

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

6 februari 2019

**WETSVOORSTEL**

**tot wijziging van de wet van 4 april 2014  
betreffende de verzekeringen waarbij voor  
bepaalde persoonsverzekeringen een recht  
om vergeten te worden wordt ingevoerd**

(ingediend door de dames Griet Smaers en  
Rita Bellens, de heren Frank Wilrycx,  
Benoît Friart en Servais Verherstraeten en  
de dames Nele Lijnen en Leen Dierick )

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

6 février 2019

**PROPOSITION DE LOI**

**modifiant la loi du 4 avril 2014  
relative aux assurances qui  
instaure un droit à l'oubli pour  
certaines assurances de personnes**

(déposée par Mmes Griet Smaers et  
Rita Bellens, MM. Frank Wilrycx, Benoît Friart  
et Servais Verherstraeten et Mmes Nele Lijnen  
et Leen Dierick )

**SAMENVATTING**

*Dit wetsvoorstel beoogt een gemakkelijker toegang tot bepaalde schuldsaldoverzekeringen voor personen die in het verleden werden geconfronteerd met een ernstige medische aandoening. Zij worden geconfronteerd met een bijpremie of een verzekeringsweigering vanwege deze aandoening.*

*Het "recht om vergeten te worden", wordt ingevoegd in de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, en zal personen die reeds enige tijd genezen werden verklaard van hun (kanker) aandoening de kans geven om een verzekering af te sluiten zonder bijpremie ten gevolge van deze aandoening.*

**RÉSUMÉ**

*La présente proposition de loi vise un accès plus aisé à certaines assurances solde restant dû pour les personnes ayant été atteintes, par le passé, d'une pathologie médicale grave. En raison de cette pathologie, elles se voient confrontées à une surprime ou un refus d'assurance.*

*Le "droit à l'oubli" est inséré dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, et donnera aux personnes qui sont, depuis un certain temps, déclarées guéries de leur pathologie (cancéreuse) l'occasion de souscrire une assurance sans surprime en raison de cette pathologie.*

**TER VERVANGING VAN HET VROEGER RONDGEDEELDE  
STUK**

**EN REMPLACEMENT DU DOCUMENT DISTRIBUÉ  
PRÉCÉDEMMENT**

10165

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> législature, suivi du n <sup>o</sup> de base et du n <sup>o</sup> consécutif
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Beknopt Verslag	CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Plenum	PLEN:	Séance plénière
COM:	Commissievergadering	COM:	Réunion de commission
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>		<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be		Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel : publications@lachambre.be	
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier		Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC	

## TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel komt tegemoet aan een voorstel dat werd gedaan in de Commissie voor Verzekeringen door de consumenten- en patiëntenverenigingen tot verbetering van de wetgeving inzake de schuldsaldoverzekering beschreven in haar evaluatieverslag van 29 mei 2018 (Doc/C2018/1) en is gebaseerd op de Franse wetgeving, gekend onder de naam “*Convention AREAS*”.

Het “recht om vergeten te worden” houdt in dat men als kandidaat-verzekerde bij de onderschrijving van een schuldsaldoverzekering wel zijn medische antecedenten moet meedelen, maar dat deze niet in acht mogen genomen worden door de verzekeringsonderneming voor het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

Heel wat burgers ondervinden moeilijkheden om een schuldsaldoverzekering te onderschrijven wegens het bestaan van medische antecedenten die medisch irrelevant zijn geworden vanwege de lange termijn dat deze personen reeds genezen werden verklaard.

Zo ziet iemand die als kind slachtoffer werd van een ernstige medische aandoening maar medisch genezen werd verklaard, zich soms meer dan tien jaar na datum nog altijd geconfronteerd met de gevolgen hiervan doordat hij/zij op basis hiervan een verzekering wordt geweigerd of deze verzekering slechts kan sluiten tegen een sterk verhoogde bijpremie.

### ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

#### HOOFDSTUK 1

#### Algemene bepaling

##### Artikel 1

Dit artikel vereist geen bijzondere toelichting.

