

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE, K.M.O., MIDDEN-
STAND EN ENERGIE EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST
VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2014/11279]

10 APRIL 2014. — Koninklijk besluit tot regeling van sommige
verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling
van het kapitaal van een hypotheecair krediet

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit dat U ter ondertekening wordt voorgelegd, strekt tot
uitvoering van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

De bepalingen die de wettelijke basis van dit ontwerp vormen lagen
vervat in de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van
25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldo-
verzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico
betreft.

Deze wet van 2010 beoogde een oplossing te bieden voor problemen,
die personen met een verhoogd gezondheidsrisico ondervinden bij het
afsluiten van een schuldsaldoverzekering wanneer zij een hypotheecair
krediet aangaan voor de verwerving of verbouwing van hun woning.
Verzekeraars weigeren niet zelden met dergelijke personen te contrac-
teren of vragen in dit kader aanzienlijk hogere premies, wat in de
praktijk nagenoeg op een contractswegering kan neerkomen. De
betrokkenen kunnen aldus geen leningsovereenkomst afsluiten om een
huis te verwerven of te verbouwen, aangezien de kredietgever in de
meeste gevallen het afsluiten van een schuldsaldoverzekering zal
vragen als waarborg voor het hypotheecaire krediet.

Om voor dergelijke problemen een oplossing te bieden, voorzag de
wet van 21 januari 2010 in een aantal maatregelen.

Vooreerst werd voorzien in de invoering van een gedragscode. De
Commissie voor verzekeringen, ingesteld bij de wet van 9 juli 1975
betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, kreeg, over-
eenkomstig artikel 3 van de wet van 21 januari 2010, de opdracht om
vóór 3 augustus 2010 een gedragscode uit te werken.

In deze gedragscode diende onder meer te worden vastgelegd : voor
welke soorten krediet en in welke gevallen een medische vragenlijst
moet worden ingevuld, de inhoud van een standaard medische
vragenlijst, de voorwaarden voor een bijkomend medisch onderzoek,
de termijnen voor de behandeling van en het antwoord op verzeke-
ringsaanvragen, de voorwaarden waaronder het Opvolgingsbureau
voor de tarifiering tussen beide komt bij een weigering van een
schuldsaldoverzekering en de burgerrechtelijke sancties bij niet-
naleving van de gedragscode.

De wet voorzag tevens dat, indien de Commissie voor verzekeringen
er niet in zou slagen binnen de gestelde termijn de gedragscode uit te
werken, de Koning, op advies van de ministers bevoegd voor
verzekeringen en volksgezondheid, zelf de gedragscode kon vaststel-
len, en dit na het advies van de Commissie voor de bescherming van
persoonlijke levenssfeer te hebben ingewonnen. Tevens kon de Koning
het gebruik van medische vragenlijsten regelen of verbieden bij het
uitblijven van de gedragscode. Hij kon ook vragen van de vragenlijst
herformuleren en het verzekerde bedrag bepalen waaronder enkel de
vragenlijst mag worden gebruikt.

De Commissie voor verzekeringen heeft geen consensus kunnen
bereiken in haar opzet om een gedragscode op te stellen (1). Op
17 juni 2010 werden de werkzaamheden stopgezet. Dit betekent dat het
initiatief tot het opstellen van de regels die het voorwerp konden
uitmaken van de gedragscode, nu bij de Koning berust of dat de
Koning het gebruik van medische vragenlijsten kan regelen of verbie-
den, wat bevestigd wordt in de wet betreffende de verzekeringen.

De wet creëert de mogelijkheid tot oprichting van een Opvolgings-
bureau voor tarifiering, waarvan de samenstelling bij wet werd
vastgelegd. Dit Bureau dient onder meer na te gaan of de door
verzekeringsovereenkomsten gevraagde bijpremies medisch en verze-
keringstechnisch verantwoord zijn. Het Bureau formuleert, overeen-
komstig de bepalingen van de wet, dienaangaande bindende voorstel-
len.

Verder voorziet de wet in de erkenning van een Compensatiekas, die
als taak heeft de last van de bijpremies te verdelen.

Op te merken valt dat de regels die nu in dit ontwerp worden
vastgelegd, zo nodig kunnen worden bijgesteld naar aanleiding van
de tweejaarlijkse evaluatie die de wet voorziet en waaraan alle
betrokken actoren zoals de verzekeringsondernemingen, de verzeke-
ringstussenpersonen en consumenten- en patiëntenvertegenwoordi-
gers kunnen deelnemen.

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE, P.M.E., CLASSES MOYEN-
NES ET ENERGIE ET SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE
PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET
ENVIRONNEMENT

[C – 2014/11279]

10 AVRIL 2014. — Arrêté royal réglementant certains contrats
d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un
crédit hypothécaire

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal soumis à Votre signature vise à porter exécution de la
loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Les dispositions qui constituent la base légale du présent projet
figuraient dans la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992
sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du
solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Cette loi de 2010 visait à apporter une solution aux problèmes
rencontrés par les personnes présentant un risque de santé accru pour
conclure une assurance du solde restant dû lorsqu'elles concluent un
crédit hypothécaire pour l'acquisition ou la transformation de leur
habitation. Il n'est pas rare que les assureurs refusent de contracter avec
de telles personnes ou qu'ils demandent dans ce cadre des primes bien
plus élevées, ce qui, dans la pratique, équivaut presque à un refus.
Ainsi, les personnes concernées ne peuvent conclure un emprunt en
vue d'acheter ou de transformer une habitation puisque, dans la
plupart des cas, le prêteur demandera qu'une assurance du solde
restant dû soit conclue en guise de garantie pour le crédit hypothécaire.

Pour apporter une solution à pareils problèmes, la loi du 21 jan-
vier 2010 prévoyait un certain nombre de mesures.

Tout d'abord, elle a prévu l'introduction d'un code de bonne
conduite. La Commission des Assurances, créée par la loi du 9 juillet 1975
relative au contrôle des entreprises d'assurances, a été chargée,
conformément à l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010, d'élaborer un
code de bonne conduite avant le 3 août 2010.

Ce code de bonne conduite devait entre autres préciser : dans quels
cas et pour quels types de crédits un questionnaire médical doit être
complété, le contenu du questionnaire médical standardisé, les cas où
un examen médical complémentaire peut être demandé, les délais de
traitement et de réponse pour les demandes d'assurance, les conditions
auxquelles le Bureau du suivi de la tarification intervient en cas de refus
d'une assurance du solde restant dû ainsi que les sanctions civiles
prévues en cas de non-respect du code de bonne conduite.

La loi prévoyait également que si la Commission des Assurances ne
parvenait pas à élaborer le code de bonne conduite dans le délai
imparti, le Roi pouvait, sur proposition conjointe des ministres ayant
les Assurances et la Santé publique dans leurs attributions, fixer le code
de bonne conduite, après avoir recueilli l'avis de la Commission de la
protection de la vie privée. A défaut de code de bonne conduite, le Roi
pouvait également régler ou interdire l'utilisation de questionnaires
médicaux. Il pouvait également reformuler des questions du question-
naire et déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le
questionnaire médical peut être utilisé.

La Commission des Assurances n'est pas parvenue à un consensus
dans ses travaux visant à élaborer un code de bonne conduite (1). Le
17 juin 2010, elle a mis fin à ces travaux. Cela signifie que l'initiative
d'élaboration des règles pouvant faire l'objet du code de bonne
conduite revient maintenant au Roi, ou que le Roi peut régler ou
interdire l'utilisation des questionnaires médicaux, ce qui est confirmé
dans la loi relative aux assurances.

La loi établit la possibilité de créer un Bureau du suivi de la
tarification, dont la composition a été fixée par la loi. Ce Bureau doit
notamment examiner si les surprimes réclamées par les entreprises
d'assurances se justifient d'un point de vue médical et au regard de la
technique de l'assurance. Le Bureau formule, conformément aux
dispositions de la loi, des propositions contraignantes sur ce point.

En outre, la loi prévoit l'agrément d'une Caisse de compensation, qui
a pour mission de répartir la charge des surprimes.

Il y a lieu de remarquer que les règles fixées maintenant dans le
présent projet peuvent, si nécessaire, encore être adaptées suite à
l'évaluation biennale prévue par la loi et à laquelle tous les acteurs
concernés, tels que les entreprises d'assurances, les intermédiaires
d'assurances et les représentants des patients et des consommateurs,
peuvent participer.

Alvorens in te gaan op de artikelsgewijze bespreking, is het aangewezen de structuur van het ontwerp bondig toe te lichten. Het ontwerp telt vijf hoofdstukken. Een eerste hoofdstuk definieert een aantal begrippen en bakt het toepassingsgebied af. Een tweede hoofdstuk legt verplichtingen op die gelden bij het sluiten van elke schuldsaldoverzekering voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer. Een derde hoofdstuk bevat specifieke regels die gelden wanneer een persoon met een verhoogd gezondheidsrisico een schuldsaldoverzekering wenst af te sluiten. Het vierde hoofdstuk bepaalt de erkenningsvoorwaarden van en de controle op de Compensatiekas en regelt aspecten van haar financiering en de grenzen van haar tussenkomst. Een laatste hoofdstuk bundelt de slotbepalingen.

Artikelsgewijze bespreking

HOOFDSTUK 1 — Definities en toepassingsgebied

Artikel 1. Artikel 1 herneemt een aantal definities voor de toepassing van dit besluit. Op te merken valt dat de definities bepaald in het wetsontwerp betreffende de verzekeringen (hierna "de wet betreffende de verzekeringen") ook gelden voor de toepassing van dit besluit.

Inzake het begrip "schuldsaldoverzekering" vereist het besluit enerzijds dat de betrokken verzekeringsovereenkomst onderworpen is aan de wet betreffende de verzekeringen en anderzijds dat de verzekering de terugbetaling waarborgt van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer.

In de regel zal een dergelijke schuldsaldoverzekering een tijdelijke overlijdensdekking bevatten die tot waarborg strekt van de terugbetaling van een krediet zoals bedoeld in artikel 6, § 1, van de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet. Aan het hypothecair krediet wordt aldus een contract van "schuldsaldoverzekering" die het overlijdensrisico dekt teneinde contractueel de terugbetaling van het krediet te waarborgen" gehecht. Met "krediet" wordt in de regel een aflossingskrediet beoogd, dat door de schuldsaldoverzekering qua terugbetaling wordt gewaarborgd.

Niettemin werden deze preciseringen niet in de definitie weerhouden opdat een schuldsaldoverzekering die niet aan deze voorwaarden zou voldoen, niet buiten het toepassingsgebied van dit ontwerp zou vallen. Om dezelfde reden werd er bij het definiëren van het begrip « gezinswoning » niet voor geopteerd om de definitie, bepaald in de fiscale wetgeving, te weerhouden.

Voor de toepassing van de definitie van basispremie dient men, aansluitend bij de formulering van artikel 223, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen, de meest voordelige premie, inclusief een eventuele korting, in aanmerking te nemen voor eenzelfde verzekeringsprestatie. De definitie van bijpremie sluit aan bij de formulering van artikel 213, eerste lid, van de wet betreffende de verzekeringen.

Om tegemoet te komen aan een bekommernis die werd verwoord in het advies DOC C/2013-1 van de Commissie voor Verzekeringen d.d. 23 april 2013, bepaalt het ontwerp dat de kandidaat-verzekeringnemer dient te bevestigen dat de verzekeringsovereenkomst de terugbetaling waarborgt van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van zijn eigen en enige gezinswoning.

Art. 2. Met de bedoeling om een coherente regeling uit te werken, gelden de regels voor het aanrekenen van een bijpremie ook indien voor een bepaalde verzekeringsprestatie het verzekeringsvoorstel een uitsluiting bevat die niet is opgenomen in een verzekeringsvoorstel aan een persoon van dezelfde leeftijd. Artikel 213, tweede lid, van de wet betreffende de verzekeringen bevat hiertoe de aanzet.

HOOFDSTUK 2. — Toepasselijke bepalingen bij het sluiten van een schuldsaldoverzekering

Art. 3. De bepalingen van hoofdstuk 2 zijn toepasselijk bij het sluiten van elke schuldsaldoverzekering in de zin van het besluit.

Inzonderheid mag een verzekeringsonderneming enkel een door het Opvolgingsbureau goedgekeurde medische vragenlijst gebruiken bij de behandeling van een aanvraag tot het afsluiten van een schuldsaldoverzekering die onder het toepassingsgebied ratione materiae van artikel 224 van de wet betreffende de verzekeringen valt.

Avant d'entamer le commentaire des articles, il convient de commenter brièvement la structure du projet de texte. Ce projet compte cinq chapitres. Le premier chapitre définit un certain nombre de notions et délimite le champ d'application. Le second chapitre impose certaines obligations qui s'appliquent lors de la conclusion de toute assurance du solde restant dû pour la transformation ou l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance. Le troisième chapitre contient des règles spécifiques qui s'appliquent lorsqu'une personne présentant un risque de santé accru souhaite conclure une assurance du solde restant dû. Le quatrième chapitre fixe les conditions d'agrément et de contrôle de la Caisse de compensation et règle certains aspects de son financement et les limites de son intervention. Le dernier chapitre rassemble les dispositions finales.

Commentaire des articles

CHAPITRE 1^{er} — Définitions et champ d'application

Article 1^{er}. L'article 1^{er} reprend un certain nombre de définitions pour l'application du présent arrêté. Il y a lieu de noter que les définitions fixées dans le projet de loi relatif aux assurances (ci-après « la loi relative aux assurances ») valent également pour l'application du présent arrêté.

En ce qui concerne la notion d'"assurance du solde restant dû", l'arrêté exige d'une part que le contrat d'assurance en question soit soumis à la loi relative aux assurances et, d'autre part, que l'assurance garantisse le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance.

En principe, une telle assurance du solde restant dû comprendra une couverture décès provisoire visant à garantir le remboursement d'un crédit, telle que visée à l'article 6, § 1^{er}, de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire. Le crédit hypothécaire est ainsi lié à un contrat d'"assurance du solde restant dû" couvrant le risque de décès, destinée conventionnellement à garantir le remboursement du crédit". Par "crédit", on vise généralement un crédit à amortissements, garanti au niveau du remboursement par l'assurance du solde restant dû.

Ces précisions n'ont cependant pas été retenues dans la définition afin qu'une assurance du solde restant dû qui ne satisferait pas à ces conditions ne tombe pas en dehors du champ d'application de ce projet. Pour les mêmes raisons, dans la définition de la notion d'"habitation", il a été décidé de ne pas reprendre la définition figurant dans la législation fiscale.

