjà été consulté par celui-ci lors de l’examen du dossier par l’assureur et que son avis a été suivi.

Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. Tout contact direct entre, d’une part, le réassureur et, d’autre part, le preneur d’assurance, l’assuré ou le médecin traitant est interdit.

Nr. 14 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 12 (nieuw)

Een artikel 12 invoegen, luidende:

“Art. 12. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/9 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/9. § 1. Niettegenstaande de artikelen 61/8 en 61/10, mag de verzekeringsonderneming de blijvende economische en/of fysiologische arbeidsongeschiktheid en/of invaliditeit ten gevolge van kanker die bestaat op het ogenblik van de sluiting van de verzekeringsovereenkomst of van de aansluiting bij een beroepsgebonden verzekering, uitsluiten van de dekking.

De voorgestelde uitsluiting en de redenen daarvoor moeten in duidelijke, nauwkeurige en begrijpelijke bewoordingen aan de kandidaat-verzekeringnemer of, in voorkomend geval, aan de kandidaat-verzekerde worden medegedeeld. In de motivering zet de verzekeraar met name uiteen welke gegevens hij heeft gebruikt, alsook welke criteria hij heeft gehanteerd bij de formulering van zijn voorstel.

§ 2. De kandidaat-verzekeringnemer die niet akkoord gaat met de voorgestelde uitsluiting brengt de verzekeraar hiervan op de hoogte. De verzekeraar maakt onverwijld het hele dossier over aan de herverzekeraar met het verzoek het te beoordelen.

Voor zover er door de kandidaat-verzekerde geen enkele nieuwe informatie aan de verzekeraar wordt verstrekt, dient de herverzekeraar het voorstel van de verzekeraar niet opnieuw te beoordelen voor zover hij reeds door de verzekeraar werd geraadpleegd bij het onderzoek van het dossier door de verzekeraar en zijn advies werd opgevolgd.

De herverzekeraar beslist alleen op grond van het toegezonden dossier. Elk rechtstreeks contact tussen enerzijds de herverzekeraar en anderzijds de verzekeringnemer, de verzekerde of de behandelende geneesheer is verboden.

Lorsque le réassureur confirme la décision de l'assureur, ce dernier confirme sa décision initiale au candidat à l'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur s'il décide de conclure le contrat doit suivre la position du réassureur et modifie en ce sens la proposition d'assurance.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours à dater de la prise de connaissance du refus du candidat-preneur d'assurance pour communiquer sa décision.

L'assureur en informe le candidat-preneur d'assurance, et le cas échéant, le candidat-assuré.

Le contrat d'assurance détermine en termes clairs, précis et compréhensibles l'exclusion et sa portée.””

JUSTIFICATION

Afin de tenir compte des spécificités de l'assurance incapacité de travail, il est prévu dans un premier paragraphe que l'entreprise d'assurance puisse exclure de sa garantie les incapacités économiques et/ou physiologiques permanentes de travail et/ou les invalidités consécutives à un cancer qui existent préalablement à la souscription ou à l'affiliation à l'assurance. Est visée l'incapacité de travail mais aussi l'invalidité qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

En effet, une personne peut avoir une invalidité en raison de son cancer qui dans le cadre de sa fonction actuelle n'entraîne pas une incapacité de travail économique mais qui dans le cadre d'une autre fonction pourrait conduire à une incapacité de travail économique. Suite à un changement de fonction, il ne serait pas acceptable qu'un assureur soit obligé de couvrir l'incapacité de travail et de payer une rente en raison d'une invalidité qui préexistait à la conclusion du contrat d'assurance.

Couvrir une incapacité de travail préexistante à la conclusion du contrat reviendrait à couvrir un risque qui s'est déjà réalisé et est contraire au principe même de l'assurance.

Wanneer de herverzekeraar de beslissing van de verzekeraar bevestigt, bevestigt de verzekeraar de oorspronkelijke beslissing aan de kandidaat-verzekeringnemer.

In het tegenovergestelde geval, volgt de verzekeraar, die besluit de overeenkomst te sluiten, de beslissing van de herverzekeraar en past hij zijn verzekeringsvoorstel in die zin aan.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen, vanaf het ogenblik waarop hij kennis neemt van de weigering van de kandidaat-verzekeringnemer, om zijn beslissing mee te delen.