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi fait suite à une proposition faite en Commission des Assurances par les associations de patients et de consommateurs et visant à améliorer la législation en matière d’assurances solde restant dû décrite dans son rapport d’évaluation du 29 mai 2018 (Doc/C2018/1) et est basée sur la législation française, connue sous le nom de “*Convention AREAS*”.

Le “droit à l’oubli” emporte que, quoique tout candidat assuré soit obligé de communiquer ses antécédents médicaux lorsqu’il souscrit une assurance solde restant dû, l’entreprise d’assurances ne peut toutefois pas prendre ceux-ci en compte pour déterminer l’état de santé actuel.

Bon nombre de citoyens éprouvent des difficultés à souscrire une assurance solde restant dû en raison de l’existence d’antécédents médicaux qui, en raison de la longue période écoulée depuis que ces personnes ont été déclarées guéries, ont perdu leur pertinence.

Ainsi, celui qui a été victime, comme enfant, d’une pathologie médicale grave, mais qui a été déclaré guéri du point de vue médical, en subit parfois les répercussions, dix ans après les faits, puisque, sur cette base, il risque encore toujours de se voir refuser une assurance ou de ne pouvoir souscrire cette assurance que moyennant une surprime fortement augmentée.

### COMMENTAIRES DES ARTICLES

#### CHAPITRE 1<sup>ER</sup>

#### Disposition générale

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

Le présent article n’appelle pas de commentaire particulier.

## HOOFDSTUK 2

**Wijziging van de wet van 4 april 2014  
betreffende de verzekeringen**

## Art. 2

Dit artikel zal een afdeling toevoegen in deel 4, titel II, hoofdstuk 1 van de wet verzekeringen, het “recht om vergeten te worden”.

## Art. 3

Het nieuwe artikel 61/1 stelt het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden vast, met name verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen, met andere woorden de schuldsaldoverzekeringen.

De wet is van toepassing op twee types van schuldsaldoverzekeringen.

Een eerste type betreft de schuldsaldoverzekeringen die worden gesloten door een kandidaat-verzekeringnemer om de terugbetaling van een hypothecair krediet te waarborgen dat betrekking heeft op de gezinswoning.

Een tweede type betreft de schuldsaldoverzekeringen die worden gesloten door een kandidaat-verzekeringnemer en dient om de terugbetaling van een professioneel krediet te waarborgen.

## Art. 4

Het nieuwe artikel 61/2 voert het zogenaamde “recht om vergeten te worden” in voor personen die door kanker getroffen werden. Zij dienen hun aandoening nog steeds te melden aan hun verzekeringsonderneming bij het aanvragen van een schuldsaldoverzekering. Echter, na het verstrijken van een periode van tien jaar mag de verzekeringsonderneming hiermee geen rekening meer houden bij zijn risicobeoordeling. De verzekeringsonderneming mag bijgevolg geen verzekering weigeren of een bijpremie aanrekenen ten gevolge van deze aandoening.

De termijn van 10 jaar loopt vanaf de datum waarop de behandeling succesvol werd beëindigd en voor zover er geen herval plaatsvond binnen deze termijn.

Met datum waarop de behandeling succesvol werd beëindigd wordt bedoeld de einddatum van de actieve kankerbehandeling, zonder herval, met

## CHAPITRE 2

**Modification à la loi du 4 avril 2014  
relative aux assurances**

## Art. 2

Cet article ajoutera une section à la partie 4, titre II, chapitre 1<sup>er</sup> de la loi relative aux assurances, le “droit à l’oubli”.

## Art. 3

Le nouvel article 61/1 fixe le champ d’application du droit à l’oubli, à savoir les contrats d’assurance qui garantissent le remboursement du capital d’un crédit, en d’autres termes les assurances solde restant dû.

La loi s’applique à deux types d’assurances solde restant dû.

Une premier type concerne les assurances solde restant dû souscrites par un candidat preneur d’assurance pour garantir le remboursement d’un crédit hypothécaire qui se rapporte à une habitation.

Un deuxième type concerne les assurances solde restant dû souscrites par un candidat preneur d’assurance pour garantir le remboursement d’un crédit professionnel.