Pour l'application de la définition de prime de base, il y a lieu, parallèlement à la formulation de l'article 223, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, de prendre en compte la prime la plus avantageuse, en tenant compte d'une éventuelle réduction, pour une même prestation d'assurance. La définition de surprime rejoint la formulation de l'article 213, alinéa 1^{er}, de la loi relative aux assurances.

Pour répondre à une préoccupation formulée dans l'avis DOC C/2013-1 de la Commission des Assurances du 23 avril 2013, le projet stipule que le candidat preneur d'assurance doit confirmer que le contrat d'assurance garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de son habitation propre et unique.

Art. 2. En vue d'élaborer une réglementation cohérente, les règles en matière d'imputation d'une surprime valent également si une proposition d'assurance contient, pour une prestation d'assurance particulière, une exclusion qui ne figure pas dans une proposition d'assurance à une personne du même âge. L'article 213, alinéa 2, de la loi relative aux assurances, est à la base de cette disposition.

CHAPITRE 2. — Dispositions applicables lors de la conclusion d'une assurance du solde restant dû

Art. 3. Les dispositions du chapitre 2 sont applicables lors de la conclusion de toute assurance du solde restant dû au sens de l'arrêté.

En particulier, une entreprise d'assurances ne peut utiliser qu'un questionnaire médical approuvé par le Bureau du suivi lors du traitement d'une demande d'assurance du solde restant dû qui tombe dans le champ d'application ratione materiae de l'article 224 de la loi relative aux assurances.

Zoals blijkt uit de parlementaire voorbereidingen vormt de wet van 21 januari 2010 een kaderwet (Parl. St., Kamer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 3). Meerdere bepalingen, ingevoegd bij de wet van 21 januari 2010, verlenen opdrachten aan de Koning met het oog op het regelen van noodzakelijke uitvoeringsmodaliteiten van de wet. Zo dient voor bepaalde punten het toepassingsgebied te worden verijnd door de Koning (zie GwH 10 november 2011, nr. 166/2011, punt B. 13. en B. 13.4).

De Koning kan, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de in artikel 212, § 1, van de wet betreffende de verzekeringen bedoelde uitvoeringsbepalingen vaststellen. Hij kan onder meer reeds het gebruik van medische vragenlijsten regelen of verbieden en het verzekerde bedrag vaststellen waaronder enkel de medische vragenlijst kan worden gebruikt (artikel 212, §§ 2 en 3, van de wet betreffende de verzekeringen).

Op te merken valt dat deze wettelijke machtiging geen beperking inhoudt inzake haar toepassingsgebied *ratione personae*, zij het dat de wet van 21 januari 2010 als algemeen opzet heeft om de toegang voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico tot een schuldsaldoverzekering voor de verwerving/verbouwing van een eigen woning te vergemakkelijken.

Meer in het bijzonder verantwoordt de voorbereidende werken de invoering van een gedragscode en een standaard medische vragenlijst als volgt :

“De invoering van een gedragscode en de invoering van een standaard medische vragenlijst kadert in de algemene problematiek van de ondoorzichtigheid van medische vragenlijsten en onderzoeken bij het verkrijgen van persoonsverzekeringen. In dit voorstel wordt voor deze problematiek voor de sector van de schuldsaldoverzekeringen een oplossing met twee doelstellingen nagestreefd.

Enerzijds moet een vragenlijst een evenwicht bieden tussen de bescherming van de privacy van de kandidaat verzekerde en de noodzaak van de verzekeraar om het gezondheidsrisico te bepalen. Onrechtstreeks zal de gedragscode wellicht ook, zoals in Nederland, de toegang tot de markt eenvoudiger en doorzichtiger maken. Anderzijds moet een standaardvragenlijst de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen [lees : Opvolgingsbureau voor de tarifiering] [...] vergemakkelijken omdat de informatie inzake gezondheidsrisico's door alle verzekeraars op dezelfde wijze zal opgevraagd worden” (Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 5).

Men ziet tenslotte niet in hoe de regeling inzake medische vragenlijst enkel toepasselijk zou kunnen zijn op personen die een verhoogd gezondheidsrisico vertonen. Immers, de uitgewerkte regeling sluit aan bij de stapsgewijze acceptatieprocedure, die de meeste verzekeringsondernemingen volgen bij het sluiten van schuldsaldoverzekeringen. De medische vragenlijst moet juist toelaten om uit te maken of de kandidaat-verzekerde een persoon met een verhoogd risico is.

In de praktijk kan veelal pas geoordeeld worden dat een kandidaat-verzekerde een verhoogd gezondheidsrisico heeft nadat deze een medische vragenlijst heeft ingevuld en de verzekeringsonderneming op basis hiervan een (eerste) beoordeling heeft gemaakt. In deze zin blijkt ook dat de standaard medische vragenlijst, die werd vastgesteld in de Gedragscode van Assuralia en die sinds 1 januari 2013 in voege is doch niet werd gepubliceerd (deze gedragscode wordt vermeld in het advies van de Commissie voor Verzekeringen, DOC C/2013-1, p. 3), ook toepasselijk is op kandidaat-verzekerden zonder verhoogd risico.

Afdeling 1. — Beoordeling van het verhoogde gezondheidsrisico

Art. 4 en 5. De artikelen 4 en 5 betreffen de situatie waar de verzekeringsonderneming, voor de beoordeling van de gezondheids-toestand van de kandidaat-verzekerde bij de behandeling van een aanvraag tot schuldsaldoverzekering, gebruik maakt van een medische vragenlijst. In dat geval zal zij hierbij enkel de vragen kunnen hanteren waarvan de formulering voorafgaandelijk door het Opvolgingsbureau is goedgekeurd.

In vergelijking met een systeem van gestandaardiseerde medische vragenlijsten vertoont een dergelijke benadering het voordeel van de soepelheid. Verzekeringsondernemingen kunnen immers hun ondernemingsgebonden expertise op het vlak van de waarschijnlijke gevolgen van bepaalde medische aandoeningen op de tariefzetting aanwenden bij het opstellen van hun vragenlijsten.

Het staat de verzekeringsondernemingen overigens vrij om alle vragen van de vragenlijst dan wel een deel ervan te stellen aan een kandidaat-verzekerde.

Comme il ressort des travaux parlementaires, la loi du 21 janvier 2010 constitue une loi-cadre (Doc. Parl., Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 3). Plusieurs dispositions, introduites par la loi du 21 janvier 2010, confèrent au Roi des missions dans le but de régler les modalités d'exécution nécessaires de la loi. Ainsi, pour certains points, le Roi doit en préciser le champ d'application (voir C. C., 10 novembre 2011, n° 166/2011, points B. 13. et B. 13.4.).

Le Roi peut, après avis de la Commission de la protection de la vie privée, fixer les dispositions d'exécution visées à l'article 212, § 1^{er}, de la loi relative aux assurances. Il peut, par ailleurs, régler ou interdire l'utilisation de questionnaires médicaux et déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé (article 212, §§ 2 et 3, de la loi relative aux assurances).

Il est à noter que cette habilitation légale ne comporte aucune limitation en ce qui concerne son champ d'application *ratione personae*, même si la loi du 21 janvier 2010 a pour objectif général de faciliter l'accès des personnes présentant un risque de santé accru à une assurance du solde restant dû pour la rénovation ou l'acquisition de leur habitation propre.

Plus particulièrement, les travaux préparatoires justifient l'introduction d'un code de bonne conduite et d'un questionnaire médical standardisé comme suit :

“L'introduction d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé s'inscrit dans le cadre de la problématique générale du manque de clarté des questionnaires et des examens médicaux préalables à l'octroi de toute assurance personnelle. La présente proposition de loi vise à y répondre, pour le secteur des assurances de solde restant dû, grâce à une solution dont l'objectif est double.

D'une part, un questionnaire doit offrir un équilibre entre la protection de la vie privée du candidat-assuré et la nécessité pour l'assureur de déterminer le risque sanitaire. Indirectement, le code de conduite permettra sans doute également de rendre l'accès au marché plus simple et plus transparent, comme c'est le cas aux Pays-Bas. D'autre part, un questionnaire standardisé doit faciliter le fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû [lire : Bureau du suivi de la tarification] [...] dès lors que toutes les questions relatives aux risques sanitaires seront formulées de la même manière par tous les assureurs.” (Doc. Parl., Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 5).

Enfin, on ne voit pas comment les mesures en matière de questionnaire médical pourraient être uniquement applicables aux personnes présentant un risque de santé accru. En effet, les mesures élaborées rejoignent la procédure d'acceptation par étapes, que la plupart des entreprises d'assurances suivent pour la conclusion d'assurances du solde restant dû. Le questionnaire médical doit précisément permettre de déterminer si le candidat assuré est une personne présentant un risque de santé accru.

Dans la pratique, il ne peut généralement être conclu qu'un candidat assuré présente un risque de santé accru que dès lors que celui-ci a rempli un questionnaire médical et que l'entreprise d'assurances a réalisé une (première) évaluation sur la base de ce questionnaire. Dans ce sens, il ressort également que le questionnaire médical standardisé, qui a été fixé dans le code de bonne conduite d'Assuralia et qui est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013 mais n'a pas été publié (ce code de bonne conduite est mentionné dans l'avis de la Commission des Assurances, DOC C/2013-1, p. 3), est également applicable aux candidats assurés ne présentant pas de risque de santé accru.

Section 1^{re} — Evaluation du risque accru de santé

Art. 4 en 5. Les articles 4 et 5 concernent la situation dans laquelle l'entreprise d'assurances fait usage d'un questionnaire médical pour l'évaluation de l'état de santé du candidat assuré dans le cadre du traitement d'une demande d'assurance du solde restant dû. Dans ce cas, elle pourra uniquement utiliser les questions dont le libellé aura préalablement été approuvé par le Bureau du suivi.

En comparaison avec un système de questionnaires médicaux standardisés, une telle approche présente l'avantage de la souplesse. Les entreprises d'assurances peuvent en effet utiliser leur expertise propre à l'entreprise dans le domaine des conséquences probables de certaines affections médicales sur la fixation du tarif pour rédiger leurs questionnaires.

Par ailleurs, les entreprises d'assurances sont libres de poser à un candidat assuré toutes les questions du questionnaire ou une partie de celles-ci.

Afdeling 2. — Motiveringsplicht

Art. 6 tot 8. Wanneer een verzekeringsonderneming beslist om een schuldsaldoverzekering te weigeren of een bij premie te vragen omwille van het verhoogde gezondheidsrisico van de kandidaat-verzekerde, brengt zij de kandidaat-verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte. Dit schrijven bevat ook de motivering van de beslissing van de verzekeringsonderneming.

De motivering van de beslissing bedoeld in artikel 6 wordt verwoord op een ondubbelzinnige en voor de kandidaat-verzekeringnemer begrijpelijke wijze, uitgaande van de specifieke situatie van de verzekerde. Artikel 7 omschrijft ook een aantal elementen die de motiveringsbrief minimaal moet bevatten.

In dit kader past het te wijzen op de wetgeving inzake anti-discriminatie en de vereiste van objectieve rechtvaardiging van ieder direct onderscheid op basis van diverse factoren en meer bepaald een handicap of de gezondheidstoestand van een persoon. Op grond hiervan dient de verzekeraar iedere beslissing gesteund op de gezondheidstoestand van de verzekerde, ongeacht de hoogte van de eventuele bij premie, omstandig te motiveren. Artikel 213 van de wet betreffende de verzekeringen legt een gelijkaardige algemene motiveringsplicht op.

De motiveringsplicht houdt in dat op basis van die motivering in concreto moet kunnen worden nagegaan of aan het vereiste van objectieve rechtvaardiging zoals bepaald in de anti-discriminatie wetgeving is voldaan. Dit betekent dat men moet kunnen nagaan of de gezondheidstoestand of handicap een noodzakelijke factor is in de beoordeling van het risico en dus een objectief en significant verhoogd risico inhoudt, of de door de verzekeringsonderneming en herverzekeringsonderneming gebruikte gegevens juist, actueel en relevant zijn en of het gemaakte onderscheid een legitiem doel nastreeft en de middelen om dat doel te bereiken geschikt en noodzakelijk zijn. De motivering moet rekening houden met de individuele situatie van de verzekerde (medische opvolging, invloed van behandelingen, hervat, herstel) en niet alleen met algemene en abstracte categorieën per pathologie. Uiteraard zal de verzekeringsonderneming bij de beoordeling van de verzekeringsaanvraag met andere parameters eveneens rekening houden zoals het bedrag van het verzekerd kapitaal, de duur van de overeenkomst, de leeftijd van de kandidaat-verzekerde en of deze kandidaat alleenstaand is.

Specifieke bepalingen zijn toepasselijk in het geval dat de kandidaat-verzekeringnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn.

Art. 9. Een kandidaat-verzekerde kan, al dan niet via zijn behandelende arts, de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming schriftelijk om bijkomende informatie vragen over de medische grond van de genomen beslissing.

Deze regel doet geen afbreuk aan de toepassing van artikel 61 van de wet betreffende de verzekeringen. Overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt heeft de kandidaat-verzekerde overigens het recht om de resultaten van een onderzoek die deel uitmaken van zijn medisch dossier, te consulteren.

Art. 10. Artikel 7, 5°, van het besluit bepaalt dat de kandidaat-verzekerde het recht heeft informatie te verkrijgen over eventuele studies en statistieken en over de relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bij premie. Artikel 10, § 1, verduidelijkt vervolgens welke informatie precies wordt bedoeld.

De verzekeringsonderneming dient deze gegevens, die vrij technisch van aard kunnen zijn, niet uit eigen beweging aan de kandidaat-verzekerde over te maken. Enkel indien de kandidaat-verzekerde hierom vraagt, dienen statistieken, studies, al dan niet afkomstig van herverzekeringsondernemingen, te worden overgemaakt en moet de relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bij premie nader worden toegelicht.

Aldus biedt de regeling een tussenweg tussen de zware benadering waarbij de kandidaat-verzekerde de informatie (studies en statistieken) onmiddellijk krijgt zonder hiernaar uitdrukkelijk te vragen en de mogelijkheid voor de verzekeringsondernemingen om hun beslissingen ten aanzien van de kandidaat-verzekerden te motiveren op een wijze die niet-technisch van aard is en op de essentie gericht is. Dezelfde redenering geldt voor de motivering van de proportionele relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bij premie.

