

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

9 octobre 2003

SESSION EXTRAORDINAIRE 2003

PROPOSITION DE LOI**relative à l'assurance complémentaire
soins de santé**(déposée par Mme Simonne Creyf)
_____**SOMMAIRE**

1. Résumé	3
2. Développements	4
3. Proposition de loi	12

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

9 oktober 2003

BUITENGEWONE ZITTING 2003

WETSVOORSTEL**betreffende de aanvullende verzekering
voor gezondheidsverzorging**(ingediend door mevrouw Simonne Creyf)
_____**INHOUD**

1. Samenvatting	3
2. Toelichting	4
3. Wetsvoorstel	12

<i>cdH</i>	: <i>Centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	: <i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>ECOLO</i>	: <i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
<i>FN</i>	: <i>Front National</i>
<i>MR</i>	: <i>Mouvement Réformateur</i>
<i>N-VA</i>	: <i>Nieuw - Vlaamse Alliantie</i>
<i>PS</i>	: <i>Parti socialiste</i>
<i>SP.a - SPIRIT</i>	: <i>Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.</i>
<i>VLAAMS BLOK</i>	: <i>Vlaams Blok</i>
<i>VLD</i>	: <i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	<i>DOC 51 0000/000 :</i>	<i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA :</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	<i>QRVA :</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>	<i>CRIV :</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>
<i>CRIV :</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	<i>CRIV :</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>
<i>CRABV :</i>	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	<i>CRABV :</i>	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
<i>PLEN :</i>	<i>Plenum (witte kaft)</i>	<i>PLEN :</i>	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
<i>COM :</i>	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	<i>COM :</i>	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i> <i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Commandes :</i> <i>Place de la Nation 2</i> <i>1008 Bruxelles</i> <i>Tél. : 02/ 549 81 60</i> <i>Fax : 02/549 82 74</i> <i>www.deKamer.be</i> <i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>
--	---

RÉSUMÉ

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

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

SAMENVATTING

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

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

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition de loi DOC 50 2339/001.

Ces dernières années, l'assurance complémentaire soins de santé a considérablement gagné en importance.

À l'heure actuelle, l'assurance complémentaire soins de santé est régie par un ensemble fragmenté de dispositions hétérogènes, dont les principales sont contenues dans la loi sur le contrat d'assurance terrestre, dans la législation relative au contrôle et aux mutualités, ainsi que dans les circulaires de l'Office de contrôle des assurances et de l'Office de contrôle des unions nationales de mutualités.

La présente proposition de loi vise à améliorer la législation relative aux assurances complémentaires soins de santé à un certain nombre d'égards.

Premièrement, la proposition renforce la continuité de l'assurance individuelle, d'une part en prévoyant que cette assurance est, en principe, contractée pour la vie et, d'autre part, en prévoyant que l'assureur ne peut la résilier qu'en cas de non-paiement de la prime. C'est ainsi l'assuré lui-même qui détermine la durée de l'assurance individuelle qu'il a contractée. Ce n'est que lorsqu'il renonce à l'assurance ou omet de payer les primes que l'assurance prend fin.

Deuxièmement, la présente proposition de loi vise à mieux garantir la continuité de l'assurance soins de santé lorsque l'assuré quitte une assurance-groupe. Il arrive en effet qu'un travailleur se voie refuser l'accès à une assurance individuelle lorsqu'il quitte l'assurance-groupe, et ce, en raison de son âge, de son état de santé ou de l'état de santé des membres de sa famille. Notre proposition garantit à tout assuré l'accès à une assurance complémentaire individuelle s'il quitte l'assurance-groupe. Cette garantie revêt une grande importance dans tous les cas où une personne qui est affiliée à une assurance-groupe va travailler chez un nouvel employeur qui ne l'affilie pas automatiquement à une assurance-groupe, ou lorsque cette personne se lance dans une activité indépendante à titre principal ou cesse d'exercer son activité professionnelle.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt in aangepaste vorm de tekst over van wetsvoorstel DOC 50 2339/001.

Het belang van de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging is de afgelopen jaren sterk toegenomen.

De aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging wordt op dit moment geregeld door een gefragmenteerd geheel van onderling verschillende bepalingen waarvan de belangrijkste kunnen worden gevonden in de wet op de Landverzekeringsovereenkomst, de Controlewetgeving, de Ziekenfondswetgeving en de omzendbrieven van de Controledienst voor Verzekeringen en de Controledienst voor de Landsbonden en de Ziekenfondsen.

Dit voorstel wil de wetgeving voor alle aanvullende gezondheidszorgverzekeringen op verschillende punten verbeteren.

Ten eerste versterkt het voorstel de continuïteit van de individuele verzekering door ze in beginsel levenslang te laten gelden, enerzijds, en de opzegmogelijkheid voor elke verzekeraar te beperken tot de situatie waarin de premie niet meer wordt betaald, anderzijds. Op deze manier wordt de duur van de individuele verzekering, eenmaal ze is aangegaan, bepaald door de verzekerde zelf. Slechts wanneer deze opzegt of nalaat de bijdragen te betalen neemt de verzekering een einde.