## Art. 4

Le nouvel article 61/2 instaure le “droit à l’oubli” pour les personnes atteintes d’un cancer. Elles doivent toujours déclarer leur pathologie à leur entreprise d’assurances en cas de demande d’une assurance solde restant dû. Toutefois, à l’expiration d’une période de dix ans l’entreprise d’assurances ne peut plus en tenir compte dans son évaluation des risques. L’entreprise d’assurances ne peut par conséquent ni refuser l’assurance, ni mettre en compte une surprime en raison de cette pathologie.

Le délai de 10 ans prend cours à compter de la date de la fin d’un traitement réussi et en l’absence de rechute dans ce délai.

Par date de la fin d’un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif du cancer, en l’absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie

chirurgie, radiotherapie, chemotherapie verricht in een erkende voorziening, zonder noodzakelijke bijkomende behandeling, met uitzondering van een mogelijke voortgezette behandeling van het type hormoontherapie.

Onder hervaal dient te worden verstaan elke nieuwe opstoot van kanker die medisch vastgesteld werd door klinisch, biologisch of beeldonderzoek.

Na verloop van de termijn van 10 jaar mag geen enkele bijpremie dus in rekening gebracht worden.

De Koning kan gedifferentieerde termijnen in functie van met name de leeftijdscategorieën en/of de types van kankeraandoeningen bepalen.

De Franse regeling voorziet erin dat een kandidaat-verzekerde, ondanks het recht om zijn kankeraandoening niet te melden na een bepaalde periode, andere risicofactoren en aandoeningen die al dan niet verband houden met de kankeraandoening moet blijven meedelen aan zijn verzekeringsonderneming.

Een behandeling tegen kanker kan bijwerkingen hebben die jaren aanslepen of soms zelfs levenslang duren. Zo kan chemotherapie in bepaalde situaties permanente schade toebrengen aan het hart, de longen of de nieren. Dergelijke aandoeningen of risicofactoren moeten gemeld worden aan de verzekeringsonderneming, zoals dit ook het geval is in Frankrijk.

In bepaalde situaties kan een persoon die succesvol behandeld werd voor een lymfeklierkanker, ten gevolge van deze behandeling hartproblemen ontwikkelen. Deze hartproblemen moeten hoe dan ook gemeld worden, ook al zijn ze het gevolg van de kankerbehandeling. Het valt echter niet uit te sluiten dat de kandidaat-verzekerde onterecht ervan uitgaat dat hij zijn hartproblemen niet hoeft te melden omdat ze het gevolg zijn van de behandeling van zijn lymfeklierkanker. Het niet meedelen van dergelijke informatie kan achteraf discussies teweegbrengen wanneer de verzekeringsonderneming hiervan alsnog kennis neemt.

Om dergelijke problemen te vermijden voorziet het wetsvoorstel erin dat de kankeraandoening evenals andere medische antecedenten die hiermee al dan niet verband houden, wél gemeld moeten worden. Eerder dan de verantwoordelijkheid te leggen bij de kandidaat-verzekerde om bepaalde antecedenten niet te melden, maakt het wetsvoorstel de verzekeringsonderneming verantwoordelijk om met bepaalde antecedenten géén rekening te houden. De verzekerde wordt op deze manier beschermd tegen de toepassing van

effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie.

Par rechute, on entend toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

À l'expiration de ce délai de 10 ans, aucune surprime ne peut dès lors être mise en compte.

Le Roi peut prévoir des délais différenciés en fonction notamment de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse.

Le système français prévoit qu'en dépit de son droit de ne pas déclarer sa pathologie cancéreuse après une certaine période, un candidat assuré est tenu de continuer à déclarer à son entreprise d'assurances les autres facteurs de risque et affections en rapport ou non avec la pathologie cancéreuse.

Les effets secondaires d'un traitement du cancer peuvent durer plusieurs années, voire une vie entière. Dans certaines situations, la chimiothérapie peut ainsi entraîner des dommages permanents au cœur, aux poumons ou aux reins. Comme c'est aussi le cas en France, de telles pathologies ou facteurs de risque doivent être déclarés à l'entreprise d'assurances.