De verzekeraar informeert de kandidaat-verzekeringnemer of, in voorkomend geval, de kandidaat-verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst bepaalt in duidelijke, nauwkeurige en begrijpelijke bewoordingen de uitsluiting en de draagwijdte ervan.””

VERANTWOORDING

Om rekening te houden met het specifieke karakter van de arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt er in de eerste paragraaf bepaald dat de verzekeringsonderneming de dekking mag uitsluiten van de blijvende economische en/of fysiologische arbeidsongeschiktheid en/of invaliditeit ten gevolge van kanker die bestaat vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst of vóór de aansluiting bij een verzekering. Hiermee wordt de arbeidsongeschiktheid maar ook de invaliditeit bedoeld die bestaat op het ogenblik van de sluiting van de verzekeringsovereenkomst.

Een persoon kan inderdaad een invaliditeit hebben die voor zijn huidige functie geen economische arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft, maar in een andere functie wel tot een economische arbeidsongeschiktheid leidt. Na een functiewijziging zou het niet aanvaardbaar zijn dat een verzekeraar verplicht wordt om een arbeidsongeschiktheid te dekken en een rente te betalen wegens een invaliditeit die reeds bestond op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst.

Het dekken van arbeidsongeschiktheid die reeds bestaat wanneer de overeenkomst wordt gesloten, zou inderdaad betekenen dat er een risico wordt gedekt dat zich reeds heeft voorgedaan en gaat in tegen het eigenlijke principe van een verzekering.

En outre, il est prévu dans un second paragraphe, de permettre un réexamen de la demande de couverture par le réassureur dont l'avis est contraignant en cas de conclusion du contrat.

Le réassureur ne doit pas réévaluer la proposition de l'assureur s'il a déjà été consulté lors de l'examen du dossier par l'assureur et que son avis a été suivi.

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIÉ (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Bovendien is er in de tweede paragraaf voorzien om een beoordeling van de dekkingaanvraag door de herverzekeraar mogelijk te maken, waarvan het advies bindend is als de overeenkomst wordt gesloten.

De herverzekeraar dient het voorstel van de verzekeraar niet opnieuw te beoordelen indien hij reeds tijdens de beoordeling van het dossier door de verzekeraar is geraadpleegd en zijn advies is gevolgd.

N° 15 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 13 (nouveau)

Insérer un article 13, rédigé comme suit:

“Art. 13. Dans la sous-section 3 insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/10 rédigé comme suit:

“Art. 61/10. § 1^{er}. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, déterminer dans une grille de référence, certains types d’affections cancéreuses, pour lesquelles le délai visé à l’article 61/8, § 2, est adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l’affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l’entreprise d’assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l’état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence à certains types d’affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles le délai visé à l’article 61/8, § 2, peut être adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l’affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Nr. 15 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 13 (nieuw)

Een artikel 13 invoegen, luidende:

“Art. 13. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/10 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/10. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringstechniek te hebben ingewonnen, in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/8, § 2, wordt aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval meer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringstechniek te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij hij desgevallend de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijn bedoeld in artikel 61/8, § 2, kan worden aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval meer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel."

JUSTIFICATION

Les grilles de référence tant pour certains types de pathologies cancéreuses que pour un certain nombre de maladies chroniques prévues dans le cadre de l'assurance solde restant dû ne peuvent être étendues ipso facto à l'assurance incapacité de travail car le risque assuré n'est pas le même. En effet, les grilles de référence qui existent dans le cadre de l'assurance solde restant dû ne concernent que l'assurance du risque de décès associé à certains types de cancer ou un certain nombre de maladies chroniques. Le risque de devenir incapable de travailler est très différent du risque de mourir. Cela a pour conséquence que le risque d'incapacité de travail ne peut être assuré dans les mêmes conditions que le risque de décès.

Il n'est dès lors pas possible d'étendre les grilles de référence existantes à l'assurance incapacité de travail.

À l'instar du droit à l'oubli dans le cadre de l'assurance solde restant dû, il importe d'adapter le délai aux spécificités de certaines pathologies cancéreuses tout en prenant en considération le risque assuré spécifique à savoir l'incapacité de travail.

Enfin, suivant le même mécanisme que pour l'assurance solde restant dû, pour tenir compte du progrès médical et des données scientifiques disponibles, ces grilles de référence sont régulièrement soumises à une procédure de réévaluation.