Section 2. — Obligation de motivation

Art. 6 à 8. Lorsqu'une entreprise d'assurances décide de refuser une assurance du solde restant dû ou de réclamer une surprime en raison du risque de santé accru du candidat assuré, elle en informe le candidat preneur d'assurance par écrit. Ce document écrit comprend également la motivation de la décision de l'entreprise d'assurances.

La motivation de la décision visée à l'article 6 est exprimée sans équivoque et d'une manière compréhensible pour le candidat preneur d'assurance, en se basant sur la situation particulière de l'assuré. L'article 7 définit également un certain nombre d'éléments que doit au moins contenir la lettre de motivation.

Dans ce cadre, il convient de se référer à la législation anti-discrimination et à l'exigence de justification objective de toute distinction directe sur la base de divers facteurs, et plus précisément d'un handicap ou de l'état de santé d'une personne. Sur cette base, l'assureur doit motiver de façon circonstanciée toute décision basée sur l'état de santé de l'assuré, quelle que soit la hauteur de la surprime éventuelle. L'article 213 de la loi relative aux assurances impose une obligation de motivation générale similaire.

L'obligation de motivation implique qu'il doit être possible, in concreto, d'examiner sur la base de cette motivation si l'exigence de justification objective telle qu'elle figure dans la législation anti-discrimination est respectée. Cela signifie qu'il doit être possible d'examiner si l'état de santé ou le handicap constitue un facteur nécessaire à l'évaluation du risque et s'il implique donc un risque objectivement et significativement accru, si les données utilisées par l'entreprise d'assurances et l'entreprise de réassurance sont correctes, actuelles et pertinentes, et si la distinction opérée vise un but légitime et si les moyens pour atteindre ce but sont appropriés et nécessaires. La motivation doit tenir compte de la situation individuelle de l'assuré (suivi médical, effet des traitements, rechute, convalescence) et non uniquement de catégories générales et abstraites par pathologie. Bien entendu, l'entreprise d'assurances tiendra également compte d'autres paramètres lors de l'évaluation de la demande d'assurance, comme par exemple du montant du capital assuré, de la durée du contrat, de l'âge du candidat assuré et du fait que ce candidat est isolé ou non.

Des dispositions spécifiques s'appliquent dans le cas où le candidat preneur d'assurance et le candidat assuré ne sont pas la même personne.

Art. 9. Un candidat assuré peut, que ce soit par l'intermédiaire de son médecin traitant ou non, demander par écrit au médecin-conseil de l'entreprise d'assurances des informations complémentaires au sujet de la raison médicale de la décision prise.

Cette règle ne porte pas préjudice à l'application de l'article 61 de la loi relative aux assurances. Conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le candidat assuré a par ailleurs le droit de consulter les résultats d'un examen qui font partie de son dossier médical.

Art. 10. L'article 7, 5°, de l'arrêté stipule que le candidat assuré a le droit d'obtenir des informations au sujet d'éventuelles études et statistiques ainsi que sur la relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime. L'article 10, § 1^{er}, précise ensuite quelles informations sont précisément visées.

L'entreprise d'assurances n'est pas tenue de transmettre de sa propre initiative ces informations - qui peuvent être de nature relativement technique - au candidat assuré. Ce n'est que si le candidat assuré le demande que les statistiques et les études - qu'elles proviennent ou non des entreprises de réassurance - devront être transmises et que la relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime devra être expliquée plus avant.

Le règlement offre ainsi un compromis entre l'approche lourde qui veut que le candidat assuré reçoive immédiatement les informations (études et statistiques) sans en avoir fait la demande expresse et la possibilité pour les entreprises d'assurances de motiver leurs décisions à l'égard des candidats assurés d'une façon non technique et en visant l'essence de la décision. Ce même raisonnement vaut également pour la motivation de la relation proportionnelle entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime.

Artikel 10, § 2, bepaalt dat de verzekeringsonderneming niet moet ingaan op vragen van de kandidaat-verzekerden en kandidaat-verzekeringsnemers tot inzage in bedrijfseigen informatie, waaronder de acceptatie- en tarifieringsregels van de herverzekeraar.

Art. 11. Artikel 11 bepaalt dat elke prospectus, elke reclame en elk verzekeringsvoorstel dat betrekking heeft op het verlenen van hypothecaire kredieten en levensverzekeringen die de terugbetaling van deze kapitalen dekken, op begrijpelijke wijze informatie bevat over het bestaan van een solidariteitsmechanisme voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

HOOFDSTUK 3. — Bijzondere bepalingen bij het sluiten van een schuldsaldoverzekering met personen met een verhoogd gezondheidsrisico

Art. 12. Artikel 12 strekt tot oprichting van het Opvolgingsbureau.

Daarnaast wordt een procedure uitgewerkt met het oog op de opstelling van het huishoudelijk reglement van het Opvolgingsbureau.

Het is de bedoeling dat het Opvolgingsbureau, met eenparige stemmen van zijn leden, een huishoudelijk reglement opstelt. Dit huishoudelijk reglement bepaalt onder meer de werkingsmodaliteiten, desgevallend met inbegrip van de regels inzake het aanwezigheidsquorum en de stemmingen alsook de selectiecriteria voor de experts.

Indien het Opvolgingsbureau er niet in slaagt om binnen de 2 maanden na de bekendmaking van het benoemingsbesluit van zijn leden een huishoudelijk reglement op te stellen, stellen de ministers bevoegd voor Economie en voor Volksgezondheid gezamenlijk het huishoudelijk reglement vast.

Art. 13. Het Opvolgingsbureau behandelt de verzoeken tot onderzoek voor de dossiers die geweigerd worden of waarvan de bijpremie meer dan 75 % bedraagt. Indien de kandidaat-verzekeringssnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn, is het akkoord van de kandidaat-verzekerde vereist.

De bepalingen van hoofdstuk 3 zijn aldus toepasselijk bij weigering, omwille van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde, van een schuldsaldoverzekering die wordt gesloten in het kader van de verwerving/verbouwing van de eigen woonst of indien de gevraagde bijpremie voor een dergelijke verzekering meer bedraagt dan 75 % van de basispremie.

Bijgevolg geldt het door de artikel 217 van de van de wet betreffende de verzekeringen ingevoerde herzieningsmechanisme niet van zodra een basispremie, om één of andere reden die los staat van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde, wordt verhoogd met een bijpremie. Integendeel, de gevraagde bijpremie die omwille van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend, dient 75 % van de basispremie te bedragen, wat overigens de ernst van zijn medische aandoening aantoont. In deze zin sluiten de bepalingen van dit hoofdstuk aan bij de overwegingen van het Grondwettelijk Hof in het voorgeenome arrest van 10 november 2011 (GwH 10 november 2011, nr. 166/2011, punt B. 13.3).

Overigens zal de degelijke motivering van de weigeringsbeslissingen van de verzekeringsondernemingen tot toekenning van een schuldsaldoverzekering die wordt gesloten in het kader van de verwerving/verbouwing van de eigen woonst of van de beslissingen tot het vragen van een bijpremie voor dergelijke verzekeringen, leiden tot een beperktere doorstroming van dergelijke dossiers naar het Opvolgingsbureau.

Verder is het nuttig erop te wijzen dat de wettelijke bepalingen, vervat in de artikelen 214 en 215 van de wet betreffende de verzekeringen, inzake de tussenkomst van de herverzekeraar die kan leiden tot een lagere bijpremie voor de kandidaat-verzekeringssnemer, in dit ontwerp niet worden herhaald.

Art. 14. De verzekeringsonderneming bezorgt het Opvolgingsbureau alle informatie waarover zij beschikt zodat het de voorgelegde verzoeken kan onderzoeken. Meer bepaald maakt de verzekeringsonderneming haar beslissing tot het weigeren of vragen van een bijpremie (met inbegrip van de motivering) en het medisch dossier in verband met de hangende zaak over.

L'article 10, § 2, stipule que l'entreprise d'assurances n'est pas tenue d'accéder aux demandes des candidats assurés et des candidats preneurs d'assurance visant à se voir communiquer des informations propres à l'entreprise, parmi lesquelles les règles d'acceptation et de tarification du réassureur.

Art. 11. L'article 11 stipule que chaque prospectus, communication à caractère promotionnel et proposition d'assurance concernant l'octroi de crédits hypothécaires et les assurances sur la vie qui garantissent le remboursement de ces capitaux doit mentionner, de façon compréhensible, les informations relatives à l'existence d'un mécanisme de solidarité pour les personnes présentant un risque de santé accru.

CHAPITRE 3. — Dispositions particulières relatives à la conclusion d'une assurance du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru

Art. 12. L'article 12 vise la création du Bureau du suivi.

En outre, une procédure est élaborée en vue de la rédaction du règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi.

L'objectif est que le Bureau du suivi établisse, à l'unanimité de ses membres, un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement d'ordre intérieur stipule entre autres les modalités de fonctionnement, en ce compris le cas échéant les règles relatives au quorum de présence et aux votes ainsi que les critères de sélection des experts.

Si le Bureau du suivi ne parvient pas à établir un règlement d'ordre intérieur dans les 2 mois après la publication de l'arrêté de nomination de ses membres, les ministres ayant l'Economie et la Santé publique dans leurs attributions fixent conjointement le règlement d'ordre intérieur.

Art. 13. Le Bureau du suivi traite les demandes d'examen pour les dossiers qui sont refusés ou dont la surprime est supérieure à 75 %. Si le candidat preneur d'assurance et le candidat assuré ne sont pas la même personne, l'accord du candidat assuré est requis.

Les dispositions du chapitre 3 sont ainsi applicables en cas de refus, en raison de l'état de santé du candidat assuré, d'une assurance du solde restant dû conclue dans le cadre de l'acquisition ou la transformation de l'habitation propre ou si la surprime réclamée pour une telle assurance atteint plus de 75 % de la prime de base.

Par conséquent, le mécanisme de révision introduit par l'article 217 de la loi relative aux assurances ne s'applique pas chaque fois que la prime de base, pour l'une ou l'autre raison indépendante de l'état de santé du candidat assuré, est majorée d'une surprime. Au contraire, la surprime réclamée, facturée en raison de l'état de santé du candidat assuré, doit atteindre 75 % de la prime de base, ce qui démontre d'ailleurs la gravité de son affection médicale. Dans ce sens, les dispositions du présent chapitre rejoignent les considérants de la Cour constitutionnelle dans l'arrêt du 10 novembre 2011 précité (C. C., 10 novembre 2011, n° 166/2011, point B. 13.3).

Par ailleurs, une motivation convenable de la part des entreprises d'assurances des refus d'octroyer une assurance du solde restant dû conclue dans le cadre de l'acquisition ou la transformation de l'habitation propre et des décisions consistant à réclamer une surprime pour de telles assurances, mènera à un flux plus limité de pareils dossiers vers le Bureau du suivi.

En outre, il est utile de souligner que les dispositions légales contenues aux articles 214 et 215 de la loi relative aux assurances, qui concernent l'intervention du réassureur qui peut mener à une surprime moins élevée pour le candidat preneur d'assurance, ne sont pas répétées dans ce projet.

Art. 14. L'entreprise d'assurances transmet au Bureau du suivi toutes les informations dont elle dispose afin qu'il puisse examiner les demandes dont il est saisi. Plus spécifiquement, l'entreprise d'assurances transmet sa décision de refus ou de réclamer une surprime (en ce compris la motivation) et le dossier médical en lien avec l'affaire pendante.

De verzekeringsonderneming stelt ook de studies en statistieken, waardoor zij zich heeft laten leiden bij haar beslissingen en die worden beschreven in artikel 10, ter beschikking van het Opvolgingsbureau.

Daarnaast heeft het Opvolgingsbureau de mogelijkheid om bijkomende informatie te vragen.

Het is immers van belang dat het Opvolgingsbureau over de nodige informatie beschikt om zo de taak, bepaald in artikel 217, § 3, van de wet betreffende de verzekeringen, naar behoren te kunnen vervullen en met kennis van zaken de objectiviteit en de redelijkheid van een gevraagde bijpremie te kunnen onderzoeken.

Art. 15. Het Opvolgingsbureau doet ten aanzien van de betrokken partijen een bindend voorstel binnen de tijdspanne van 15 werkdagen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier.

Met inachtneming van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, deelt het Opvolgingsbureau zijn gemotiveerde beslissing schriftelijk mee aan de kandidaat-verzekeringnemer, de verzekerde en de verzekeringsonderneming. Het Opvolgingsbureau geeft desgevallend in zijn beslissing een gedetailleerde weergave van de inhoud van zijn bindend voorstel.

Indien het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau, geformuleerd overeenkomstig 217, § 3, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen, niet leidt tot een gunstiger bijpremie voor de kandidaat-verzekeringnemer, kan de verzekeringsonderneming haar oorspronkelijk aanbod bevestigen.

In geval het Opvolgingsbureau overeenkomstig artikel 217, § 3, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen een voorstel formuleert dat inhoudt dat de kandidaat-verzekerde verzekerbaar is of dat de bijpremie gunstiger zou zijn voor de kandidaat-verzekeringnemer, kan de verzekeringsonderneming hetzij een aanbod formuleren dat beantwoordt aan het bindend voorstel, desgevallend door aanpassing van de oorspronkelijk voorgestelde bijpremie, hetzij de verzekering weigeren.

Op dit fundamenteel punt sluit het ontwerp aan bij de door het Grondwettelijk Hof meermalen vermelde visie dat de wet van 20 januari 2010 geen recht op schuldsaldoverzekering invoert, noch een verplichting voor de verzekeraar om te contracteren (GwH, 10 november 2011, nr. 166/2011, punten B.12.4, B.17.4, B.18.5, B.24.2, B.30.4, B.56.1).

Art. 16. Binnen een redelijke termijn en rekening houdend met het voorschrift van artikel 212, § 1, 5°, van de verzekeringswet, informeert de verzekeringsonderneming de kandidaat-verzekeringnemer en het Opvolgingsbureau over zijn beslissing of hij al dan niet zal contracteren onder de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau.

Art. 17. Onder meer met het oog op de evaluatie van de toepassing van deel 4, titel IV, hoofdstuk 5 van de wet betreffende de verzekeringen en dit besluit voorziet artikel 17 in de verplichting voor het Opvolgingsbureau om jaarlijks een verslag op te stellen.