Dans certaines situations, une personne ayant été traitée avec succès pour un cancer du système lymphatique peut, à la suite de ce traitement, développer des problèmes cardiaques. Ces problèmes cardiaques doivent être déclarés de toute façon, même s'ils résultent d'un traitement du cancer. Il n'est cependant pas à exclure que le candidat assuré considère à tort qu'il ne doit pas déclarer ses problèmes cardiaques parce qu'ils résultent du traitement de son cancer du système lymphatique. La non-communication de telles informations peut par après susciter des discussions lorsque l'entreprise d'assurances en prend finalement connaissance.

Pour éviter de tels problèmes, la proposition de loi prévoit que la pathologie cancéreuse ainsi que d'autres antécédents médicaux en rapport ou non avec celle-ci doivent être bien déclarés. Plutôt que d'imposer au candidat assuré la responsabilité de ne pas déclarer certains antécédents, la proposition de loi impose à l'entreprise d'assurances la responsabilité de ne pas prendre en compte certains antécédents. De cette manière, l'assuré est protégé de l'application des articles 59 et 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux

de artikelen 59 en 60 van de wet van 4 april 2014 verzekeringen die handelen over de gevolgen van het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens.

Verzekeringsondernemingen die dit wetsvoorstel niet naleven, kunnen hiervoor gesanctioneerd worden op basis van de sancties waarin voorzien is in de wet betreffende de verzekeringen.

De Franse AERAS conventie omvat naast het “recht om vergeten te worden” ook een referentierooster. Dit referentierooster somt een lijst van kanker- en chronische aandoeningen op die de kandidaat-verzekerde weliswaar moet melden aan zijn verzekeringsonderneming, maar die volgens bepaalde nadere regels na een bepaalde termijn verzekerd kunnen worden, en dit al dan niet aan een vastgestelde bijpremie.

#### Art. 5

Het nieuwe artikel 61/3 geeft de Koning de machtiging om het referentierooster te bepalen. Hiertoe kan hij zich laten inspireren door het Franse referentierooster.

De derde paragraaf voorziet erin dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, onderzoekt of volgens bepaalde nadere regels de termijn van 10 jaar aangepast kan worden voor specifieke types van kankeraandoeningen.

Na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering en op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zal de Koning dan in voorkomend geval het referentierooster aanpassen.

Volgens de vierde paragraaf kan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg nagaan of er andere aandoeningen zijn dan deze in het referentierooster opgenomen, in het bijzonder chronische aandoeningen waarvoor maatregelen genomen kunnen worden om de toegang tot de schuldsaldoverzekering te bevorderen. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan diabetes type 1. Deze maatregelen omvatten naargelang het geval:

1° een regeling die gelijkaardig is aan de regeling voor kankeraandoeningen waarbij de verzekeringsonderneming na een bepaalde termijn geen verzekering mag weigeren of geen bijpremie mag aanrekenen ten gevolge van deze chronische aandoening. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelt, naast de termijnen, ook de nadere regels voor;

assurances qui traitent des conséquences de l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration de données.

Les entreprises d'assurances qui ne respectent pas la présente proposition de loi peuvent être sanctionnées sur base des sanctions prévues dans la loi relative aux assurances.

Outre le “droit à l'oubli”, la convention AERAS française comprend également une “grille de référence”. Cette “grille de référence” énumère une série de pathologies cancéreuses et chroniques que le candidat assuré doit certes déclarer à son entreprise d'assurances, mais qui peuvent, sous certaines modalités, être assurées après une période déterminée, et ce sans ou moyennant une surprime fixée.

#### Art. 5

Le nouvel article 63/3 donne au Roi le pouvoir de déterminer la grille de référence. A cette fin, il peut s'inspirer de la grille de référence française.

Le troisième paragraphe prévoit que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé examine si, sous certaines modalités, le délai de 10 ans, peut être adapté pour certains types spécifiques de pathologies cancéreuses ou certaines catégories d'âge.