Ten tweede is het de bedoeling de continuïteit van de verzekering voor gezondheidsverzorging bij het verlaten van een groepsverzekering te verbeteren. Het gebeurt dat een werknemer bij het verlaten van de groepsverzekering wegens zijn leeftijd, zijn gezondheidstoestand of de gezondheidstoestand van de leden van zijn gezin de toegang tot een individuele verzekering wordt ontzegd. Dit voorstel garandeert elke verzekerde de toegang tot een individuele aanvullende verzekering bij het verlaten van de groepsverzekering. Dit is van belang telkens wanneer een collectief verzekerde persoon overstapt naar een werkgever die hem niet automatisch in een groepsverzekering opneemt, zelfstandige in hoofdberoep wordt of zijn beroepsactiviteit stopzet.

En troisième lieu, la proposition renforce la sécurité en matière de clauses contractuelles en insérant quelques dispositions spécifiques :

- les entreprises d'assurances sont tenues d'indemniser tous les dommages couverts après un an, sauf lorsque le preneur d'assurance a délibérément tu des informations ou communiqué des informations inexactes ;

- l'entreprise d'assurances ne peut subordonner l'octroi d'une garantie d'assurance à la condition que le diagnostic posé soit incontestable ;

- les clauses du contrat relatives aux nullités, aux déchéances et aux exclusions ne sont valables que si elles sont explicites et limitatives ;

- toute disposition par laquelle l'assureur se réserve le droit de modifier unilatéralement la couverture prévue par le contrat est interdite, sauf si cette possibilité est prévue dans la loi proposée ;

En quatrième lieu, la présente proposition vise également à assurer une sécurité tarifaire. Les adaptations du niveau de la prime et de l'ampleur de la couverture à des modifications du contexte dans lequel elle s'inscrit seront désormais régies par des règles souples. Cette sécurité tarifaire est assurée de deux manières. Premièrement, la possibilité est donnée à l'assureur d'adapter automatiquement, moyennant le respect de certaines conditions strictes, le niveau de la prime à la hausse réelle des coûts. Deuxièmement, la couverture garantie peut être adaptée, d'une part, en cas de modifications substantielles de la réglementation relative à l'assurance soins de santé légale et de la législation afférente aux hôpitaux et, d'autre part, en cas de modifications importantes intervenues dans la structure du risque.

En cinquième lieu, la présente proposition instaure un droit à l'assurance. Les assureurs refusent de couvrir tout ou partie des risques de certaines personnes pour des questions de santé ou d'âge. D'autres personnes doivent payer des primes très élevées pour bénéficier d'une assurance. Nous constatons que de plus en plus de personnes en bonne santé jugent nécessaire de contracter une assurance complémentaire soins de santé. Mais dans le cadre d'un marché libre, les personnes qui ont le plus besoin d'une telle assurance risquent de ne pouvoir la souscrire ou de ne pouvoir la payer. C'est pourquoi cette proposition prévoit la création d'un bureau de tarification destiné à permettre à un chacun de conclure un contrat d'assurance tout en payant une prime raisonnable.

Ten derde verhoogt het voorstel de zekerheid omtrent de contractuele bepalingen door enkele punctuele bepalingen in te lassen :

- de verzekeringsondernemingen moeten na één jaar alle gedekte schade vergoeden, behalve wanneer de verzekeringnemer opzettelijk informatie heeft verzwegen of onjuiste informatie heeft meegedeeld ;

- de verzekeringsonderneming mag het verlenen van een verzekeringswaarborg niet ondergeschikt maken aan de voorwaarde dat de gestelde diagnose onbetwistbaar is ;

- de bedingen van de overeenkomst die betrekking hebben op nietigheden, vervallenverklaringen en uitsluitingen zijn alleen dan geldig wanneer ze duidelijk en limitatief zijn bepaald ;

- elke bepaling waarbij de verzekeraar zich het recht voorbehoudt eenzijdig de contractueel bepaalde dekking te wijzigen, wordt verboden tenzij die mogelijkheid in deze wet wordt voorzien ;

Ten vierde beoogt het voorstel tariefzekerheid te verschaffen. De aanpassingen van de premiehoogte en de omvang van de dekking aan wijzigingen in de context waarin zij beweegt, wordt voortaan flexibel gereguleerd. De bescherming omvat twee sporen. Onder strikte voorwaarden wordt het de verzekeraar mogelijk gemaakt om de premiehoogte automatisch aan te passen aan de reële stijging van de kosten. Voorts kan de gewaarborgde dekking worden aangepast in geval van substantiële wijzigingen in de regelgeving over de wettelijke ziektekostenverzekering en de ziekenhuiswetgeving, enerzijds, en belangrijke wijzigingen in de structuur van het risico, anderzijds.

Ten vijfde voert dit voorstel een recht op verzekering in. Sommige mensen worden door verzekeraars voor alle risico's of voor sommige risico's geweigerd omwille van hun gezondheidstoestand of omwille van hun leeftijd. Anderen moeten zeer hoge premies betalen om een verzekering te krijgen. We stellen vast dat meer en meer gezonde mensen de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging nodig achten. Maar in een vrije markt dreigen de mensen die dergelijke verzekering nog het meest nodig hebben, ze niet te kunnen afsluiten of ze niet te kunnen betalen. Daarom voorziet dit voorstel in de oprichting van een tarifieringsbureau om ieder de kans te geven tegen een redelijke premie een verzekeringscontract af te sluiten.