Dit verslag gaat in op de werklast van het Opvolgingsbureau en de aard van de behandelde dossiers, de vraag in hoeveel gevallen het Opvolgingsbureau afwijkende beoordelingen vormt ten aanzien van de verzekeringsondernemingen en in welke mate de verzekeringsonderneming bereid was te contracteren overeenkomstig de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau en de motivatie van de beslissingen waarbij de onverzekerbaarheid van de kandidaat-verzekerde dan wel de gevraagde bijpremie wordt bevestigd.

HOOFDSTUK 4. — *Erkenningsvoorwaarden van en controle op een compensatiekas en tussenkomst van de Compensatiekas*

Art. 18 tot 26. De erkenningsvoorwaarden van en controle op een compensatiekas sluiten aan bij de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 2006 houdende de vaststelling van de toelatingsvoorwaarden en de controle op de Compensatiekas Natuurrampen.

Art. 27. Indien overeenkomstig de bepalingen van de wet betreffende de verzekeringen een compensatiekas wordt opgericht, worden haar tussenkomsten omgeslagen tussen de sector van de kredietinstellingen en hypotheekondernemingen enerzijds en de sector van de verzekeringsondernemingen anderzijds.

L'entreprise d'assurances met également à la disposition du Bureau du suivi les études et statistiques l'ayant guidée dans ses décisions et qui sont décrites à l'article 10.

En outre, le Bureau du suivi a la possibilité de demander des informations complémentaires.

Il est en effet important que le Bureau du suivi dispose des informations nécessaires afin de pouvoir remplir comme il se doit la tâche visée à l'article 217, § 3, de la loi relative aux assurances, et afin de pouvoir examiner en connaissance de cause l'objectivité et le caractère raisonnable d'une surprime réclamée.

Art. 15. Le Bureau du suivi fait une proposition contraignante aux parties concernées dans un délai de 15 jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier complet.

Dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, le Bureau du suivi communique sa décision motivée par écrit au candidat preneur d'assurance, à l'assuré et à l'entreprise d'assurances. Le cas échéant, le Bureau du suivi détaille dans sa décision le contenu de sa proposition contraignante.

Si la proposition contraignante du Bureau du suivi, formulée conformément à l'article 217, § 3, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, ne mène pas à une surprime plus favorable pour le candidat preneur d'assurance, l'entreprise d'assurances peut confirmer son offre initiale.

Dans le cas où le Bureau du suivi, conformément à l'article 217, § 3, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, formule une proposition impliquant que le candidat assuré est assurable ou que la surprime serait plus favorable pour le candidat preneur d'assurance, l'entreprise d'assurances peut soit formuler une offre qui répond à la proposition contraignante, le cas échéant en adaptant la surprime proposée initialement, soit refuser l'assurance.

Sur ce point fondamental, le projet rejoint la vision mentionnée à plusieurs reprises par la Cour constitutionnelle stipulant que la loi du 20 janvier 2010 n'introduit aucun droit à l'assurance du solde restant dû, ni aucune obligation pour l'assureur de contracter (C. C., 10 novembre 2011, n° 166/2011, points B.12.4, B.17.4, B.18.5, B.24.2, B.30.4, B.56.1).

Art. 16. L'entreprise d'assurances informe, dans un délai raisonnable et compte tenu du prescrit de l'article 212, § 1^{er}, 5°, de la loi relative aux assurances, le candidat preneur d'assurance et le Bureau du suivi de sa décision concernant la conclusion ou non d'un contrat établi aux conditions fixées dans la proposition contraignante établie par le Bureau du suivi.

Art. 17. En vue notamment de l'évaluation de l'application de la partie 4, titre IV, chapitre 5, de la loi relative aux assurances et du présent arrêté, l'article 17 prévoit l'obligation pour le Bureau du suivi de rédiger annuellement un rapport.

Ce rapport aborde la charge de travail du Bureau du suivi et la nature des dossiers traités, le nombre de cas où le Bureau du suivi formule des évaluations différentes de celles des entreprises d'assurances, et dans quelle mesure l'entreprise d'assurances était disposée à conclure un contrat aux conditions fixées dans la proposition contraignante du Bureau du suivi ainsi que la motivation des décisions ayant confirmé l'insurabilité du candidat assuré ou la surprime réclamée.

CHAPITRE 4. — *Conditions d'agrément et de contrôle d'une caisse de compensation et intervention de la Caisse de compensation*

Art. 18 à 26. Les conditions d'agrément et de contrôle d'une caisse de compensation sont inspirées des dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 2006 déterminant les conditions d'agrément et de contrôle de la Caisse de compensation des Catastrophes naturelles.

Art. 27. Si une caisse de compensation est créée conformément aux dispositions de la loi relative aux assurances, ses interventions sont réparties entre le secteur des établissements de crédit et des entreprises hypothécaires d'une part et le secteur des entreprises d'assurances d'autre part.

Art. 28. Rekening houdend met de door de wet nagestreefde doelstelling om de toegang tot schuldaldoverzekeringen te verhogen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico ten gevolge van een ziekte met een zekere graad van ernst, is het redelijk verantwoord te voorzien in een solidariteitsmechanisme betreffende de bijpremies die een bepaalde minimumdrempel overschrijden. Dat mechanisme blijft bovendien beperkt, vermits het niet geldt wanneer de bijpremie minder bedraagt dan 125 % van de basispremie of een plafond van 800 % van de basispremie overschrijdt.

Art. 29. De tussenkomst van de Compensatiekas komt verhoudingsgewijs in mindering van het totale bedrag dat de verzekeringsonderneming van de kandidaat-verzekeringssnemer eist. Op dezelfde manier als het derdebetalerssysteem voor de verplichte ziekteverzekering, hoeft de verzekeringsnemer hierom niet uitdrukkelijk te vragen; de verzekeringsonderneming richt zich rechtstreeks tot de Compensatiekas.

HOOFDSTUK 5. — Slotbepalingen

Art. 30 tot 32. De artikelen 30 tot 32 regelen de inwerkingtreding van deel 4, titel IV, hoofdstuk 5 van de wet betreffende de verzekeringen, evenals van de bepalingen van voorliggend ontwerp. Tot slot worden overgangsbepalingen voor de inwerkingtreding van artikel 4 van het voorliggend ontwerp gepreciseerd.

Wij hebben de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaars,
De Minister van Economie en Consumenten,
J. VANDE LANOTTE
De Minister van Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

(1) Zie dienaangaande het advies van de Commissie voor Verzekeringen (DOC C/2010/1) van 30 september 2010, te consulteren op de webstek van de FSMA.

Art. 28. Compte tenu de l'objectif visé par la loi, consistant à améliorer l'accès aux assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru suite à une maladie présentant un certain degré de gravité, il est raisonnablement justifié de prévoir un mécanisme de solidarité relatif aux surprimes qui dépassent un certain seuil minimum. De plus, ce mécanisme demeure limité, étant donné qu'il ne s'applique pas lorsque la surprime n'atteint pas 125 % de la prime de base ou lorsqu'elle dépasse un plafond de 800 % de la prime de base.

Art. 29. L'intervention de la Caisse de compensation vient diminuer à due concurrence le montant total réclamé par l'entreprise d'assurances au candidat preneur d'assurance. De manière similaire au système du tiers payant en matière d'assurance maladie obligatoire, le preneur d'assurance ne doit pas en faire la demande expresse; l'entreprise d'assurances s'adresse directement à la Caisse de compensation.

CHAPITRE 5. — Dispositions finales

Art. 30 à 32. Les articles 30 à 32 règlent l'entrée en vigueur de la partie 4, titre IV, chapitre 5, de la loi relative aux assurances, ainsi que celle des dispositions du présent projet. Enfin, des dispositions transitoires pour l'entrée en vigueur de l'article 4 du présent projet sont précisées.

Nous avons l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
les très respectueux
et très fidèles serviteurs,
Le Ministre de l'Economie et des Consommateurs,
J. VANDE LANOTTE
La Ministre de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

(1) Voir à ce sujet l'avis de la Commission des Assurances (DOC C/2010/1) du 30 septembre 2010, qui peut être consulté sur le site web de la FSMA.

ADVIES 55.514/1 VAN 28 MAART 2014 VAN DE RAAD VAN STATE, AFDELING WETGEVING, OVER EEN ONTWERP VAN KONINKLIJK BESLUIT 'TOT REGELING VAN SOMMIGE VERZEKERINGS- OVEREENKOMSTEN TOT WAARBORG VAN DE TERUGBETALING VAN HET KAPITAAL VAN EEN HYPOTHECAIR KREDIET'

Op 26 februari 2014 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Economie en Consumenten verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit 'tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet'.

Het ontwerp is door de eerste kamer onderzocht op 20 maart 2014.

De kamer was samengesteld uit Marnix Van Damme, kamervoorzitter, Wilfried Van Vaerenberghen, Wouter Pas, staatsraden, Marc Rigaux en Michel Tison, assessoren, en Marleen Verschraeghen, toegevoegd griffier.

Het verslag is uitgebracht door Paul Depuydt, eerste auditeur-afdelingshoofd.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Marnix Van Damme, kamervoorzitter.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 28 maart 2014.

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegeespt op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

Strekking en rechtsgrond van het ontwerp

2.1. In de wet van 25 juni 1992 'op de landverzekeringsovereenkomst' werden door de wet van 21 januari 2010 'tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft' de artikelen 138ter-1 tot 138ter-13 ingevoegd. Doelstelling van deze wet was om personen met een verhoogd gezondheidsrisico die een enige eigen woning willen verwerven en/of verbouwen zoveel mogelijk toegang te bieden tot een betaalbare schuldaldoverzekering.

AVIS 55.514/1 DU 28 MARS 2014 DU CONSEIL D'ETAT, SECTION DE LEGISLATION, SUR UN PROJET D'ARRETE ROYAL 'REGLANT CERTAINS CONTRATS D'ASSURANCE VISANT A GARANTIR LE REMBOURSEMENT DU CAPITAL D'UN CREDIT HYPOTHECAIRE'

Le 26 février 2014, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par le Ministre de l'Economie et des Consommateurs à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal 'régulant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire'.

Le projet a été examiné par la première chambre le 20 mars 2014.

La chambre était composée de Marnix Van Damme, président de chambre, Wilfried Van Vaerenberghen et Wouter Pas, conseillers d'Etat, Marc Rigaux et Michel Tison, assesseurs, et Marleen Verschraeghen, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par Paul Depuydt, premier auditeur chef de section.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Marnix Van Damme, président de chambre.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 28 mars 2014.

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et l'accomplissement des formalités prescrites.

Portée et fondement juridique du projet

2.1. La loi du 21 janvier 2010 'modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru' a inséré les articles 138ter-1 à 138ter-13 dans la loi du 25 juin 1992 'sur le contrat d'assurance terrestre'. L'objectif de cette loi était de permettre aux personnes présentant un risque de santé accru qui veulent acquérir et/ou transformer une habitation propre et unique d'accéder autant que possible à une assurance du solde restant dû à un coût raisonnable.

Tegen de voornoemde wet van 21 januari 2010 werd een beroep tot gedeeltelijke vernietiging ingesteld dat aanleiding heeft gegeven tot het arrest 166/2011 van 10 november 2011 van het Grondwettelijk Hof. In dat arrest, dat het betrokken beroep heeft verworpen, wordt onder meer het volgende gesteld :

“B.5.1. Uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de wet van 21 januari 2010 is opgevat als een kaderwet (Parl. St., Kamer, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 3).

B.5.2. De wetgever heeft in eerste instantie de mogelijkheid willen bieden aan de verzekeringssector en aan de consumenten- en patiëntenorganisaties om samen een oplossing uit te werken voor de problematiek van de toegang van personen met een verhoogd gezondheidsrisico tot schuldaldoverzekeringen (Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1977/001, pp. 5-6).

De Commissie voor Verzekeringen, die is ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, werd in dit verband ermee belast vóór 3 augustus 2010 een gedragscode uit te werken, waarin welbepaalde aangelegenheden dienden te worden geregeld (artikel 138ter-1, § 1, van de wet van 25 juni 1992, in samenhang gelezen met artikel 18, tweede lid, van de wet van 21 januari 2010).

B.5.3. De Commissie voor Verzekeringen is evenwel niet erin geslaagd binnen die termijn een gedragscode uit te werken.

Daardoor komt de « wettelijke regeling » in de plaats van die gedragscode (Hand., Kamer, 3 december 2009, p. 57). Uit artikel 139, § 1, 3°, van de wet van 25 juni 1992 blijkt immers dat de « wettelijke regeling bedoeld in artikelen 138ter-2 tot 138ter-6 » in de plaats komt van de door de Commissie voor Verzekeringen uit te werken gedragscode, indien die Commissie niet erin slaagt de gedragscode te bepalen.”

2.2. Een eerste ontwerp van koninklijk besluit ‘tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet’ werd reeds aan de afdeling Wetgeving om advies voorgelegd en maakte het voorwerp uit van advies 53.646/1/V van 1 augustus 2013. In dit advies werd onder meer het volgende gesteld :

“2.7. In het arrest 166/2011 van 10 november 2011 heeft het Grondwettelijk Hof de wet van 21 januari 2010 getoetst aan verscheidene fundamentele rechten en vrijheden. Bij die toetsing sloeg het Grondwettelijk Hof in het bijzonder acht op de algemene economie van de voornoemde wet. Zo bracht onder meer het gegeven dat die wet is opgevat als een kaderwet, waarvan het toepassingsgebied nog dient te worden verduidelijkt door de Koning, het Hof tot het besluit dat de uitsluitende bedoeling van de wetgever er in bestaat tegemoet te komen aan de problemen die personen met een verhoogd gezondheidsrisico ondervinden bij de toegang tot verzekeringsovereenkomsten (overweging B.13.2). Verder leidde het Hof uit een combinatie van alle bepalingen van de wet de erin vervatte evenwichten af, zoals het gegeven dat de wetgever niet alleen het belang van het recht op eerbiediging van het privéleven van de kandidaatverzekerde heeft erkend, maar ook ‘de noodzaak van de verzekeraar om het gezondheidsrisico te [kunnen] bepalen’ (overweging B.16.8). Zowel de algemene economie van de wet als de voornoemde evenwichten hebben het Hof er mede toe gebracht het tegen de wet van 21 januari 2010 ingestelde beroep te verwerpen.”

De conclusie van het advies was de volgende :

“Het ontwerp is aan zeer grondige herwerking toe. Enerzijds dienen tal van bepalingen, bij gebreke aan rechtsgrond, uit het ontwerp weggelaten te worden. Anderzijds dient het ontwerp op tal van punten te worden aangevuld, aangezien het in zijn huidige vorm niet kan worden beschouwd als de omvattende regeling die de wetgever voor ogen stond.