L'élaboration de ces grilles de référence est un travail conséquent, qui demande de l'expertise. Cette tâche est confiée dans un premier temps au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

En outre, les propositions formulées doivent se justifier sur la base de données scientifiques, non seulement d'un point de vue médical, mais aussi au regard de la technique de l'assurance.

Il convient donc que le(s) ministre(s) recueille(nt) aussi un avis au regard de la technique assurantielle. Dans le cadre

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand."

VERANTWOORDING

De referentieroosters, zowel voor een aantal types van kankeraandoeningen als voor een aantal chronische ziekten voorzien in het kader van de schuldsaldoverzekering, kunnen niet ipso facto worden uitgebreid naar de arbeidsongeschiktheidsverzekering omdat het verzekerde risico niet hetzelfde is. De bestaande referentieroosters in het kader van de schuldsaldoverzekering hebben namelijk alleen betrekking op de verzekering van het overlijdensrisico gekoppeld aan een aantal types van kankeraandoeningen of een aantal chronische ziektes. Het risico om arbeidsongeschikt te worden, verschilt sterk van het risico op overlijden. Dit heeft tot gevolg dat het risico van arbeidsongeschiktheid niet onder dezelfde voorwaarden kan worden verzekerd als het risico van overlijden.

Om die redenen is het niet mogelijk om de bestaande referentieroosters uit te breiden naar de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Naar het voorbeeld van het recht om vergeten te worden in het kader van de schuldsaldoverzekering is het van belang om de termijn aan te passen aan de specifieke kenmerken van bepaalde kankeraandoeningen, rekening houdend met het specifieke verzekerde risico, namelijk de arbeidsongeschiktheid.

Tot slot worden die referentieroosters regelmatig onderworpen aan een procedure van herevaluatie, rekening houdend met de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens, volgens hetzelfde mechanisme als voor de schuldsaldoverzekering.

De uitwerking van die referentieroosters is een aanzienlijke taak die deskundigheid vraagt. Daarom wordt die taak in eerste instantie toevertrouwd aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De voorstellen moeten bovendien worden verantwoord op basis van wetenschappelijke gegevens, niet enkel vanuit een medisch standpunt, maar ook met betrekking tot de verzekeringstechniek.

De minister(s) dient (dienen) derhalve ook advies in te winnen met betrekking tot de verzekeringstechniek. In het

de l'assurance solde restant dû (qui fait partie de la branche assurance vie), le Bureau du suivi de la tarification réunit ses membres, experts en technique médicale et assurantielle au moins tous les quinze jours dans le cadre de sa mission relevant des "Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit" visées aux articles 212 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Un tel organe réunissant les mêmes compétences en matière d'assurance maladie n'existe pas.

Comme il est nécessaire de recueillir un avis au regard de la technique assurantielle, l'avis peut être obtenu d'une autorité de contrôle, d'un groupe d'experts, de la Commission des assurances, ... Le choix en est laissé au(x) ministre(s).

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)
Anneleen VAN BOSSUYT (N-VA)

kader van de schuldsaldoverzekering (die deel uitmaakt van de tak levensverzekering) komt het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, waarvan de leden deskundigen zijn op medisch en verzekeringstechnisch gebied, minstens om de vijftien dagen samen in het kader van de opdracht die valt onder "Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen", bedoeld in de artikelen 212 en volgende van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Er bestaat geen orgaan met dezelfde bevoegdheden op het gebied van de ziektekostenverzekering.

Aangezien het noodzakelijk is om een advies in te winnen met betrekking tot de verzekeringstechniek, kan advies worden ingewonnen bij een toezichthoudende autoriteit, een groep deskundigen, de Commissie voor Verzekeringen, ... De keuze wordt aan de minister(s) overgelaten.

N° 16 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 14 (nouveau)

Insérer un article 14, rédigé comme suit:

“Art. 14. Dans la sous-section 3, insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/11 rédigé comme suit:

“Art. 61/11. § 1^{er}. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, déterminer, dans une grille de référence un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l’entreprise d’assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l’entreprise d’assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence reprenant un certain nombre de maladies chroniques et peut déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l’entreprise d’assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

Nr. 16 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 14 (nieuw)

Een artikel 14 invoegen, luidende:

“Art. 14. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/11 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/11. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringen te hebben ingewonnen, in een referentierooster, een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, desgevallend, gekoppeld aan de nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening, waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringen te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.”.”

JUSTIFICATION

Le droit à l'oubli peut être étendu à des pathologies chroniques, au moyen d'une grille de référence à déterminer en fonction du risque d'incapacité de travail.