La présente proposition de loi prévoit également une déduction fiscale pour tous ceux qui souscrivent une assurance soins de santé complémentaire individuelle. Cette déduction fiscale permet de mettre sur un pied d'égalité sur le plan fiscal, les personnes assurées dans le cadre d'une police collective et celles qui n'ont pas l'occasion de bénéficier d'une telle police.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Cet article définit le champ d'application de la présente proposition de loi, qui a pour objet d'imposer une réglementation en ce qui concerne les assurances liées aux soins de santé. Ces assurances, qui ont considérablement gagné en popularité ces dernières années, sont très largement répandues, surtout sous la forme d'assurances hospitalisation. Le nombre d'assurés est, en effet, estimé à plus de quatre millions.

En ce qui concerne l'assureur, c'est une définition très large qui est proposée, définition qui s'inspire de la notion d'« entreprise » en droit européen. Selon la jurisprudence constante, la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement (voir, notamment, les arrêts du 23 avril 1991, Höfner et Elser, C-41/90, *Recueil de jurisprudence C.J.C.E.*, p. I-1979, point 21 ; Poucet et Pistre, o.c., point 17, et Fédération française des sociétés d'assurance et autres, o.c., point 14).

Cependant, la fourniture de services contre rémunération constitue une activité économique à condition qu'il ne s'agisse pas de l'exercice des prérogatives de puissance publique ou de la simple exécution d'instructions émanant de l'autorité publique agissant dans l'exercice de la puissance publique (C.J.C.E., *Sat/Eurocontrol*, 19 janvier 1994, *Recueil de jurisprudence* 1994, p. I-00043).

C'est ainsi que la Cour a, dans l'arrêt Poucet et Pistre, exclu de cette notion des organes chargés de la gestion de certains régimes de sécurité sociale obligatoires, basés sur le principe de solidarité (points 67 et suivants de l'arrêt du 21 septembre 1999, *Drijvende Bokken*, C-219/97).

Si les services visés à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités relèvent du champ d'application de la présente loi, ce n'est pas le cas des services visés à l'article 3, a).

Dit wetsvoorstel voert ook een fiscale aftrek in voor diegenen die een individuele aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging nemen. Door deze fiscale aftrek kan er een fiscale gelijkschakeling worden gerealiseerd tussen zij die verzekerd zijn via een collectieve polis en zij die niet de kans hebben verzekerd te worden via een collectieve polis.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Dit artikel bepaalt het toepassingsgebied van de wet. Dit wetsvoorstel beoogt een regeling op te leggen voor verzekeringen die verband houden met de gezondheidsverzorging. Deze verzekeringen zijn de voorbije jaren zeer populair geworden en kennen een zeer ruime verspreiding, vooral onder de vorm van hospitalisatieverzekeringen. Het aantal verzekerden wordt op meer dan 4 miljoen personen geraamd.

Voor wat betreft de aanbieder van de verzekering wordt een ruime definitie voorgesteld, verwijzend naar het ondernemingsbegrip in het Europees recht. Volgens de vaste rechtspraak omvat het begrip onderneming elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd (zie met name arresten van 23 april 1991, Höfner en Elser, C-41/90, *Jur. H.v.J.*, blz. I-1979, punt 21; Poucet en Pistre, reeds aangehaald, punt 17, en *Fédération française des sociétés d'assurance* e.a., reeds aangehaald, punt 14).

Het leveren van diensten tegen een vergoeding is een economische activiteit, voorzover het niet gaat om de uitoefening van de overheidssoevereiniteit of de louter uitvoering van instructies van de overheid in de uitoefening van haar soevereiniteit (H.v.J., *Sat/Eurocontrol*, 19 januari 1994, *Jur. H.v.J.*, 1994, I-43).

Zodoende heeft het Hof in het arrest Poucet en Pistre organen die belast zijn met het beheer van bepaalde verplichte, op het solidariteitsbeginsel gebaseerde socialezekerheidsstelsels, van dat begrip uitgesloten (punt 67 ev. van het arrest van 21 september 1999, *Drijvende Bokken*, C-219/97).

Onder het toepassingsgebied van deze wet vallen de diensten bedoeld in artikel 3, b), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen. Onder het toepassingsgebied van deze wet vallen niet de diensten bedoeld in artikel 3, a), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen.

Les assurances complémentaires visées par la présente loi sont notamment les assurances soins de santé complémentaires à :

- une assurance accidents ;
- une assurance vie, telle que celle qui est visée aux articles 97 et suivants de la loi du 7 juillet 1992 sur le contrat d'assurance terrestre ;
- une assurance qui garantit, essentiellement en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations pour diminution ou perte de la capacité de travail et/ou de l'intégrité physique d'une personne ;
- une assurance qui garantit essentiellement des prestations en cas de perte d'autonomie ;
- une assurance qui garantit essentiellement le versement d'un capital en cas de survenance d'une maladie ;
- une assurance, telle que celle qui est visée à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990, relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Le paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} parle d'un « traitement médical nécessaire à la préservation ou au rétablissement de la santé », ceci n'excluant pas un traitement médical qui combine la préservation et le rétablissement de la santé.

Art. 3

Les contrats d'assurance soins de santé restent en principe en vigueur durant toute la vie (du bénéficiaire). L'assureur ne peut résilier le contrat que si le preneur d'assurance n'acquitte plus ses primes. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat à tout moment.