Het ontworpen besluit kan dan ook als dusdanig geen doorgang vinden en zal in een grondig herwerkte versie opnieuw om advies moeten worden voorgelegd.”

2.3. De stellers van het ontwerp hebben zich niet beperkt tot een loutere herwerking van de tekst van het initiële ontwerp van koninklijk besluit, maar hebben ervoor geopteerd om de betrokken wetbepalingen in een herwerkte versie op te nemen in het ontwerp van wet ‘betreffende de verzekeringen’ (hierna : ontworpen verzekeringswet), meer bepaald in de artikelen 212 tot 224 ervan (1).

Un recours en annulation partielle, qui a donné lieu à l’arrêt 166/2011 du 10 novembre 2011 de la Cour constitutionnelle, a été formé contre la loi précitée du 21 janvier 2010. Cet arrêt, qui a rejeté le recours concerné, énonce notamment ce qui suit :

« B.5.1. Il ressort des travaux préparatoires que la loi du 21 janvier 2010 a été conçue comme une loi-cadre (Doc. parl., Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 3).

B.5.2. Le législateur a d’abord voulu permettre au secteur de l’assurance et aux organisations de consommateurs et de patients d’élaborer ensemble une solution pour la problématique de l’accès des personnes présentant un risque de santé accru aux assurances de solde restant dû (Doc. parl., Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, pp. 5-6).

La Commission des assurances, créée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d’assurances, était à cet égard chargée d’élaborer, avant le 3 août 2010, un code de bonne conduite contenant une série d’éléments précis (article 138ter-1, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992, lu en combinaison avec l’article 18, alinéa 2, de la loi du 21 janvier 2010).

B.5.3. La Commission des assurances n’est toutefois pas parvenue à élaborer un code de bonne conduite dans ces délais.

De ce fait, la ‘réglementation légale’ remplace ce code de bonne conduite (Ann., Chambre, 3 décembre 2009, p. 57). En effet, il ressort de l’article 139, § 1^{er}, 3°, de la loi du 25 juin 1992, que les ‘dispositions légales [...] prévues aux articles 138ter-2 à 138ter-6’ remplacent le code de bonne conduite à élaborer par la Commission des assurances si cette Commission ne parvient pas à fixer le code de bonne conduite ».

2.2. Un premier projet d’arrêté royal ‘régulant certains contrats d’assurance visant à garantir le remboursement du capital d’un crédit hypothécaire’ avait déjà été soumis pour avis à la section de législation et faisait l’objet de l’avis 53.646/1/V du 1^{er} août 2013. Cet avis énonçait notamment ce qui suit :

« 2.7. Dans son arrêt 166/2011 du 10 novembre 2011, la Cour constitutionnelle a confronté la loi du 21 janvier 2010 à divers droits et libertés fondamentaux. Lors de cette confrontation, la Cour constitutionnelle a été particulièrement attentive à l’économie générale de la loi précitée. C’est ainsi, entre autres, que le fait que cette loi a été conçue comme une loi-cadre, dont le champ d’application doit encore être précisé par le Roi, a conduit la Cour à en conclure que le législateur a uniquement voulu résoudre les problèmes que rencontrent les personnes présentant un risque de santé accru en matière d’accès aux contrats d’assurances (considérant B.13.2). La Cour a en outre déduit, de la combinaison de l’ensemble des dispositions de la loi, les équilibres qu’elles contiennent, tels que le fait que le législateur n’a pas seulement reconnu l’importance du droit au respect de la vie privée du candidat à l’assurance mais également ‘la nécessité pour l’assureur de [pouvoir] déterminer le risque sanitaire’ (considérant B.16.8). Tant l’économie générale de la loi que les équilibres précités ont conduit la Cour à rejeter le recours formé contre la loi du 21 janvier 2010 ».

La conclusion de l’avis était la suivante :

« Le projet devra être remanié en profondeur. D’une part, étant dépourvues de fondement juridique, toute une série de dispositions devront être omises du projet. D’autre part, le projet devra être complété en de nombreux points, dès lors que dans sa forme actuelle, il ne peut pas être considéré comme le dispositif global envisagé par le législateur.

L’arrêté en projet ne peut dès lors pas être maintenu comme tel et une version fondamentalement remaniée devra à nouveau être soumise pour avis ».

2.3. Les auteurs du projet ne se sont pas limités à un simple remaniement du texte du projet initial d’arrêté royal, mais ont opté pour l’intégration des dispositions légales concernées, dans une version remaniée, dans le projet de loi ‘relatif aux assurances’ (ci-après : loi sur les assurances en projet), plus particulièrement dans ses articles 212 à 224 (1).

2.4. Het sub 2.3 vermelde wetsontwerp heeft de wet van 21 januari 2010 in essentie op de hierna volgende punten gewijzigd.

2.4.1. Er is geen sprake meer van een gedragscode, noch wordt nog een rol weggelegd voor de Commissie voor Verzekeringen bij de totstandkoming ervan. Aan de Koning wordt in artikel 212, § 1, van de ontworpen verzekeringswet delegatie verleend voor het treffen van uitvoeringsbepalingen voor een aantal punten die grotendeels dezelfde zijn als deze vervat in artikel 138-1, § 1, van de wet van 25 juni 1992.

In artikel 212, § 3, van de ontworpen verzekeringswet wordt de burgerrechtelijke sanctie vervat in artikel 23 van het eerste ontwerp van koninklijk besluit opgenomen.

2.4.2. In artikel 214, derde lid, van de ontworpen verzekeringwet wordt in een nieuwe delegatie aan de Koning voorzien betreffende de gevallen waarin de herverzekeraar geen herbeoordeling moet verrichten.

2.4.3. In artikel 217, § 1, van de ontworpen verzekeringswet wordt een nieuwe delegatie aan de Koning ingeschreven om te bepalen dat het Opvolgingsbureau voor tarifiering geen onderzoek voert naar voorstellen van bijpremie wanneer deze bijpremie geen minimale ratio van de basispremie vertegenwoordigt.

In het nieuwe artikel 217, § 4, van de ontworpen verzekeringswet wordt bepaald dat de Compensatiekas de werkingskosten van het Opvolgingsbureau draagt volgens de door de Koning vastgestelde regels.

In het nieuwe artikel 217, § 5, van de ontworpen verzekeringswet wordt erin voorzien dat de ombudsdienst voor verzekeringen instaat voor het secretariaat van het Opvolgingsbureau.

3.1. Het om advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit strekt ertoe uitvoering te geven aan diverse bepalingen van de ontworpen verzekeringswet. Meer in het bijzonder vindt het ontwerp rechtsgrond in de artikelen van de ontworpen verzekeringswet, waarvan melding wordt gemaakt in het eerste lid van de aanhef, met dien verstande dat moet worden opgemerkt wat volgt.

3.2. De artikelen 214, 222 en 223 van de ontworpen verzekeringswet worden weliswaar vermeld in het eerste lid van de aanhef van het ontwerp maar strekken de ontworpen regeling niet tot rechtsgrond. Daarentegen wordt in het betrokken lid van de aanhef geen melding gemaakt van artikel 213 van de ontworpen verzekeringswet, alhoewel het tweede lid van die bepaling rechtsgrond biedt voor de artikelen 6 tot 11 van het ontwerp, gelezen in samenhang met artikel 108 van de Grondwet, dat aan de Koning de algemene bevoegdheid verleent tot het uitvoeren van de wet (2).

3.3. De vraag rijst in welke bepaling van de ontworpen verzekeringswet rechtsgrond kan worden gevonden voor artikel 16 van het ontwerp. Hierover ondervraagd verklaarde de gemachtigde :

“Artikel 16 van het ontwerpbesluit bepaalt binnen welke termijn de beslissing omtrent het sluiten van het contract aan de kandidaat-verzekeringnemer moet worden meegedeeld. De rechtsgrond van deze bepaling ligt vervat in de verordenende bevoegdheid van de Koning waarnaar wordt verwezen in de aanhef van het ontwerpbesluit. De bepaling ligt bovendien in de lijn van artikel 212, § 1, 5° van de verzekeringswet dat meer over het algemeen aan de Koning toelaat om de termijnen vast te leggen waarbinnen over de aanvraag van de kandidaat-verzekeringnemer moet worden beslist. Artikel 219 van de verzekeringswet legt in dit verband geen beslissingstermijn op, doch ten gronde is het aangewezen dat de kandidaat-verzekeringnemer binnen de kortste termijn duidelijkheid krijgt over de vraag of hij met de verzekeringsonderneming een schuldsaldoverzekering kan sluiten in overeenstemming met de door het Opvolgingsbureau bepaalde voorwaarden.”

Ermee rekening houdend dat in artikel 212, § 1, 5°, van de ontworpen verzekeringswet, waarnaar wordt verwezen in de door de gemachtigde verstrekte uitleg, een meer algemene verplichting is vervat, blijft de rechtsgrond voor artikel 16 van het ontwerp problematisch. Zulks kan niet worden verholpen door een beroep te doen op artikel 108 van de Grondwet.

2.4. Le projet de loi mentionné au point 2.3 a modifié dans son essence la loi du 21 janvier 2010 sur les points suivants.

2.4.1. Il n'est plus question d'un code de bonne conduite et il n'est plus prévu qu'un rôle soit dévolu à la Commission des assurances en ce qui concerne son élaboration. L'article 212, § 1^{er}, de la loi sur les assurances en projet habilite le Roi à fixer des dispositions d'exécution pour un certain nombre de points qui sont dans une large mesure similaires à ceux prévus à l'article 138-1, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992.

La sanction civile prévue à l'article 23 du premier projet d'arrêté royal est insérée dans l'article 212, § 3, de la loi sur les assurances en projet.

2.4.2. L'article 214, alinéa 3, de la loi sur les assurances en projet confère une nouvelle délégation au Roi pour les cas dans lesquels le réassureur ne doit pas procéder à une réévaluation.

2.4.3. Une nouvelle délégation au Roi est inscrite à l'article 217, § 1^{er}, de la loi sur les assurances en projet pour prévoir que le Bureau du suivi de la tarification n'examine pas les propositions de surprime lorsque cette surprime ne représente pas un ratio minimum de la prime de base.

Le nouvel article 217, § 4, de la loi sur les assurances en projet dispose que la Caisse de compensation supporte les frais de fonctionnement du Bureau du suivi, selon les modalités déterminées par le Roi.

Le nouvel article 217, § 5, de la loi sur les assurances en projet prévoit que le service ombudsman des assurances assure le secrétariat du Bureau du suivi.

3.1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis vise à donner exécution à diverses dispositions de la loi sur les assurances en projet. Plus particulièrement, le projet trouve un fondement juridique dans les articles de la loi sur les assurances en projet mentionnés au premier alinéa du préambule, sous réserve des observations formulées ci-après.

3.2. Si les articles 214, 222 et 223 de la loi sur les assurances en projet sont mentionnés au premier alinéa du préambule du projet, il n'en demeure pas moins qu'ils ne procurent pas de fondement juridique à la réglementation en projet. Par contre, l'alinéa concerné du préambule ne mentionne pas l'article 213 de la loi sur les assurances en projet, bien que l'alinéa 2 de cette disposition procure un fondement juridique aux articles 6 à 11 du projet, combiné avec l'article 108 de la Constitution, qui accorde au Roi le pouvoir général d'exécution de la loi (2).

3.3. La question se pose de savoir que dans quelle disposition de la loi sur les assurances en projet l'article 16 du projet peut trouver un fondement juridique. Interrogé à ce sujet, le délégué a déclaré ce qui suit :

« Artikel 16 van het ontwerpbesluit bepaalt binnen welke termijn de beslissing omtrent het sluiten van het contract aan de kandidaat-verzekeringnemer moet worden meegedeeld. De rechtsgrond van deze bepaling ligt vervat in de verordenende bevoegdheid van de Koning waarnaar wordt verwezen in de aanhef van het ontwerpbesluit. De bepaling ligt bovendien in de lijn van artikel 212, § 1, 5° van de verzekeringswet dat meer over het algemeen aan de Koning toelaat om de termijnen vast te leggen waarbinnen over de aanvraag van de kandidaat-verzekeringnemer moet worden beslist. Artikel 219 van de verzekeringswet legt in dit verband geen beslissingstermijn op, doch ten gronde is het aangewezen dat de kandidaat-verzekeringnemer binnen de kortste termijn duidelijkheid krijgt over de vraag of hij met de verzekeringsonderneming een schuldsaldoverzekering kan sluiten in overeenstemming met de door het Opvolgingsbureau bepaalde voorwaarden ».

Dès lors que l'article 212, § 1^{er}, 5°, de la loi sur les assurances en projet, visé dans les explications fournies par le délégué, contient une obligation plus générale, le fondement juridique de l'article 16 du projet pose problème. Il ne peut y être remédié en invoquant l'article 108 de la Constitution.

Onderzoek van de tekst

Aanhef

4. De aanhef van het ontwerp dient aan te vangen met het volgende lid :

“Gelet op de Grondwet, artikel 108;”.

5. Rekening houdend met hetgeen sub 3.2 is opgemerkt, schrappe men in het eerste lid van de aanhef van het ontwerp zoals het om advies is voorgelegd, de vermelding van de artikelen 214, 222 en 223 van de ontworpen verzekeringswet, en dient nog melding te worden gemaakt van artikel 213, tweede lid, van dezelfde wet.

6. Het derde lid van de aanhef van het ontwerp zoals het om advies is voorgelegd en waarin wordt verwezen naar artikel 108 van de Grondwet, moet worden geschrapt.

7. Aan het einde van het lid van de aanhef waarin wordt gerefereerd aan de adviezen van de Raad van State schrijve men “...”, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;”.

Artikel 7

8. In de Nederlandse tekst van artikel 7, tweede lid, 2°, van het ontwerp schrijve men “en die een verhoogd risico in hoofde van ...”.

Artikel 12

9. In artikel 12, § 2, tweede lid, van het ontwerp moeten de woorden “de in het tweede lid bedoelde termijn” worden vervangen door de woorden “de in het eerste lid bedoelde termijn”.

Artikel 30

10. Het bepaalde in artikel 30 van het ontwerp betreft niet specifiek de Compensatiekas en wordt om die reden beter in bijvoorbeeld hoofdstuk II van het ontwerp ondergebracht.

(1) Voor de tekst van het ontwerp van wet zoals aangenomen in de plenaire vergadering van de Kamer van volksvertegenwoordigers en overgezonden aan de Senaat, zie Parl.St. Kamer 20 maart 2014, nr. 53—3361/007.