En outre, suivant le même mécanisme que pour l'assurance solde restant dû, ces grilles de référence peuvent être régulièrement adaptées afin notamment de tenir compte du progrès médical et des données scientifiques disponibles.

L'élaboration de ces grilles de référence est un travail conséquent, qui demande de l'expertise. Cette tâche est confiée dans un premier temps au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Cependant, les propositions formulées doivent se justifier sur la base de données scientifiques, non seulement d'un point de vue médical, mais aussi au regard de la technique de l'assurance.

Il convient donc que le(s) ministre(s) recueille(nt) aussi un avis au regard de la technique assurantielle. Dans le cadre de l'assurance solde restant dû, le Bureau du suivi de la tarification est déjà composé d'experts en technique médicale et assurantielle. Un tel organe réunissant les mêmes compétences en matière d'assurance maladie n'existe pas.

Comme il est nécessaire de recueillir un avis au regard de la technique assurantielle, l'avis peut être sollicité auprès d'une autorité de contrôle, d'un groupe d'experts, de la Commission des assurances... Le choix en est laissé au(x) ministre(s).

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIÉ (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.”.”

VERANTWOORDING

Het recht om vergeten te worden kan worden uitgebreid tot chronische aandoeningen, mits er een referentierooster wordt opgesteld op basis van het risico op arbeidsongeschiktheid.

Bovendien kunnen die referentieroosters regelmatig worden aangepast, volgens hetzelfde mechanisme als voor de schuldsaldoverzekering, teneinde rekening te houden met de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens.

De uitwerking van die referentieroosters is een aanzienlijke taak die deskundigheid vraagt. Daarom wordt die taak in eerste instantie toevertrouwd aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De voorstellen moeten bovendien worden verantwoord op basis van wetenschappelijke gegevens, niet enkel vanuit een medisch standpunt, maar ook met betrekking tot de verzekeringstechniek.

De minister(s) dient (dienen) derhalve ook advies in te winnen over de verzekeringstechniek. In het kader van de schuldsaldoverzekering bestaat het Opvolgingsbureau al uit deskundigen op medisch en verzekeringstechnisch gebied. Er bestaat geen orgaan met dezelfde bevoegdheden op het gebied van de ziektekostenverzekering.

Aangezien het noodzakelijk is om advies in te winnen op het vlak van verzekeringstechniek, kan advies worden ingewonnen bij een toezichthoudende autoriteit, een groep deskundigen, de Commissie voor Verzekeringen,... De keuze wordt aan de minister(s) overgelaten.

N° 17 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 15 (nouveau)

Insérer un article 15, rédigé comme suit:

“Art. 15. Dans la sous-section 3, insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/12 rédigé comme suit:

“Art. 61/12. § 1^{er}. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/10 et 61/11. Il communique sa proposition au ministre qui a les Assurances dans ses attributions ainsi qu’au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement, au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé, après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et déterminer l’objet de la proposition d’adaptation.”

JUSTIFICATION

Afin d’accélérer la procédure d’évaluation du droit à l’oubli et de permettre une évolution rapide de la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles, le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et déterminer l’objet de la proposition d’adaptation.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIÉ (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 17 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 15 (nieuw)

Een artikel 15 invoegen, luidende:

“Art. 15. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/12 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/12. § 1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweejaarlijks in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen, bedoeld in de artikelen 61/10 en 61/11. Het deelt het voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan de minister bevoegd voor Verzekeringen, evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken.

Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringstechniek te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen.

§ 2. De Koning kan de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing bepalen.”

VERANTWOORDING

Teneinde de evaluatieprocedure van het recht om vergeten te worden te versnellen en een snelle ontwikkeling van het referentierooster in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens mogelijk te maken, kan de Koning de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing bepalen.

N° 18 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 16 (nouveau)

Insérer un article 16, rédigé comme suit:

“Art. 16. Dans la sous-section 3, insérée par l’article 10, il est inséré un article 61/13 rédigé comme suit:

“Art. 61/13. § 1^{er}. Sans préjudice des articles 61/10, 61/11 et 61/12, le Roi peut créer au sein du Bureau du suivi de la tarification visé à l’article 217, une section en charge de l’assurance incapacité de travail. Le Roi peut charger cette section d’émettre des avis sur les propositions du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et de les amender afin que celles-ci répondent à la technique médicale et assurantielle.