En principe, le contrat est souscrit pour toute la vie.

On ne peut déroger à ce principe que pour des personnes qui ne pourraient plus souscrire de contrat d'assurance en raison de l'application de cette règle. La règle générale qui est favorable à la majorité des assurés, est défavorable à des groupes restreints d'assurés dans le chef desquels la disposition aurait un effet pervers.

La conclusion d'un contrat à durée limitée est soumise, en revanche, à deux conditions. D'une part, ce genre de contrat ne peut être conclu qu'à la demande expresse du preneur d'assurance et, d'autre part, il doit répondre à des raisons objectivables. C'est par exemple le cas pour des personnes qui ne séjournent en Belgique que pendant une période limitée ou des groupes exposés à des risques spécifiques.

De bij deze wet bedoelde bijkomende verzekeringen zijn onder andere de verzekeringen voor gezondheidsverzorging bijkomend bij:

- een ongevallenverzekering ;
- een levensverzekering als bedoeld in artikel 97 en volgende van de wet van 7 juli 1992 op de landverzekeringsovereenkomst ;
- een verzekering die op hoofdzakelijke wijze ingeval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval een prestatie waarborgt bij een vermindering of een verlies van de arbeidsongeschiktheid van een persoon en/of zijn lichamelijke gaafheid ;
- een verzekering die op hoofdzakelijke wijze prestaties waarborgt ingeval van verlies van autonomie ;
- een verzekering die op hoofdzakelijke wijze de storting van een kapitaal waarborgt in geval van het voorvallen van een ziekte ;
- een verzekering als bedoeld in artikel 3, b), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen.

Paragraaf 1, eerste lid spreekt over een « medische handeling noodzakelijk voor het behoud of het herstel van de gezondheid ». Dit sluit een medische handeling die het behoud én het herstel van de gezondheid combineert niet uit.

Art. 3

Verzekeringsovereenkomsten voor gezondheidsverzorging blijven in principe levenslang van kracht. De verzekeraar kan de overeenkomst slechts opzeggen als de verzekeringnemer zijn premie niet meer betaalt. De verzekeringnemer kan altijd de overeenkomst opzeggen.

In principe sluit iemand een overeenkomst af die levenslang van kracht is.

Hiervan kan slechts worden afgeweken voor personen die door de toepassing van deze regel geen verzekeringsovereenkomst meer zouden kunnen afsluiten. De algemene regel die gunstig is voor de meeste verzekerden, is ongunstig voor beperkte groepen verzekerden. Voor hen zou de bepaling een pervers effect kunnen krijgen.

Het afsluiten van een overeenkomst van beperkte duur wordt wel aan twee voorwaarden verbonden. Voor eerst kan een dergelijke overeenkomst slechts worden gesloten op uitdrukkelijk vraag van de verzekeringnemer. Bovendien moeten er objectievebare redenen zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval voor personen die slechts voor een beperkte periode in België verblijven of voor specifieke risicogroepen.

Art. 4

De nombreux assurés sont couverts par une police collective souscrite par leur employeur. Lorsqu'ils changent d'employeur ou perdent leur emploi, ou encore lorsque leur entreprise fait faillite, ils perdent le bénéfice de cette assurance. Si le travailleur assuré ou un membre de sa famille a été touché entre-temps par une maladie, il lui sera difficile voire impossible de souscrire un nouveau contrat d'assurance soins de santé à des conditions raisonnables. Cette situation est inacceptable. L'assurance soins de santé devient dans ce cas un facteur qui empêche les travailleurs de changer d'employeur. C'est la raison pour laquelle il y a lieu de prévoir la possibilité, pour l'assuré, de continuer l'assurance sur une base individuelle.

La continuation individuelle de la police collective doit s'effectuer sans une nouvelle évaluation du risque par l'assureur. Le tarif doit être fixé en fonction des éléments qui étaient connus au moment de la souscription de la police initiale. Le seul facteur susceptible de donner lieu à une adaptation du tarif est celui de l'âge. Le fait que le risque lié au preneur d'assurance se soit éventuellement alourdi ne peut jouer aucun rôle dans la fixation de la prime de l'assurance continuée individuellement.

La continuation individuelle ne peut en aucun cas être assortie d'un nouveau stage d'attente.

Art. 5

Cet article contient des dispositions analogues à celles de l'article 7, mais elles s'appliquent, en l'espèce, aux assurances qui garantissent des prestations complémentaires.

Art. 6

Cet article vise à accroître la sécurité juridique des assurés. À cette fin, les règles suivantes sont arrêtées :

- les entreprises d'assurances doivent indemniser tout dommage couvert un an après l'entrée en vigueur du contrat, sauf si le preneur d'assurance a intentionnellement tu des informations ou communiqué des renseignements inexacts ;

- l'entreprise d'assurances ne peut subordonner l'octroi d'une garantie à la condition que le diagnostic établi soit incontestable ;

Art. 4

Vele verzekerden zijn gedekt via een collectieve polis van hun werkgever. Wanneer zij van werkgever veranderen of hun job verliezen of wanneer hun bedrijf failliet gaat, verliezen ze het voordeel van de verzekering. Wanneer de verzekerde werknemer of een van zijn familieleden ondertussen getroffen is door een ziekte kan dit het bekomen van een nieuwe ziekteverzekering tegen redelijke voorwaarden bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken. Dit is onaanvaardbaar. De ziekteverzekering wordt dan een factor die werknemers verhindert om van werkgever te veranderen. Daarom moet de individuele voortzetting van de verzekering door de verzekerde mogelijk zijn.