Après avis du Bureau du suivi de la tarification et sur la proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, le Roi peut adapter le cas échéant, la grille de référence.

Aux termes du quatrième paragraphe, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé peut examiner s'il n'y a pas d'autres pathologies que celles reprises dans la grille de référence, en particulier des affections chroniques pour lesquelles des mesures visant à faciliter l'accès à l'assurance solde restant dû pourraient être prises. On pense, par exemple, au diabète de type 1. Ces mesures comprennent, selon le cas:

1° un système similaire à celui mis en place pour pathologies cancéreuses, selon lequel l'entreprise d'assurances ne peut, après un certain délai, refuser une assurance ou imputer une surprime en raison de cette pathologie chronique. Outre les délais, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé propose également les modalités requises;

2° het niveau van de bijpremie die de verzekeringsonderneming mag aanrekenen.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zendt zijn voorstel door aan het Opgvolgingsbureau, dat het voorstel samen met zijn advies richt tot de Koning. Het voorstel moet bepalen voor welke aandoeningen, na welke termijnen en eventueel volgens welke nadere regels deze bijpremie van toepassing is. Het niveau van de bijpremie dient medisch en verzekeringstechnisch verantwoord te zijn op basis van wetenschappelijke gegevens over de (lange termijn) prognoses van dergelijke aandoeningen.

Bij de uitwerking van deze voorstellen van aanpassingen kan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zich inspireren op de aanpassingen die aan het referentierooster van de Franse AERAS-conventie worden gedaan. Zij kan evenwel ook andere aanpassingen of uitbreidingen voorstellen.

De voorstellen die het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg formuleert (termijnen, nadere regels, ...) aan de Koning, moeten medisch verantwoord zijn. Het advies van het Opgvolgingsbureau moet medisch en verzekeringstechnisch verantwoord zijn op basis van wetenschappelijke gegevens.

Dit referentierooster wordt regelmatig geherevalueerd om rekening te houden met de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens.

#### Art. 6

De geschillen betreffende de toepassing van de bepalingen inzake het recht om vergeten te worden voor het Opgvolgingsbureau voor tarifiering gebracht. Het is reeds bevoegd om voorstellen te onderzoeken van bijpremie hoger dan 75 % van de basispremie of van weigering tot verzekeren (artikel 217 van de wet) voor verzekeringscontracten die de terugbetaling van het kapitaal van een hypothecair krediet waarborgen. Dit Bureau heeft het voordeel een neutrale partij te zijn die beschikt over de nodige medische kennis. Het Opgvolgingsbureau voor tarifiering geeft zijn advies over de toepassing van de wet. Dit advies is per definitie niet bindend. De meest gereede partij kan dit advies voor de rechtbank brengen. De rechtbank zal het wellicht niet nalaten het advies van het voormelde Bureau in overweging te nemen.

2° le niveau de la surprime que l'entreprise d'assurances peut imputer.

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé transmet sa proposition au Bureau du suivi de la tarification qui adresse la proposition accompagné de son avis au Roi. La proposition doit déterminer pour quelles pathologies, à l'expiration de quels délais et, éventuellement sous quelles modalités cette surprime est applicable. Le niveau de cette surprime doit se justifier d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance, sur la base de données scientifiques sur les pronostics (à long terme) de telles pathologies.

Dans l'élaboration de ces propositions d'adaptation, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé peut s'inspirer des adaptations qui sont réalisées dans le cadre de la "grille de référence" de la convention AERAS française. Il peut aussi en proposer d'autres.

Les propositions formulées par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (délais, modalités, ...) doivent se justifier d'un point de vue médical. L'avis du Bureau du suivi de la tarification doit être justifié d'un point de vue médical ainsi qu'au regard de la technique de l'assurance, sur base de données scientifiques.

Pour tenir compte du progrès médical et des données scientifiques disponibles, cette grille de référence est régulièrement soumise à une procédure de réévaluation.