Le Roi peut charger cette section du Bureau du suivi de la tarification d’émettre des avis dans le cadre des litiges relatifs à l’application de la présente sous-section et en fixer les modalités.

§ 2. Le financement des missions d’avis du Bureau du suivi de la tarification visées au paragraphe 1^{er}, sont à charge du service ombudsman des assurances visé à l’article 322.

Tous les deux ans à dater de l’entrée en vigueur du présent article, le financement est réévalué sur base d’un rapport du service de l’ombudsman des assurances au ministre qui a les Assurances dans ses attributions. Le Roi peut déterminer qu’une Caisse de compensation “maladie” doit pourvoir au financement de cette mission.”

JUSTIFICATION

Compte tenu que le Bureau du suivi de tarification ne traite pas actuellement de dossiers en matière d’incapacité de travail, lui attribuer une compétence occasionnelle d’avis, se heurte à des difficultés organisationnelles (nominations, collaboration...).

Nr. 18 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 16 (nieuw)

Een artikel 16 invoegen, luidende:

“Art. 16. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 10, wordt een artikel 61/13 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/13. § 1. Onverminderd de artikelen 61/10, 61/11 en 61/12 kan de Koning bij het in artikel 217 bedoelde Opvolgingsbureau voor tarifiering een afdeling oprichten die bevoegd is voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Koning kan deze afdeling belasten met het uitbrengen van adviezen over de voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en ze zodanig te amenderen dat ze in overeenstemming zijn met de medische- en verzekeringstechniek.

De Koning kan deze afdeling van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering belasten met het uitbrengen van adviezen in het kader van geschillen met betrekking tot de toepassing van deze onderafdeling, en de modaliteiten ervan vaststellen.

§ 2. De financiering van de adviesopdrachten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, bedoeld in paragraaf 1 is ten laste van de ombudsdienst inzake verzekeringen zoals bedoeld in artikel 322.

Tweejaarlijks, te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van dit artikel, wordt de financiering opnieuw geëvalueerd op basis van een verslag van de ombudsdienst inzake verzekeringen aan de minister bevoegd voor Verzekeringen. De Koning kan bepalen dat een Compensatiekas “ziekte” moet voorzien in de financiering van deze taak.”

VERANTWOORDING

De toekenning van een occasionele adviesbevoegdheid aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering in het kader van de arbeidsongeschiktheidsverzekering stuit op organisatorische moeilijkheden (benoemingen, samenwerking,...), rekening houdende met het feit dat het Opvolgingsbureau voor de tarifiering momenteel geen gevallen van arbeidsongeschiktheid behandelt.

En effet, ledit Bureau ne se réunirait qu'occasionnellement lorsqu'un avis serait sollicité sur une proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Il est toutefois laissé la possibilité au Roi de prévoir la création d'une section spécifique au sein du Bureau de tarification qui serait en charge de l'assurance incapacité de travail. Il est proposé dans un premier temps que les frais y afférents soient pris en charge par le service de l'ombudsman des assurances. Sur base du rapport du service de l'ombudsman, le Roi peut créer une Caisse de compensation en lien avec l'assurance maladie afin de financer les avis en matière d'assurance incapacité de travail.

Le Roi peut aussi instituer tout groupe de travail de nature à émettre un avis sur les propositions du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Patrick PRÉVOT (PS)
Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
Florence REUTER (MR)
Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
Leen DIERICK (cd&v)
Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Voornoemd Bureau zou namelijk occasioneel samenkomen wanneer een advies wordt gevraagd over een voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Aan de Koning wordt echter de mogelijk gelaten om te voorzien in de oprichting van een specifieke afdeling binnen het Opvolgingsbureau voor de tarifiering die bevoegd is voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Er wordt voorgesteld dat de daaraan verbonden kosten in eerste instantie gedragen worden door de ombudsdienst inzake verzekeringen. Op basis van het verslag van de ombudsdienst inzake verzekeringen kan de Koning een Compensatiekas in verband met de ziektekostenverzekering oprichten om de adviezen inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekering te financieren.

De Koning kan ook om het even welke werkgroep oprichten om advies uit te brengen over de voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

N° 19 DE M. PATRICK PRÉVOT ET CONSORTS

Art. 17 (nouveau)

Insérer un article 17, rédigé comme suit:

“Art. 17. Les dispositions réglementaires qui ont été prises en exécution de la section Ibis, et qui ne sont pas contraires aux nouvelles dispositions demeurent en vigueur jusqu’à leur abrogation ou le remplacement par des arrêtés pris en exécution de la section Ibis.”