De individuele voortzetting van de collectieve polis moet gebeuren zonder nieuwe risico-evaluatie door de verzekeraar. Het tarief moet worden bepaald rekening houdend met de elementen zoals die bij het aangaan van het initieel contract waren gekend. De enige factor die tot een tariefaanpassing kan leiden is degene die betrekking heeft op de leeftijd. Het eventuele feit dat het risico van de verzekeringnemer ondertussen is verzaamd, mag geen enkele rol spelen in de premiebepaling van de voortgezette individuele verzekering.

Er kan bij de individuele voortzetting ook geen sprake zijn van een nieuwe wachttermijn.

Art. 5

Dit artikel bevat analoge bepalingen als in artikel 7 in het geval van verzekeringen die op bijkomende wijze prestaties waarborgen.

Art. 6

Dit artikel beoogt de rechtszekerheid van de verzekerden te verhogen. Daartoe worden de volgende regels bepaald :

- de verzekeringsondernemingen moeten na één jaar alle gedekte schade vergoeden, behalve wanneer de verzekeringnemer opzettelijk informatie heeft verzwezen of onjuiste informatie heeft meegedeeld ;

- de verzekeringsonderneming mag het verlenen van een verzekeringswaarborg niet ondergeschikt maken aan de voorwaarde dat de gestelde diagnose onbetwistbaar is ;

– les clauses du contrat qui se rapportent aux causes de nullité, aux déchéances et aux exclusions ne s'appliquent que si elles sont explicites et limitatives ;

– est interdite, toute clause par laquelle l'assureur se réserve le droit de modifier unilatéralement la couverture fixée contractuellement, sauf si cette possibilité est prévue dans la loi proposée ;

– après la conclusion du contrat d'assurance, l'assureur ne peut plus limiter la portée des conditions générales en ajoutant des clauses particulières visant à exclure un risque qui s'est entre-temps aggravé dans le chef de l'assuré ;

– le contrat d'assurance ne peut contenir aucune clause définissant la notion d'hôpital de manière plus restrictive que le font les articles 2 et 4 de l'arrêté royal du 7 août 1987 portant coordination de la loi sur les hôpitaux. Cela ne signifie pas que les contrats ne peuvent pas limiter les indemnités octroyées pour des actes accomplis dans certains hôpitaux ;

– es conditions d'assurance peuvent, moyennant le respect d'une procédure déterminée par le Roi, être modifiées par l'assureur en cas de modification substantielle de la législation en matière de sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, ou pour tenir compte d'une modification substantielle de la structure des risques. Cette disposition tend à éviter toute rigidité et à introduire toute la flexibilité requise dans un contrat établi pour une si longue durée et s'inscrivant dans un contexte qui évolue rapidement.

Art. 7

Le contrat d'assurance peut prévoir la possibilité d'adapter la prime à l'augmentation réelle du coût des prestations garanties. L'augmentation réelle du coût doit se traduire dans un indice spécifique. Si les assureurs suivent cet indice, l'adaptation tarifaire peut se faire aux conditions établies contractuellement et sans autre contrainte administrative. Si, pour une raison ou pour une autre, un assureur souhaite augmenter la prime au-delà de ce qu'autorise l'augmentation de l'indice, il ne peut le faire que moyennant le respect d'une procédure définie par le Roi. Ceci traduit également la recherche d'un juste équilibre entre la flexibilité nécessaire et la garantie du coût de la prime pour les preneurs d'assurance.

– de bedingen van de overeenkomst die betrekking hebben op nietigheden, vervallenverklaringen en uitsluitingen zijn alleen dan geldig wanneer ze duidelijk en limitatief zijn bepaald ;

– elke bepaling waarbij de verzekeraar zich het recht voorbehoudt eenzijdig de contractueel bepaalde dekking te wijzigen, wordt verboden tenzij die mogelijkheid in deze wet wordt bepaald ;

– nadat de verzekeringsovereenkomst is gesloten mag de verzekeraar de draagwijdte van de algemene voorwaarden niet meer beperken door toevoeging van bijzondere bepalingen ter uitsluiting van een risico dat sindsdien in hoofde van de verzekerde is verzaagd ;

– de verzekeringsovereenkomst mag geen bepaling bevatten die het begrip ziekenhuis beperkter definieert dan de artikelen 2 en 4 van het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 houdende coördinatie van de wet op de ziekenhuizen. Dit houdt niet in dat in de overeenkomsten uitkeringen ten gevolge van handelingen in bepaalde ziekenhuizen niet kunnen worden gelimiteerd ;

– de verzekeringsvoorwaarden kunnen bij een substantiële wijziging van de wetgeving inzake de sociale zekerheid of van de wet op de ziekenhuizen of om rekening te houden met een substantiële wijziging in de structuur van de risico's, door de verzekeraar worden gewijzigd mits inachtneming van een procedure die door de Koning wordt bepaald. Deze bepaling strekt er toe iedere rigiditeit te vermijden en de nodige flexibiliteit in te bouwen in een overeenkomst van een zo lange duur die zich situeert in een snel evoluerende context.