#### Art. 6

Les litiges portant sur l'application des dispositions en matière de droit à l'oubli sont portés devant le Bureau du suivi de la tarification. Celui-ci est déjà compétent pour examiner les propositions de surprime supérieure à 75 % de la prime de base ou les refus d'assurance (artikel 217 de la loi) pour les contrats d'assurance qui garantissent le remboursement de capital d'un crédit hypothécaire. Ce Bureau présente l'avantage de constituer une partie neutre disposant de connaissances médicales suffisantes. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis sur l'application des dispositions de la loi. Cet avis est par définition non contraignant. La partie la plus diligente peut porter le litige devant les tribunaux. Le tribunal ne manquera probablement pas de prendre en considération l'avis du Bureau précité.

## Art. 7

Gelet op het feit dat het recht om vergeten te worden zal erkend worden in functie van de aandoening en de soort van het contract, kan het enkel van toepassing zijn op nieuwe overeenkomsten. De onder andere actuariële techniek, eigen aan de verzekering maakt immers de toepassing op de bestaande overeenkomsten niet mogelijk. De consument kan evenwel zijn overeenkomst altijd opzeggen en er een nieuwe sluiten.

Griet SMAERS (CD&V)  
Rita BELLENS (N-VA)  
Frank WILRYCX (Open Vld)  
Benoît FRIART (MR)  
Servais VERHERSTRAETEN (CD&V)  
Nele LIJNEN (Open Vld)  
Leen DIERICK (CD&V)

## Art. 7

Compte tenu du fait que le droit à l'oubli sera reconnu en fonction de la pathologie et du type de contrat, il peut uniquement s'appliquer aux nouveaux contrats. La technique notamment actuarielle propre à l'assurance ne permet en effet pas son application aux contrats existants. Le consommateur peut toutefois toujours résilier son contrat et en conclure un nouveau.

**WETSVOORSTEL**

## HOOFDSTUK 1

**Algemene bepaling**

## Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

## HOOFDSTUK 2

**Wijziging van de wet van 4 april 2014  
betreffende de verzekeringen**

## Art. 2

In deel 4, titel 2, hoofdstuk 1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen wordt een nieuwe afdeling *lbis* ingevoegd, die de artikelen 61/1 tot 61/4 bevat, luidende:

“Afdeling *lbis*. Recht om vergeten te worden.”

## Art. 3

In afdeling *lbis* van deel 4, titel 2, hoofdstuk 1, van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel 2, wordt een artikel 61/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/1. De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal waarborgen:

a) van een hypothecair krediet zoals bedoeld in artikel 224;

b) van een beroepskrediet.”

## Art. 4

In dezelfde afdeling *lbis* wordt een artikel 61/2 ingevoegd, luidende:

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

**PROPOSITION DE LOI**CHAPITRE 1<sup>ER</sup>**Disposition générale**Article 1<sup>er</sup>

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

## CHAPITRE 2

**Modification de la loi du 4 avril 2014  
relative aux assurances**

## Art. 2

Dans la partie 4, titre 2, chapitre 1<sup>er</sup> de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, il est inséré une nouvelle section l<sup>re</sup>*bis*, comportant les articles 61/1 à 61/4, intitulée:

“Section l<sup>re</sup>*bis*. Droit à l'oubli.”

## Art. 3

Dans la section *lbis* de la partie 4, titre 2, chapitre 1<sup>er</sup>, de la même loi, insérée par l'article 2, il est inséré un article 61/1 rédigé comme suit:

“Art. 61/1. Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital:

a) d'un crédit hypothécaire tel que visé à l'article 224;

b) d'un crédit professionnel.”

## Art. 4

Dans la même section *lbis*, il est inséré un article 61/2 rédigé comme suit:

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

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

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

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

§ 2. De Koning kan de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen, met name in functie van leeftijds-categorieën en/of het type van kankeraandoeningen.”.

#### Art. 5

In dezelfde afdeling *lbis* wordt een artikel 61/3 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/3. § 1. De Koning kan in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/2, wordt verkort.