JUSTIFICATION

Le délai pour bénéficier du droit à l’oubli ayant été réduit à huit ans puis, le 1er janvier 2025, à cinq ans, il est permis pour le Roi, pour autant qu’il en soit justifié au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques, d’augmenter ou de réduire ce délai dans la grille de référence précitée. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans.

Cette disposition vise à ne pas porter atteinte à la grille de référence relative à certains types de cancers pour lesquels le délai de dix ans est réduit (annexe 1 à l’arrêté royal du 26 mai 2019 déterminant une grille de référence relative au droit à l’oubli en certaines assurances de personnes visée à l’article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances). Cette disposition permettra l’application des délais prévus dans l’arrêté royal du 26 mai 2019 précité pendant la période entre l’entrée en vigueur des nouvelles dispositions et l’entrée en vigueur de l’arrêté modificatif de l’arrêté royal du 26 mai 2019 déterminant une grille de référence relative au droit à l’oubli en certaines assurances de personnes visée à l’article 61/3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Il s’agit donc d’une disposition transitoire.

Patrick PRÉVOT (PS)
 Robby DE CALUWÉ (Open Vld)
 Florence REUTER (MR)
 Albert VICAIRE (Ecolo-Groen)
 Leen DIERICK (cd&v)
 Melissa DEPRAETERE (Vooruit)
 Barbara CREEMERS (Ecolo-Groen)

Nr. 19 VAN DE HEER PATRICK PRÉVOT c.s.

Art. 17 (nieuw)

Een artikel 17 invoegen, luidende:

“Art. 17. De reglementaire bepalingen die ter uitvoering van de afdeling Ibis zijn genomen, en die niet strijdig zijn met de nieuwe bepalingen, blijven van kracht totdat ze worden opgeheven of vervangen door besluiten die ter uitvoering van de afdeling Ibis worden genomen.”

VERANTWOORDING

De termijn om te kunnen genieten van het recht om vergeten te worden wordt verkort tot acht jaar en vervolgens op 1 januari 2025 tot vijf jaar. Doch de Koning kan deze termijn, voor zover medisch en verzekeringstechnisch verantwoord, op basis van wetenschappelijke gegevens verlengen of verkorten in het voormelde referentierooster. De aangepaste termijn mag in geen geval meer dan acht jaar bedragen.

Deze nieuwe bepaling doet dus geen afbreuk op het referentierooster betreffende een aantal types van kankerandoeningen waarvoor de termijn van tien jaar verkort wordt (bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen). Deze bepaling laat toe dat de termijnen zoals voorzien in het voormelde koninklijk besluit van 26 mei 2019 van toepassing blijven tijdens de periode tussen de inwerkingtreding van de nieuwe bepalingen en de inwerkingtreding van het wijzigingsbesluit van het koninklijk besluit van 26 mei 2019 tot vaststelling van een referentierooster met betrekking tot het recht om vergeten te worden in het kader van bepaalde persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 61/3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Het gaat dus om een overgangsbepaling.

N° 20 DE M. D'AMICO

Art. 3 (nouveau)

Insérer un article 3, rédigé comme suit:

“Art. 3. L'article 61/2 de la loi du 4 avril 2014, inséré par la loi du 4 avril 2019, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/2. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse ou d'une autre maladie chronique, quel qu'en soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, ne doivent plus, à l'expiration d'un délai de cinq ans après la fin d'un traitement réussi, déclarer ces pathologies à leur assureur et sont donc dispensées de l'obligation de déclaration visée à l'article 58.””

Roberto D'AMICO (PVDA-PTB)

Nr. 20 VAN DE HEER D'AMICO

Art. 3 (nieuw)

Een artikel 3 invoegen, luidende:

“Art. 3. Artikel 61/2 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, ingevoegd bij de wet van 4 april 2019, wordt vervangen door:

“Art. 61/2. Personen die getroffen werden of worden door een kankeraandoening of door een andere chronische ziekte, ongeacht het type, en die een verzekering zoals bepaald in artikel 61/1 willen aangaan, moeten na het verstrijken van een termijn van vijf jaar na de succesvolle beëindiging van een behandeling die aandoeningen niet langer melden aan hun verzekeraar en zijn dus vrijgesteld van de meldingsverplichting bedoeld in artikel 58.””