Art. 7

De verzekeringsovereenkomst kan de mogelijkheid tot aanpassing van de premie aan de reële stijging van de kosten van de gewaarborgde prestaties voorzien. De reële stijging van de kosten moet worden weergegeven in een specifieke index. Wanneer verzekeraars die index volgen, kan de tariefaanpassing gebeuren onder de contractuele voorwaarden en zonder verdere administratieve rompslomp. Wanneer een verzekeraar om een of andere reden wenst de premies meer te verhogen dan wat kan als slechts de indexverhoging wordt toegepast, dan kan dit pas na het volgen van een procedure die door de Koning wordt vastgelegd. Ook hier wordt betracht een juist evenwicht te vinden tussen de nodige flexibiliteit en de premiezekerheid voor de verzekeringnemers.

Art. 8

Cet article instaure le droit pour l'assuré de demander une expertise médicale amiable en cas de dommage.

Art. 9

Cet article règle le droit pour tous à une assurance complémentaire soins de santé à un prix abordable via la création d'un bureau de tarification.

Nous constatons qu'en dépit des efforts budgétaires soutenus consentis par la collectivité dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire, beaucoup jugent utile de souscrire une assurance complémentaire. Nous constatons également que les assureurs refusent certains clients parce que, par exemple, leur état de santé n'est pas optimal. Il s'avère que les gens qui ont objectivement le plus besoin d'une assurance complémentaire ne sont pas en mesure de contracter cette assurance. Nous constatons enfin que les assureurs, qui sont soumis aux règles du jeu de la libre concurrence, ne parviennent pas à couvrir tous les cas, mais que le secteur a pleinement conscience de la problématique et qu'il est disposé à collaborer à la recherche de solutions.

La présente proposition de loi entend relever ce défi de société en créant le droit à une assurance complémentaire pour tous. Cette mesure permettra notamment aux jeunes adultes qui souffrent du diabète depuis leur enfance, de jouir d'un droit à une assurance complémentaire payable. Son financement sera assuré par tous ceux qui offriront ce type de polices.

Art. 10, 11 et 12

Ces articles insèrent des dispositions fiscales. Ils visent à élaborer des règles permettant à ceux qui souscrivent une assurance maladie individuelle de bénéficier d'un crédit d'impôt dont le Roi peut fixer le montant maximal.

À l'heure actuelle, seuls certains travailleurs d'entreprises « fortes » peuvent bénéficier d'avantages fiscaux s'ils s'assurent par le biais d'une police collective. L'objectif de l'article est d'harmoniser le traitement fiscal des polices individuelles et celui des polices collectives et de supprimer ainsi cette discrimination injuste.

Art. 8

Dit artikel creëert het recht van de verzekerde op een minnelijke medische expertise bij schade.

Art. 9

Dit artikel regelt het recht voor iedereen op een betaalbare aanvullende verzekering inzake gezondheidszorgen via de oprichting van een tarifieringsbureau.

We stellen vast dat, niettegenstaande de forse budgettaire inspanningen van de gemeenschap in de verplichte ziekteverzekering, zeer veel mensen een aanvullende verzekering nuttig vinden. We stellen ook vast dat sommige mensen door de verzekeraars worden geweigerd omdat bijvoorbeeld hun gezondheidstoestand niet optimaal is. Zij die objectief het meest nood hebben aan een aanvullende verzekering blijken niet in staat die verzekering af te sluiten. We stellen ten slotte vast dat verzekeraars die onderhevig zijn aan de spelregels van de vrije markt er niet in slagen alle gevallen te dekken, maar dat de sector zich terdege bewust is van deze problematiek en principieel bereid is aan oplossingen mee te werken.

Dit wetsvoorstel wil aan die maatschappelijke uitdaging een einde maken door voor iedereen het recht op een aanvullende verzekering te creëren. Daardoor zullen bijvoorbeeld jonge volwassen die van kindsbeen af al diabetes hadden, een recht krijgen op een betaalbare aanvullende verzekering. De financiering gebeurt door al diegenen die dergelijke polissen aanbieden.

Art. 10, 11 en 12

Deze artikelen voegen fiscale bepalingen in. De artikelen beogen een regeling uit te werken waarbij degenen die een individuele ziekteverzekering afsluiten kunnen beroep doen op een belastingkrediet. De Koning kan het maximale bedrag van het krediet bepalen.

Vandaag kunnen alleen sommige werknemers van «sterke» bedrijven via een collectieve polis op een fiscaal gunstige wijze verzekerd worden. De doelstelling van het artikel is de fiscale behandeling van individuele polissen gelijkwaardig te maken aan die van collectieve polissen en zo die onrechtvaardige discriminatie weg te werken.

Art. 14

Les arrêtés royaux qui doivent être pris en exécution de la loi doivent être soumis à l'avis de la Commission des assurances et de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

Art. 15

La présente loi est applicable aux contrats en cours à la date de son entrée en vigueur. Il va de soi qu'elle s'applique également à tous les nouveaux contrats.

Art. 14

De koninklijke besluiten die ter uitvoering van de wet moeten worden genomen, moeten voor advies worden voorgelegd aan de Commissie voor Verzekeringen en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Art. 15

Deze wet is van toepassing op de overeenkomsten die lopen op datum van inwerkingtreding van de wet. Uiteraard is de wet ook van toepassing op alle nieuwe overeenkomsten.