Het is de verzekeringsonderneming dan verboden om na deze verkorte termijnen rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

§ 2. De Koning kan eveneens in een referentierooster een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, desgevallend gekoppeld aan de nadere regels:

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

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

§ 3. De Koning kan, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies

Il est toutefois interdit à l'entreprise d'assurances, à l'expiration d'un délai de dix ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute dans ce délai, de prendre encore en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que prévu à l'article 61 de la présente loi.

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

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

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1<sup>er</sup> notamment en fonction de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse.”.

#### Art. 5

Dans la même section *lbis*, il est inséré un article 61/3 rédigé comme suit:

“Art. 61/3. § 1<sup>er</sup>. Le Roi peut déterminer dans une grille de référence pour certains types de cancer, le délai réduit visé à l'article 61/2.

Après ce délai réduit, il est interdit à l'entreprise d'assurances de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Le Roi peut déterminer, dans une grille de référence un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

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

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

§ 3. Le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau

van het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij hij desgevallend de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijnen bedoeld in artikel 61/2 verkort kunnen worden.

§ 4. De Koning kan, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster eveneens aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels:

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

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

§ 5. De nadere regels, de termijnen en het niveau van de bijpremie bedoeld in paragrafen 1 en 2 moeten medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord zijn op basis van wetenschappelijke gegevens.

§ 6. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweejaarlijks in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen bedoeld in de artikelen 61/2, § 1 en in paragraaf 2 van dit artikel. Het deelt zijn voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan het Opgvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217. Dit laatste zendt het voorstel vergezeld van zijn advies door aan de minister bevoegd voor verzekeringen evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken. De Koning kan in voorkomend geval het referentierooster aanpassen.”

#### Art. 6

In dezelfde afdeling *lbis* wordt een artikel 61/4 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/4. Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de bepalingen van deze afdeling door de meest gerede partij eerst voorgelegd

du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles, le délai visé à l'article 61/2 peut être réduit.

§ 4. Le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence pour des affections chroniques particulières, et déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

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

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

§ 5. Les modalités, les délais et le niveau de la surprime visés aux paragraphes 1 et 2 doivent être justifiés objectivement et raisonnablement sur base de données médicales.

§ 6. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées à l'article 61/2, § 2, et au paragraphe 2 du présent article. Il communique sa proposition d'adaptation de la grille de référence au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Celui-ci transmet la proposition accompagnée de son avis au ministre ayant les assurances dans ses compétences ainsi qu'au ministre ayant les Affaires Sociales dans ses compétences. Le Roi peut, le cas échéant, adapter la grille de référence.”

#### Art. 6

Dans la même section *lbis*, il est inséré un article 61/4 rédigé comme suit:

“Art. 61/4. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des dispositions de la présente section sont d'abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la

aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering geeft zijn advies binnen vijftien werkdagen vanaf de ontvangst van het volledige dossier. Op enkel verzoek van het Bureau zendt de verzekeringsonderneming haar dossier door.”

#### Art. 7

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de achttiende maand na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad* en is van toepassing op nieuwe overeenkomsten gesloten vanaf deze datum.

Elk uitvoeringsbesluit treedt in werking op de eerste dag van de achttiende maand na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad* en is van toepassing op nieuwe overeenkomsten gesloten vanaf deze datum.

22 januari 2019

Griet SMAERS (CD&V)  
Rita BELLENS (N-VA)  
Frank WILRYCX (Open Vld)  
Benoît FRIART (MR)  
Servais VERHERSTRAETEN (CD&V)  
Nele LIJNEN (Open Vld)  
Leen DIERICK (CD&V)

tarification, visé à l'article 217 de cette loi. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l'entreprise d'assurances transmet son dossier.”

#### Art. 7

La présente loi entre en vigueur le premier jour du dix-huitième mois qui suit sa publication au *Moniteur belge* et s'applique aux nouveaux contrats conclus à partir de cette date.

Chaque arrêté d'exécution entre en vigueur le premier jour du dix-huitième mois qui suit sa publication au *Moniteur belge* et s'applique aux nouveaux contrats conclus à partir de cette date.

22 janvier 2019