(2) Ook artikel 217, §§ 1 en 3, van de ontworpen verzekeringswet, biedt rechtsgrond voor sommige bepalingen van het ontwerp (artikelen 12, § 1, eerste lid, en § 2, 14, 15 en 17), gelezen in samenhang met artikel 108 van de Grondwet.

De griffier,

M. Verschraeghen.

De voorzitter,

M. Van Damme.

10 APRIL 2014. — Koninklijk besluit tot regeling van sommige verzekeringsovereenkomsten tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypotheek krediet

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, de artikelen 212, §§ 1 en 2, 213, tweede lid, 217, 220, en 352, § 1;

Gelet op het advies 41/2013 d.d. 2 oktober 2013 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;

Gelet op het advies van de Commissie Verzekeringen DOC C/2013-1 van 23 april 2013,

Gelet op het advies 55.514/1 van de Raad van State, gegeven op 28 maart 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de Commissie voor Verzekeringen de opdracht, die was bepaald in artikel 138ter-1, § 1, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd door artikel 3 van de wet van 21 januari 2010 tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, om binnen zes maanden na de bekendmaking van de wet van 21 januari 2010 in het Belgisch Staatsblad een gedragscode uit te werken, niet heeft kunnen vervullen;

Examen du texte

Préambule

4. Le préambule du projet doit commencer par l'alinéa suivant :

« Vu la Constitution, l'article 108; ».

5. Compte tenu des observations formulées au point 3.2, on supprimera au premier alinéa du préambule du projet, tel qu'il est soumis pour avis, la mention des articles 214, 222 et 223 de la loi sur les assurances en projet et on mentionnera encore l'article 213, alinéa 2, de la même loi.

6. Le troisième alinéa du préambule du projet, tel qu'il est soumis pour avis et qui vise l'article 108 de la Constitution, doit être supprimé.

7. A la fin de l'alinéa du préambule visant les avis du Conseil d'Etat, on écrira « ..., en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973; ».

Article 7

8. Dans le texte néerlandais de l'article 7, alinéa 2, 2°, du projet, on écrira « en die een verhoogd risico in hoofde van ... ».

Article 12

9. A l'article 12, § 2, alinéa 2, du projet, les mots « le délai stipulé à l'alinéa 2 » doivent être remplacés par les mots « le délai stipulé à l'alinéa 1^{er} ».

Article 30

10. L'article 30 du projet ne concernant pas spécifiquement la Caisse de compensation, mieux vaudrait l'intégrer, par exemple, dans le chapitre II du projet.

(1) Pour le texte du projet de loi tel qu'il a été adopté en séance plénière de la Chambre des représentants et transmis au Sénat, voir Doc. parl., Chambre, 20 mars 2014, n° 53-3361/007.

(2) L'article 217, §§ 1^{er} et 3, de la loi sur les assurances en projet, procure également un fondement juridique à certaines dispositions du projet (articles 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et § 2, 14, 15 et 17), combiné avec l'article 108 de la Constitution.

Le greffier,

M. Verschraeghen.

Le président,

M. Van Damme.

10 AVRIL 2014. — Arrêté royal réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la Constitution, l'article 108;

Vu la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les articles 212, §§ 1^{er} et 2, 213, alinéa 2, 217, 220 et 352, § 1^{er};

Vu l'avis 41/2013 du 2 octobre 2013 de la Commission de la protection de la vie privée;

Vu l'avis de la Commission des Assurances DOC C/2013-1 du 23 avril 2013;

Vu l'avis 55.514/1 du Conseil d'Etat, donné le 28 mars 2014, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que la Commission des assurances n'a pas pu assurer sa mission, qui était fixée à l'article 138ter-1, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, consistant à élaborer un code de bonne conduite dans les six mois de la publication au *Moniteur belge* de la loi du 21 janvier 2010;

Op de voordracht van de Minister van Economie en Consumenten en de Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1 — *Definities en toepassingsgebied*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit verstaat men onder :

1° "schuldsaldoverzekering" : verzekeringsovereenkomst die onderworpen is aan deel 4, titel IV, hoofdstuk 5 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en de terugbetaling waarborgt van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer;

2° "basispremie" : de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, rekening houdend met de meest voordelige korting die de verzekeringsonderneming om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde toekent;

3° "bijpremie" : deel van de premie die de verzekeringsonderneming aanrekenet voor een schuldsaldoverzekering aan een persoon van een bepaalde leeftijd, dat de basispremie overstijgt en om redenen van de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde wordt aangerekend;

4° "gezinswoning" : de eigen en enige woning van de kandidaat-verzekeringnemer;

5° "kandidaat-verzekeringnemer" : de persoon ten aanzien van wie een verzekeringsvoorstel wordt geformuleerd dat strekt tot waarborg van de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer;

6° "kredietinstelling" : de kredietinstelling die tot één van de volgende categorieën behoort :

a) de kredietinstellingen naar Belgisch recht die zijn ingeschreven op de lijst bedoeld in artikel 13 van de wet van 22 maart 1993 op het statuut van en het toezicht op de kredietinstellingen;

b) de kredietinstellingen waarvan de Staat van herkomst een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte is en die in België beleggingsdiensten mogen verstrekken overeenkomstig artikel 65 of 66 van dezelfde wet;

c) de kredietinstellingen waarvan de Staat van herkomst een derde Staat is en die in België beleggingsdiensten mogen verstrekken overeenkomstig artikel 79 van dezelfde wet;

7° "Opvolgingsbureau" : het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, § 1, van de wet betreffende de verzekeringen;

8° "persoon met een verhoogd gezondheidsrisico" : persoon ten aanzien van wie de verzekeringsonderneming een schuldsaldoverzekering omwille van zijn gezondheidstoestand weigert, dan wel aanvaardt met een bepaalde bijpremie of mits bepaalde uitsluiting(en);

9° "hypotheekondernemingen" : de ondernemingen bedoeld in de artikelen 43, 43bis en 44 van de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet;

10° "wet betreffende de verzekeringen" : de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

§ 2. De kandidaat-verzekeringnemer verklaart op eer dat de verzekeringsovereenkomst de terugbetaling waarborgt van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van zijn eigen en enige gezinswoning.

Art. 2. De bepalingen van Hoofdstuk 2, Afdeling 2, en Hoofdstuk 3 van dit besluit gelden eveneens bij de uitsluiting van bepaalde risico's in de schuldsaldoverzekering omwille van de gezondheidstoestand van de verzekerde.

HOOFDSTUK 2. — *Toepasselijke bepalingen bij het sluiten van een schuldsaldoverzekering*

Art. 3. De artikelen 4 tot 11 zijn toepasselijk bij het sluiten van elke schuldsaldoverzekering.

Sur la proposition du Ministre de l'Economie et des Consommateurs et de la Ministre de la Santé publique dans leurs attributions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er} — *Définitions et champ d'application*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

1° "assurance du solde restant dû" : contrat d'assurance soumis à la partie 4, titre IV, chapitre 5, de la loi relative du 4 avril 2014 aux assurances et qui garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance;

2° "prime de base" : la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une assurance du solde restant dû à une personne d'un âge déterminé, en tenant compte de la réduction la plus avantageuse octroyée par l'entreprise d'assurances en raison de l'état de santé du candidat assuré;

3° "surprime" : partie de la prime imputée par l'entreprise d'assurances pour une assurance du solde restant dû à une personne d'un âge déterminé, qui dépasse la prime de base et qui est imputée en raison de l'état de santé du candidat assuré;

4° "habitation" : l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance;

5° "candidat preneur d'assurance" : la personne à l'égard de laquelle une proposition d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance a été formulée;

6° "établissement de crédit" : l'établissement de crédit appartenant à l'une des catégories suivantes :

a) les établissements de crédit de droit belge inscrits sur la liste visée à l'article 13 de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit;

b) les établissements de crédit dont l'Etat d'origine est un autre Etat membre de l'Espace économique européen et qui sont autorisés à fournir des services d'investissement en Belgique conformément à l'article 65 ou 66 de la même loi;

c) les établissements de crédit dont l'Etat d'origine est un Etat tiers et qui sont autorisés à fournir des services d'investissement en Belgique conformément à l'article 79 de la même loi;

7° "Bureau du suivi" : le Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, § 1^{er}, de la loi relative aux assurances;

8° "personne présentant un risque de santé accru" : personne à l'égard de laquelle l'entreprise d'assurances refuse une assurance du solde restant dû en raison de son état de santé, ou accepte en imputant une certaine surprime ou moyennant une ou plusieurs exclusions;

9° "entreprises hypothécaires" : les entreprises visées aux articles 43, 43bis et 44 de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire;

10° "loi relative aux assurances" : la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§ 2. Le candidat preneur d'assurance déclare sur l'honneur que le contrat d'assurance garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de son habitation propre et unique.

Art. 2. Les dispositions du Chapitre 2, Section 2, et du Chapitre 3 du présent arrêté sont également applicables pour l'exclusion de certains risques dans l'assurance du solde restant dû en raison de l'état de santé de l'assuré.

CHAPITRE 2. — *Dispositions applicables lors de la conclusion d'une assurance du solde restant dû*

Art. 3. Les articles 4 à 11 sont applicables lors de la conclusion de toute assurance du solde restant dû.

Afdeling 1. — Beoordeling van het verhoogde gezondheidsrisico

Art. 4. Een verzekeringsonderneming mag enkel gebruik maken van een medische vragenlijst bij de behandeling van een aanvraag tot schuldalldoverzekering op voorwaarde dat de formulering van de vragen voorafgaandelijk door het Opvolgingsbureau is goedgekeurd.

Het Opvolgingsbureau beslist binnen een termijn van één maand na ontvangst over de goedkeuring van de formulering van de vragen. De beslissing door het Opvolgingsbureau wordt genomen bij gewone meerderheid van stemmen.

Art. 5. De medische vragenlijst voldoet aan de principes van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en inzonderheid :

1° de gestelde vragen zijn nauwkeurig en betreffen uitsluitend gebeurtenissen die de verhoogde aard van een gezondheidsrisico in hoofde van de kandidaat-verzekerde kunnen staven;

2° de vragen verwijzen in geen geval naar de strikt privé aspecten van het leven van de kandidaat-verzekerde, onder meer op het vlak van seksualiteit, hobby's, buitenlandse reizen, beroepsleven.

Afdeling 2 — Motiveringsplicht

Art. 6. Wanneer een verzekeringsonderneming beslist om een schuldalldoverzekering te weigeren of een bijpremie te vragen omwille van het verhoogde gezondheidsrisico van de kandidaat-verzekerde, brengt zij, overeenkomstig artikel 213, tweede lid, van de wet betreffende de verzekeringen, de kandidaat-verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte.

De verzekeringsonderneming geeft in dit schrijven in detail de redenen van haar beslissing op.

Art. 7. De motivering van de beslissing bedoeld in artikel 6 wordt verwoord op een ondubbelzinnige en voor de kandidaat-verzekeringnemer begrijpelijke wijze, uitgaande van de specifieke situatie van de verzekerde.

Deze motivering bevat minstens de volgende elementen :

1° de beslissing van de verzekeringsonderneming om de verzekering te weigeren of een bijpremie te vragen;

2° de medische redenen waarop de beslissing is gesteund en die een verhoogd risico in hoofde van de verzekerde aantonen, tenzij die informatie niet per brief kan worden meegedeeld in toepassing van de wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;

3° indien de verzekeringsonderneming heeft beslist om een bijpremie te vragen omwille van medische redenen, de hoogte van deze medische bijpremie in euro en als een percentage van de basispremie;

4° de persoonsgegevens van de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming tot wie de verzekerde zich kan wenden om bijkomende informatie over de medische grond van de genomen beslissing te ontvangen;

5° het feit dat de kandidaat-verzekeringnemer de referenties naar studies en statistieken kan verkrijgen, alsook bijkomende uitleg over de relatie tussen de verwachte oversterfte en het niveau van de bijpremie;

6° de gegevens van het Opvolgingsbureau alsook de vermelding dat de kandidaat-verzekeringnemer het recht heeft het Opvolgingsbureau te vragen naar het onderzoek van de beslissing van de verzekeringsonderneming.

Art. 8. Indien de kandidaat-verzekeringnemer en de verzekerde niet dezelfde persoon zijn, wordt de in artikel 7, tweede lid, 2° en 4° bedoelde medische informatie enkel aan de verzekerde meegedeeld.

Art. 9. De verzekerde kan, al dan niet via zijn behandelende arts, van de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming bijkomende informatie over de medische motivering van de genomen beslissing krijgen. Deze bijkomende informatie moet schriftelijk aangevraagd worden.

De verzekeringsonderneming bezorgt de verzekerde schriftelijk, binnen een termijn van 8 werkdagen, deze informatie, desgevallend via diens behandelende arts en met inachtneming van de toepasselijke wetgeving.

Section 1^{re}. — Evaluation du risque accru de santé

Art. 4. Une entreprise d'assurances ne peut faire usage d'un questionnaire médical lors du traitement d'une demande d'assurance du solde restant dû qu'à la condition que le libellé de ses questions ait fait l'objet de l'accord préalable du Bureau du suivi.

Le Bureau du suivi décide, dans un délai d'un mois suivant la réception, de l'approbation de la formulation des questions. Le Bureau du suivi prend sa décision à la majorité simple des suffrages.

Art. 5. Le questionnaire médical respecte les principes de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et notamment :

1° les questions posées sont précises et portent exclusivement sur des événements pouvant attester du caractère accru d'un risque de santé dans le chef du candidat assuré;

2° les questions ne font aucune référence aux aspects strictement privés de la vie du candidat assuré, notamment en matière de sexualité, de hobbies, de voyages à l'étranger, de vie professionnelle.

Section 2 — Obligation de motivation

Art. 6. Lorsqu'une entreprise d'assurances décide de refuser une assurance du solde restant dû ou de réclamer une surprime en raison du risque de santé accru du candidat assuré, elle en informe le candidat preneur d'assurance par écrit, conformément à l'article 213, alinéa 2, de la loi relative aux assurances.

Dans ce document écrit, l'entreprise d'assurances détaille les motifs de sa décision.

Art. 7. La motivation de la décision visée à l'article 6 est exprimée sans équivoque et d'une manière compréhensible pour le candidat preneur d'assurance, en se basant sur la situation particulière de l'assuré.

Cette motivation contient au moins les éléments suivants :

1° la décision de l'entreprise d'assurances de refuser l'assurance ou de réclamer une surprime;

2° les raisons médicales sur lesquelles la décision est fondée et qui attestent d'un risque accru de santé dans le chef de l'assuré, sauf si ces informations ne peuvent être communiquées par courrier en application de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée;

3° si l'entreprise d'assurances a décidé de réclamer une surprime pour des raisons médicales, la hauteur de cette surprime médicale en euros et en pourcentage de la prime de base;

4° les coordonnées du médecin-conseil de l'entreprise d'assurances auquel l'assuré peut s'adresser afin de recevoir des informations complémentaires relatives à la motivation médicale de la décision;

5° le fait que le candidat preneur d'assurance peut obtenir les références à des études et des statistiques, ainsi que des explications complémentaires sur la relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime;

6° les coordonnées du Bureau du suivi ainsi que la mention du droit pour le candidat preneur d'assurance de demander au Bureau du suivi l'examen de la décision de l'entreprise d'assurances.

Art. 8. Dans le cas où le candidat preneur d'assurance et l'assuré ne sont pas la même personne, les informations à caractère médical visées à l'article 7, alinéa 2, 2° et 4°, sont communiquées uniquement à l'assuré.

Art. 9. L'assuré peut, que ce soit par l'intermédiaire de son médecin traitant ou non, se faire remettre par le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances des informations complémentaires au sujet de la motivation médicale de la décision prise. Ces informations complémentaires sont demandées par écrit.

L'entreprise d'assurances fournit ces informations, par écrit, dans un délai de 8 jours ouvrables à l'assuré, le cas échéant par l'intermédiaire de son médecin traitant, et dans le respect de la législation applicable.

Art. 10. § 1. Op schriftelijk verzoek ontvangt de verzekerde, desgevallend via zijn behandelende arts, bijkomende informatie over de volgende elementen :

1° indien de verzekerde vraagt naar concrete studies en/of statistieken op grond waarvan de beslissing werd genomen, de referenties van deze studies en/of statistieken alsook een vrij toegankelijke elektronische link naar deze referenties of, bij ontstentenis, een afschrift van die studies en/of statistieken;

2° indien de verzekerde vraagt naar de motivering van het niveau van de bijpremie, motivering onder meer vanuit technisch oogpunt van de proportionele relatie tussen de verwachte oversterfte (met vermelding van het concrete oversterftepercentage) en het niveau van de bijpremie.

§ 2. De verzekeringsonderneming hoeft niet in te gaan op vragen om inzage te verlenen in bedrijfseigen informatie zoals ondernemingsstatistieken of acceptatie- en tarifieringsregels.

Art. 11. De verzekeringsondernemingen, de hypotheekondernemingen en de kredietinstellingen vermelden op elke prospectus, reclame en verzekeringsvoorstel dat betrekking heeft op het verlenen van hypothecaire kredieten en de levensverzekeringen die de terugbetaling van deze kapitalen dekken, op begrijpelijke wijze informatie over het bestaan van een solidariteitsmechanisme voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

HOOFDSTUK 3 — *Bijzondere bepalingen bij het sluiten van een schuldsaldoverzekering met personen met een verhoogd gezondheidsrisico*

Art. 12. § 1. Het Opvolgingsbureau wordt opgericht en stelt, met eenparige stemmen van zijn leden, een huishoudelijk reglement op, dat onder meer de werkingsmodaliteiten van het Opvolgingsbureau bepaalt, desgevallend met inbegrip van de regels inzake het aanwezigheidsquorum en de stemmingen alsook de selectiecriteria voor de experts.

De Voorzitter en de leden van het Opvolgingsbureau ontvangen, in respectieve volgorde, een vergoeding van 150 en 75 euro per vergadering.

§ 2. Het Opvolgingsbureau bezorgt, binnen 2 maanden na de bekendmaking van het benoemingsbesluit van zijn leden, het ontwerp van huishoudelijk reglement voor goedkeuring aan de ministers bevoegd voor Economie en voor Volksgezondheid.

Indien het Opvolgingsbureau er niet in slaagt binnen de in het eerste lid bedoelde termijn een huishoudelijk reglement op te stellen, stellen de ministers bevoegd voor Economie en voor Volksgezondheid gezamenlijk het huishoudelijk reglement vast.

Art. 13. Het Opvolgingsbureau behandelt de verzoeken tot onderzoek voor de dossiers die geweigerd worden of waarvan de bijpremie meer dan 75 % bedraagt. Indien de kandidaat-verzekeringnemer en de kandidaat-verzekerde niet dezelfde persoon zijn, is het akkoord van de kandidaat-verzekerde vereist.

Art. 14. De verzekeringsonderneming bezorgt het Opvolgingsbureau alle informatie waarover zij beschikt en die nodig is opdat het Opvolgingsbureau de hem voorgelegde verzoeken kan onderzoeken.

Onverminderd de mogelijkheid in hoofde van het Opvolgingsbureau om bijkomende informatie te vragen, maakt de verzekeringsonderneming volgende gegevens en documenten over aan het Opvolgingsbureau :

1° de beslissing van de verzekeringsonderneming, met inbegrip van de motivering bedoeld in artikel 7;

2° het medisch dossier dat alle relevante medische gegevens over de kandidaat-verzekerde bevat;

3° de studies en statistieken, waardoor zij zich heeft laten leiden bij haar beslissingen om een schuldsaldoverzekering te weigeren, een bijkomend medisch onderzoek te vereisen om het gezondheidsrisico van de kandidaat-verzekerde te kunnen beoordelen of een bijpremie te vragen omwille van het verhoogde gezondheidsrisico van de kandidaat-verzekerde.

Art. 10. § 1^{er}. Sur demande écrite, l'assuré reçoit de l'entreprise d'assurances, le cas échéant par l'intermédiaire de son médecin traitant, des informations complémentaires au sujet des éléments suivants :

1° si l'assuré demande des études concrètes et/ou des statistiques ayant motivé la décision, les références de ces études et/ou statistiques ainsi qu'un lien électronique libre d'accès vers ces références ou à défaut, une copie de ces études et/ou statistiques;

2° si le candidat assuré demande à connaître la motivation du niveau de la surprime, la motivation, entre autres du point de vue technique, de la relation proportionnelle entre la surmortalité attendue (en mentionnant le pourcentage concret de surmortalité) et le niveau de la surprime.

§ 2. L'entreprise d'assurances n'est pas tenue d'accéder aux demandes visant à se voir communiquer des informations propres à l'entreprise, telles que des statistiques internes ou des règles d'acceptation et de tarification.

Art. 11. Les entreprises d'assurances, les entreprises hypothécaires et les établissements de crédit mentionnent, de façon compréhensible, sur chaque prospectus, communication à caractère promotionnel et proposition d'assurance concernant l'octroi de crédits hypothécaires et les assurances sur la vie qui garantissent le remboursement de ces capitaux, les informations relatives à l'existence d'un mécanisme de solidarité pour les personnes présentant un risque de santé accru.

CHAPITRE 3 — *Dispositions particulières relatives à la conclusion d'une assurance du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru*

Art. 12. § 1^{er}. Le Bureau du suivi est créé et établi, à l'unanimité de ses membres, un règlement d'ordre intérieur qui stipule entre autres les modalités de fonctionnement du Bureau du suivi, en ce compris le cas échéant les règles relatives au quorum de présence et aux votes ainsi que les critères de sélection des experts.

Le Président et les membres du Bureau du suivi reçoivent, respectivement, une indemnité de 150 et 75 euros par réunion.

§ 2. Le Bureau du suivi transmet, dans les 2 mois après la publication de l'arrêt de nomination de ses membres, le projet de règlement d'ordre intérieur pour approbation aux ministres ayant l'Economie et la Santé publique dans leurs attributions.

Si le Bureau du suivi ne parvient pas à établir un règlement d'ordre intérieur dans le délai stipulé à l'alinéa 1^{er}, les ministres ayant l'Economie et la Santé publique dans leurs attributions fixent conjointement le règlement d'ordre intérieur.

Art. 13. Le Bureau du suivi traite les demandes d'examen pour les dossiers qui sont refusés ou dont la surprime est supérieure à 75 %. Si le candidat preneur d'assurance et le candidat assuré ne sont pas la même personne, l'accord du candidat assuré est requis.

Art. 14. L'entreprise d'assurances transmet au Bureau du suivi toutes les informations dont elle dispose et qui sont nécessaires à la réalisation de l'examen par le Bureau du suivi des demandes dont il est saisi.

Sans préjudice de la possibilité pour le Bureau du suivi de demander des informations complémentaires, l'entreprise d'assurances transmet les données et documents suivants au Bureau du suivi :

1° la décision de l'entreprise d'assurances, en ce compris la motivation visée à l'article 7;

2° le dossier médical reprenant l'ensemble des données médicales pertinentes sur le candidat assuré;

3° les études et statistiques l'ayant guidée dans ses décisions de refuser une assurance du solde restant dû, de demander un examen médical complémentaire afin de pouvoir évaluer le risque de santé du candidat assuré ou de réclamer une surprime en raison du risque de santé accru du candidat assuré.

Art. 15. § 1. Overeenkomstig artikel 217, § 3, derde lid, van de wet betreffende de verzekeringen, doet het Opvolgingsbureau ten aanzien van de betrokken partijen een bindend voorstel binnen de tijdspanne van 15 werkdagen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier.

§ 2. Het Opvolgingsbureau deelt, onverminderd de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zijn beslissing schriftelijk mee aan de kandidaat-verzekeringnemer, de verzekerde en de verzekeringsonderneming. Het Opvolgingsbureau geeft desgevallend in zijn beslissing een gedetailleerde weergave van de inhoud van zijn bindend voorstel.

De in het voorgaande lid bedoelde beslissing beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 7.

Art. 16. De verzekeringsonderneming informeert de kandidaat-verzekeringnemer en het Opvolgingsbureau binnen een redelijke termijn over zijn beslissing omtrent het sluiten van een contract dat is opgesteld onder de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau.

Art. 17. Het Opvolgingsbureau stelt jaarlijks een verslag op, dat onder meer verduidelijkt :

1° hoeveel onderzoeken het Opvolgingsbureau heeft doorgevoerd en op welke pathologieën deze onderzoeken betrekking hadden;

2° in hoeveel gevallen de beslissingen van de verzekeringsonderneming werden bevestigd dan wel een afwijkend bindend voorstel werd geformuleerd;

3° de motivering van de beslissingen waarbij de onverzekerbaarheid van de kandidaat-verzekerde dan wel de gevraagde bijpremie werd bevestigd;

4° in hoeveel gevallen de verzekeringsonderneming bereid was om met de kandidaat-verzekeringnemer te contracteren onder de voorwaarden bepaald in het bindend voorstel van het Opvolgingsbureau.

HOOFDSTUK 4. — *Erkenningsvoorwaarden van en controle op een compensatiekas en tussenkomst van de Compensatiekas*

Art. 18. § 1. De aanvraag tot erkenning van de Compensatiekas, bedoeld in artikel 220 van de wet betreffende de verzekeringen, kan uitsluitend worden ingediend door een rechtspersoon die ten laatste op de datum van het indienen van de aanvraag is opgericht onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

§ 2. Kunnen toetreden tot de vereniging bedoeld in paragraaf 1 :

1° de verzekeringsondernemingen die in België verzekeringsovereenkomsten aanbieden als bedoeld in artikel 224, eerste lid, van de wet betreffende de verzekeringen;

2° de kredietinstellingen en hypotheekondernemingen die een hypothecair krediet aanbieden dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de kandidaat-verzekeringnemer.

§ 3. De aanvraag tot erkenning wordt ingediend bij de FSMA. De FSMA zendt deze aanvraag, voorzien van haar advies, aan de minister bevoegd voor Economie.

§ 4. Bij de aanvraag worden de volgende inlichtingen en bescheiden verstrekt :

1° de statuten;

2° het compensatiereglement;

3° de bedrijfsvoorwaarden, de financiële en administratieve organisatie, met inbegrip van de naam, voornamen, woon- en verblijfplaats, beroep en nationaliteit van de beheerders en de met de effectieve leiding belaste personen;

4° het ondernemingsnummer.

Art. 19. De erkenning van de Compensatiekas wordt door Ons verleend op voorwaarde dat de vereniging voldoet aan de voorwaarden bepaald in en krachtens artikel 220 van de wet betreffende de verzekeringen.

Het compensatiereglement en zijn wijzigingen behoeven Onze goedkeuring.

Art. 15. § 1^{er}. Conformément à l'article 217, § 3, alinéa 3, de la loi relative aux assurances, le Bureau du suivi fait une proposition contraignante aux parties concernées dans un délai de 15 jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier complet.

§ 2. Le Bureau du suivi, sans préjudice de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection des données à caractère personnel, communique sa décision par écrit au candidat preneur d'assurance, à l'assuré et à l'entreprise d'assurances. Le cas échéant, le Bureau du suivi détaille dans sa décision le contenu de sa proposition contraignante.

La décision visée à l'alinéa précédent respecte les conditions de l'article 7.

Art. 16. L'entreprise d'assurances informe, dans un délai raisonnable, le candidat preneur d'assurance et le Bureau du suivi de sa décision concernant la conclusion d'un contrat établi aux conditions fixées dans la proposition contraignante établie par le Bureau du suivi.

Art. 17. Le Bureau du suivi rédige annuellement un rapport, qui précise entre autres :

1° le nombre d'examen effectués par le Bureau du suivi et les pathologies concernées par ces examens;

2° le nombre de cas où les décisions de l'entreprise d'assurances ont été confirmées et le nombre de cas où une proposition contraignante différente a été formulée;

3° la motivation des décisions ayant confirmé l'inassurabilité du candidat assuré ou la surprime réclamée;

4° le nombre de cas où l'entreprise d'assurances était disposée à conclure un contrat avec le candidat preneur d'assurance aux conditions fixées dans la proposition contraignante du Bureau du suivi.

CHAPITRE 4. — *Conditions d'agrément et de contrôle d'une caisse de compensation et intervention de la Caisse de compensation*

Art. 18. § 1^{er}. La demande d'agrément de la Caisse de compensation, visée à l'article 220 de la loi relative aux assurances, ne peut être introduite que par une personne morale qui, au plus tard à la date d'introduction de la demande, a été constituée sous la forme d'une association sans but lucratif.

§ 2. Peuvent adhérer à l'association visée au paragraphe 1^{er} :

1° les entreprises d'assurances qui proposent des contrats d'assurance en Belgique, tels que visés à l'article 224, alinéa 1^{er}, de la loi relative aux assurances;

2° les établissements de crédit et les entreprises hypothécaires qui proposent des crédits hypothécaires contractés en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance.

§ 3. La demande d'agrément est introduite auprès de la FSMA. La FSMA envoie cette demande au ministre ayant l'Economie dans ses attributions, en y joignant son avis.

§ 4. La demande comprend les informations et documents suivants :

1° les statuts;

2° le règlement de compensation;

3° les conditions d'exploitation, l'organisation financière et administrative, y compris les nom, prénoms, domicile, résidence, profession et nationalité des administrateurs et des personnes chargées de la direction effective;

4° le numéro d'entreprise.

Art. 19. L'agrément de la Caisse de compensation est octroyé par Nous à condition que l'association respecte les conditions fixées à et en vertu de l'article 220 de la loi relative aux assurances.

Le règlement de compensation et ses modifications nécessitent Notre approbation.

Art. 20. De bescheiden betreffende het compensatiemechanisme worden bewaard hetzij ten maatschappelijke zetel van de Compensatiekas, hetzij op elke andere plaats die door de FSMA vooraf is toegelaten.

Op eenvoudig verzoek van de FSMA is de Compensatiekas er toe gehouden alle inlichtingen te verstrekken en alle bescheiden in te leveren die zij nodig heeft voor de uitvoering van haar taak.

De FSMA kan voor de uitvoering van de twee voorgaande leden, leden van haar personeel of zelfstandige hiertoe gemachtigde deskundigen delegeren, die haar verslag uitbrengen.

Art. 21. § 1. Tenminste drie weken vóór het samenkomen van de algemene vergadering, stelt de Compensatiekas de FSMA in kennis van de ontwerpen van jaarrekening en van de wijzigingen aan de statuten of aan het compensatiereglement, alsook van de beslissingen die zij van plan is tijdens die vergadering te nemen en die een weerslag zouden kunnen hebben op haar wettelijke opdracht.

De FSMA kan eisen dat de door haar betreffende die ontwerpen geformuleerde opmerkingen ter kennis worden gebracht aan de algemene vergadering.

Die opmerkingen en de antwoorden moeten in de notulen worden opgenomen.

§ 2. Binnen de maand die volgt op hun goedkeuring door de algemene vergadering stelt de Compensatiekas de FSMA in kennis van de wijzigingen aan de statuten of aan het compensatiereglement en van de beslissingen die een weerslag zouden kunnen hebben op haar wettelijke opdracht.

Binnen een termijn van ten hoogste twee maand, te rekenen van de datum waarop zij er kennis van gekregen heeft, verzet de FSMA zich bij een met redenen omklede beslissing, per aangetekend schrijven tegen de uitvoering van de in het eerste lid bedoelde beslissingen die strijdig zijn met de wet betreffende de verzekeringen, met de bepalingen van dit besluit of met haar statuten en brengt de minister bevoegd voor Economie op de hoogte van dit verzet. De datum van de poststempel geldt als de datum van het verzet.

Art. 22. § 1. Behoudens toepassing van artikel 21, moet elke wijziging in de financiële of administratieve organisatie, inzonderheid die met betrekking tot de gegevens bedoeld in artikel 18, § 4, 3°, binnen een termijn van één maand aan de FSMA worden meegedeeld.

De FSMA zendt zo spoedig mogelijk en uiterlijk dertig dagen na de ontvangst van de ter goedkeuring van de Koning voor te leggen wijzigingen aan de statuten of aan het compensatiereglement deze, samen met haar met redenen omkleed advies, aan de minister bevoegd voor Economie.

§ 2. De Compensatiekas stelt uiterlijk op 30 juni van elk jaar de FSMA in kennis van een verslag over haar activiteit.

De FSMA brengt de minister bevoegd voor Economie ervan op de hoogte.

§ 3. Behoudens toepassing van artikel 21 wordt elk ontwerp tot wijziging van de bedrijfsvoorwaarden aan de FSMA meegedeeld. De FSMA verzet zich tegen die ontwerpen wanneer ze strijdig zijn met de wet betreffende de verzekeringen en brengt de minister bevoegd voor Economie op de hoogte van dit verzet. De FSMA deelt aan de Compensatiekas binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf die mededeling, per aangetekende brief, haar verzet of haar instemming mee. De ontwerpen, waarvoor de kennisgeving door de FSMA niet binnen die termijn heeft plaatsgehad, mogen toegepast worden.

Art. 23. § 1. De Compensatiekas kan beroep instellen bij de minister bevoegd voor Economie tegen het verzet dat de FSMA heeft gedaan met toepassing van artikel 22, § 3, en tegen de weigering van de FSMA om de aanwijzing van de commissaris, bedoeld in artikel 24, goed te keuren.

§ 2. Het beroep moet met redenen omkleed zijn en worden ingesteld bij een aangetekende brief binnen een termijn van vijftien dagen na de kennisgeving van het verzet, de weigering of de goedkeuring bedoeld in § 1. De datum van de poststempel geldt als de datum van de indiening van het beroep.

§ 3. Het beroep is niet opschoortend.

Art. 24. De artikelen 14bis, 38 tot 40 en 90, §§ 1 tot en met 4, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen zijn van overeenkomstige toepassing op de Compensatiekas.

Art. 20. Les documents relatifs au mécanisme de compensation sont conservés, soit au siège social de la Caisse de compensation, soit en tout autre lieu préalablement agréé par la FSMA.

Sur simple demande de la FSMA, la Caisse de compensation est tenue de fournir tous les renseignements et de délivrer tous les documents nécessaires à l'exécution de sa mission.

La FSMA peut, pour l'exécution des deux alinéas précédents, déléguer des membres de son personnel ou des experts indépendants mandatés à cet effet, qui lui font rapport.

Art. 21. § 1^{er}. La Caisse de compensation communique à la FSMA au moins trois semaines avant la réunion de l'assemblée générale, les projets de comptes annuels et de modifications des statuts ou du règlement de compensation ainsi que les décisions qu'elle se propose de prendre lors de cette réunion et qui peuvent avoir une incidence sur sa mission légale.

La FSMA peut exiger que les observations qu'elle formule concernant ces projets soient portées à la connaissance de l'assemblée générale.

Ces observations et les réponses qui y sont apportées doivent figurer au rapport.

§ 2. La Caisse de compensation communique à la FSMA dans le mois suivant leur approbation par l'assemblée générale, les modifications des statuts ou du règlement de compensation ainsi que les décisions qui peuvent avoir une incidence sur sa mission légale.

La FSMA s'oppose, dans un délai maximum de deux mois à partir de la date où elle en a eu connaissance, par décision motivée et par lettre recommandée, à l'exécution de toutes décisions visées à l'alinéa premier, qui violeraient les articles de la loi relative aux assurances, les dispositions du présent arrêté ou ses statuts, et en informe le ministre ayant l'Economie dans ses attributions. La date du cachet de la poste est réputée être la date d'introduction de la requête.

Art. 22. § 1^{er}. Sauf application de l'article 21, toutes modifications à l'organisation financière ou administrative, notamment celles qui concernent les éléments visés à l'article 18, § 4, 3°, doivent être communiquées à la FSMA dans un délai d'un mois.

La FSMA envoie au ministre ayant l'Economie dans ses attributions, dans les plus brefs délais et au plus tard trente jours après leur réception, les modifications des statuts ou du règlement de compensation qui doivent être soumises à l'approbation du Roi, en y joignant son avis motivé.

§ 2. La Caisse de compensation communique à la FSMA, au plus tard le 30 juin de chaque année, un compte-rendu de ses activités.

La FSMA en informe le ministre ayant l'Economie dans ses attributions.

§ 3. Sauf application de l'article 21, tous projets de modifications aux conditions d'exploitation sont communiqués à la FSMA. La FSMA s'oppose à ces projets lorsqu'ils sont contraires à la loi relative aux assurances, et en informe le ministre ayant l'Economie dans ses attributions. La FSMA notifie par lettre recommandée à la Caisse de compensation son opposition ou son assentiment dans un délai d'un mois, à partir de cette communication. Les projets qui n'ont pas fait l'objet d'une notification de la part de la FSMA dans ce délai peuvent être mis en application.

Art. 23. § 1^{er}. La Caisse de compensation peut introduire un recours auprès du ministre ayant l'Economie dans ses attributions contre l'opposition formée par la FSMA en application de l'article 22, § 3, et contre le refus de la FSMA d'approuver la désignation du commissaire, visé à l'article 24.

§ 2. Le recours doit être motivé et être introduit par lettre recommandée dans les quinze jours de la notification de l'opposition, du refus ou de l'approbation visés au § 1^{er}. La date du cachet de la poste est réputée être la date d'introduction de la requête.

§ 3. Le recours n'est pas suspensif.

Art. 24. Les articles 14bis, 38 à 40 et 90, §§ 1 à 4, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances sont d'application par analogie à la Caisse de compensation.

Art. 25. De voorzitter van het Opvolgingsbureau heeft zitting met raadgevende stem in de vergaderingen van de raad van beheer.

Art. 26. De verzekeringsondernemingen zijn er toe gehouden aan de Compensatiekas alle nodige inlichtingen mede te delen ter vervulling van diens wettelijke opdracht onder de vorm, de termijnen en volgens de periodiciteit die deze bepaalt.

Art. 27. De Compensatiekas slaat haar tussenkomsten om volgens volgende modaliteiten :

1° 50 % wordt gedragen door de kredietinstellingen en hypotheek-ondernemingen;

2° 50 % wordt gedragen door de verzekeringsondernemingen.

Art. 28. De Compensatiekas komt tussen indien de gevraagde bijpremie meer bedraagt dan 125 % van de basispremie, zonder dat haar tussenkomst 800 % van de basispremie kan overschrijden.

Art. 29. De tussenkomst van de Compensatiekas komt verhoudingsgewijs in mindering van het totale bedrag dat de verzekeringsonderneming van de kandidaat-verzekeringssnemer eist zonder dat laatstgenoemde hierom uitdrukkelijk moet vragen.

De verzekeringsonderneming richt zich rechtstreeks tot de Compensatiekas teneinde het bedrag terug te vorderen van de tussenkomst die aldus aan de kandidaat-verzekeringssnemer is toegekend.

HOOFDSTUK 5 — Slotbepalingen

Art. 30. Deel 4, titel IV, hoofdstuk 5 van de wet betreffende de verzekeringentreedt in werking op de dag van de bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 31. Artikel 12 van dit besluit treedt in werking op de dag van de bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*.

De overige bepalingen van dit besluit treden in werking op de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van het huishoudelijk reglement van het Opvolgingsbureau en uiterlijk op 1 januari 2015.

Art. 32. Binnen de termijn van een maand vanaf de datum bepaald in artikel 31, tweede lid, van dit besluit, leggen de verzekeringsondernemingen de medische vragenlijsten bedoeld in artikel 4 van dit besluit ter goedkeuring voor aan het Opvolgingsbureau.

In afwijking van artikel 4 van dit besluit kunnen de verzekeringsondernemingen de aan het Opvolgingsbureau voorgelegde medische vragenlijsten gebruiken zolang het Opvolgingsbureau zijn goedkeuring niet heeft verleend, zonder hierbij de termijn te overschrijden van 3 maanden vanaf de datum van de voorlegging van de vragenlijsten aan het Opvolgingsbureau.

Art. 33. De minister bevoegd voor de verzekeringen en de minister bevoegd voor de volksgezondheid zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 april 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Economie en Consumenten,
J. VANDE LANOTTE

De Minister van Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR DE VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN

[C – 2014/18187]

17 MAART 2014. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het formulier voor aangifte van gegevens voor de heffingen bepaald bij artikel 4 van de wet van 9 december 2004 betreffende de financiering van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 94 van 28 maart 2014, bladzijde 27587, moet "Dierenvoeding – Producent van diervoeders" in plaats van "Dierenvoeding – Poducent van diervoeders" worden gelezen.

Art. 25. Le président du Bureau du suivi siège avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Art. 26. Les entreprises d'assurances sont tenues de communiquer à la Caisse de compensation tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de sa mission légale dans la forme, les délais et selon la périodicité déterminés par elle.

Art. 27. La Caisse de compensation répartit ses interventions selon les modalités suivantes :

1° 50 % est pris en charge par les établissements de crédit et les entreprises hypothécaires;

2° 50 % est pris en charge par les entreprises d'assurances.

Art. 28. La Caisse de compensation intervient si la surprime réclamée s'élève à plus de 125 % de la prime de base, sans que son intervention ne puisse dépasser 800 % de la prime de base.

Art. 29. L'intervention de la Caisse de compensation vient diminuer à due concurrence le montant total réclamé par l'entreprise d'assurances au candidat preneur d'assurance sans que celui-ci ne doive en faire la demande expresse.

L'entreprise d'assurances s'adresse directement à la Caisse de compensation afin de récupérer le montant de l'intervention ainsi escompté au candidat preneur d'assurance.

CHAPITRE 5 — Dispositions finales

Art. 30. La partie 4, titre IV, chapitre 5, de la loi relative aux assurances entre en vigueur le jour de la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Art. 31. L'article 12 du présent arrêté entre en vigueur le jour de la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Les autres dispositions du présent arrêté entrent en vigueur le jour de la publication au *Moniteur belge* du règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi et au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Art. 32. Dans un délai d'un mois à partir de la date fixée à l'article 31, alinéa 2, du présent arrêté, les entreprises d'assurances soumettent les questionnaires médicaux visés à l'article 4 du présent arrêté pour approbation au Bureau du suivi.

Par dérogation à l'article 4 du présent arrêté, les entreprises d'assurances peuvent utiliser les questionnaires médicaux soumis au Bureau du suivi aussi longtemps que le Bureau du suivi n'a pas donné son approbation, sans dépasser le délai de 3 mois à partir de la soumission des questionnaires au Bureau du suivi.

Art. 33. Le ministre qui a les assurances dans ses attributions et le ministre qui a la santé publique dans ses attributions sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 avril 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de l'Economie et des Consommateurs,
J. VANDE LANOTTE
La Ministre de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

AGENCE FEDERALE POUR LA SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE

[C – 2014/18187]

17 MARS 2014. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 établissant le formulaire de déclaration de données pour les contributions visées à l'article 4 de la loi du 9 décembre 2004 relative au financement de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire. — Erratum

Au *Moniteur belge* n° 94 du 28 mars 2014, page 27587, il y a lieu de lire « Dierenvoeding – Producent van diervoeders » au lieu de « Dierenvoeding – Poducent van diervoeders ».