Simonne CREYF (CD&V)

PROPOSITION DE LOI**CHAPITRE I^{er}****Dispositions introductives****Article 1^{er}**

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

Art. 2

§ 1^{er}. Sont soumises à l'application de la présente loi, les assurances qui garantissent, principalement ou accessoirement, des prestations relatives à tout acte médical préventif, thérapeutique ou diagnostique nécessaire à la préservation ou au rétablissement de la santé.

Le contrat par lequel une personne souscrit à ces assurances est dénommé ci-après « contrat d'assurance soins de santé ».

§ 2. Ne relèvent pas du champ d'application de la présente loi, les contrats temporaires d'assurance-voyage ou d'assistance qui garantissent les prestations visées au § 1^{er}.

CHAPITRE II**Dispositions générales****Art. 3**

§ 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 14 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, le contrat d'assurance soins de santé est un contrat à vie.

Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier le contrat à l'échéance annuelle de la prime, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois.

§ 2. À la demande expresse du preneur d'assurance, le contrat d'assurance soins de santé peut être conclu pour une durée déterminée. L'entreprise d'assurances ne peut proposer de contrat à durée déterminée qu'à certaines catégories spécifiques de preneurs d'assurance qui, pour des raisons objectivables, ne peuvent pas conclure de contrat à vie.

WETSVOORSTEL**HOOFDSTUK I****Inleidende bepalingen****Artikel 1**

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

Art. 2

§ 1. Onderworpen aan de toepassing van deze wet zijn de verzekeringen die, hoofdzakelijk of bijkomend, prestaties waarborgen met betrekking tot elke preventieve, genezende of diagnostische medische handeling noodzakelijk voor het behoud of het herstel van de gezondheid.

De overeenkomst waarmee een persoon bij deze verzekeringen aansluit wordt hierna verzekerings-overeenkomst voor gezondheidsverzorging genoemd.

§ 2. Vallen buiten het toepassingsgebied van deze wet, de tijdelijke reis- of hulpverleningsovereenkomsten die de prestaties waarborgen als bedoeld in § 1.

HOOFDSTUK II**Algemene bepalingen****Art. 3**

§ 1. Onverminderd het bepaalde in artikel 14 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, is de verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging levenslang van kracht voor de verzekerden.

Niettemin kan de verzekeringnemer deze overeenkomst opzeggen op de jaarlijkse vervaldag van de premie mits naleving van een opzeggingstermijn van drie maanden.

§ 2. Op uitdrukkelijke vraag van de verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging voor een bepaalde duur worden gesloten. De verzekeringsonderneming kan slechts een overeenkomst voor een bepaalde duur aanbieden aan specifieke categorieën van verzekeringnemers die om objectieveerbare redenen niet in aanmerking komen voor een overeenkomst die levenslang van kracht is.

Art. 4

§ 1^{er}. Le contrat d'assurance soins de santé prévoit la possibilité, pour l'assuré, de continuer l'assurance sur une base individuelle lorsqu'il ne peut plus bénéficier de cette assurance, soit à l'échéance finale du contrat d'assurance collective, soit à la fin de l'affiliation, sauf si ce contrat est souscrit auprès d'un autre assureur.

Cette continuation individuelle s'effectue aux conditions offertes par l'assureur dans ses contrats d'assurance soins de santé individuels.

Le contrat d'assurance soins de santé fixe le délai pendant lequel l'assuré peut faire usage de la possibilité de continuer individuellement l'assurance collective.

Le contrat d'assurance soins de santé peut subordonner cette possibilité à la condition d'une affiliation minimale, qui ne peut excéder trois ans.

§ 2. La prime de ce contrat d'assurance soins de santé ne peut être supérieure à celle qui résulte des fondements techniques de la prime des assurances individuelles visées au § 1^{er}, alinéa 2, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré et, le cas échéant, de l'évaluation médicale effectuée au moment de la souscription de l'assurance collective.

Les modalités de cette conversion sont fixées dans les conditions du contrat collectif, dont une copie est remise aux affiliées au moment de leur adhésion.

§ 3. Pour autant que les conditions du présent article soient remplies, la continuation de cette assurance sur une base individuelle ne peut pas être subordonnée à une nouvelle évaluation médicale, ni à l'accomplissement d'un nouveau stage.

Art. 5

§ 1^{er}. Le contrat principal prévoit qu'en cas de cessation, l'assuré a la possibilité de souscrire un contrat principal soins de santé aux conditions offertes par l'assureur pour ses contrats individuels d'assurance soins de santé.

Art. 4

§ 1. De verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging voorziet in de mogelijkheid voor de verzekerde om de verzekering op individuele basis verder te zetten wanneer deze niet meer kan genieten van die verzekering, hetzij op de eindvervaldag van de collectieve verzekeringsovereenkomst, hetzij bij het beëindigen van de aansluiting, behalve indien deze overeenkomst geplaatst wordt bij een andere verzekeraar.

Deze individuele voortzetting gebeurt tegen de voorwaarden aangeboden door de verzekeraar in zijn individuele verzekeringsovereenkomsten voor gezondheidsverzorging.

De verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging bepaalt de termijn waarbinnen de verzekerde gebruik kan maken van de mogelijkheid om de collectieve verzekering individueel voort te zetten.

De verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging kan deze mogelijkheid ongeschikt maken aan de voorwaarde van een minimale aansluiting die niet langer dan drie jaar mag zijn.

§ 2. Voor het sluiten van deze overeenkomst voor gezondheidszorgen mag de premie niet hoger zijn dan deze die voortvloeit uit de technische grondslagen van de premie van de individuele verzekeringen bedoeld in § 1, tweede lid, rekening houdend met de door de verzekerde bereikte leeftijd en, in voorkomend geval, de medische evaluatie doorgevoerd bij het sluiten van de collectieve verzekering.

De modaliteiten van deze omvorming worden bepaald in de voorwaarden van de collectieve overeenkomst waarvan een kopie wordt overhandigd aan de aangesloten op het ogenblik van hun aansluiting.

§ 3. Voor zover de voorwaarden van dit artikel zijn vervuld, mag de voortzetting van die verzekering op individuele basis niet ongeschikt worden gemaakt aan een nieuwe medische evaluatie noch aan de toepassing van een nieuwe wachttermijn.

Art. 5

§ 1. De hoofdovereenkomst voorziet in de mogelijkheid voor de verzekerden om, in geval van haar beëindiging, een hoofdovereenkomst voor gezondheidsverzorging te sluiten tegen de voorwaarden aangeboden door de verzekeraar in haar individuele verzekeringsovereenkomsten voor gezondheidsverzorging.

Le contrat principal initial fixe le délai dans lequel l'assuré peut recourir à cette possibilité.

§ 2. Ce contrat principal soins de santé ne peut prévoir une prime supérieure à celle résultant de l'application des bases techniques de la prime des assurances individuelles prévues au § 1^{er}, alinéa 2, d'une part, et, le cas échéant, de l'évaluation médicale effectuée lors de la conclusion du contrat principal initial, d'autre part.

Les modalités de cette conversion sont fixées dans les conditions du contrat initial.

§ 3. Pour autant que les conditions prévues par cet article soient remplies, la continuation de cette assurance sur une base individuelle ne peut être subordonnée à une nouvelle évaluation médicale ni à l'application d'un nouveau délai d'attente.

Art. 6

§ 1^{er}. Sauf stipulation contraire, le contrat ne couvre pas un événement assuré survenant moins d'un an après l'entrée en vigueur du contrat et consécutif à une maladie qui existait déjà avant la prise d'effet de la garantie de l'assurance.

À l'issue de cette période d'un an, l'entreprise d'assurances ne peut plus invoquer une omission involontaire d'informations relatives au preneur d'assurance ou à l'assuré ni une erreur involontaire dans la communication de ces informations.

L'entreprise d'assurances doit apporter la preuve du fait qui l'exonère de son obligation d'accorder une couverture d'assurance.

L'entreprise d'assurances ne peut subordonner l'octroi d'une garantie d'assurance à l'incontestabilité du diagnostic posé.

§ 2. Les clauses du contrat relatives aux nullités, aux déchéances et aux exclusions ne sont valables que si elles sont libellées de manière claire et limitative.

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 7, l'assureur ne peut se réserver le droit de modifier unilatéralement la couverture contractuelle.

De oorspronkelijke hoofdovereenkomst bepaalt de termijn waarbinnen de verzekerde gebruik kan maken van deze mogelijkheid.

§ 2. In deze hoofdovereenkomst voor gezondheidszorg mag de premie niet hoger zijn dan deze die voortvloeit uit de technische grondslagen van de premie van de individuele verzekeringen bedoeld in §1, tweede lid, rekening houdend met de door de verzekerde bereikte leeftijd, enerzijds, en in voorkomend geval de medische evaluatie doorgevoerd bij het sluiten van de oorspronkelijke hoofdovereenkomst anderzijds.

De modaliteiten van deze omvorming worden bepaald in de voorwaarden van de oorspronkelijke overeenkomst.

§ 3. Voor zover de voorwaarden van dit artikel zijn vervuld, mag de voortzetting van die verzekering op individuele basis niet ondergeschikt worden gemaakt aan een nieuwe medische evaluatie noch aan de toepassing van een nieuwe wachttermijn.

Art. 6

§ 1. Tenzij het tegendeel is bedongen, verleent de overeenkomst geen dekking voor een verzekerd voorval dat zich minder dan één jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst voordoet als gevolg van een ziekte die reeds voor de aanvang van de verzekeringswaarborg is opgetreden.

Na afloop van die termijn van één jaar kan de verzekeringsonderneming zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van desbetreffende gegevens over de verzekeringnemer of de verzekerde.

De verzekeringsonderneming moet het bewijs leveren van het feit dat haar van het verlenen van een verzekeringsdekking bevrijdt.

De verzekeringsonderneming mag het verlenen van een verzekeringswaarborg niet ondergeschikt maken aan de voorwaarde dat de gestelde diagnose onbetwistbaar is.

§ 2. De bedingen van de overeenkomst die betrekking hebben op nietigheden, vervallenverklaringen en uitsluitingen zijn alleen dan geldig wanneer ze duidelijk en limitatief zijn bepaald.

§ 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 7 kan de verzekeraar zich niet het recht voorbehouden eenzijdig de contractueel bepaalde dekking te wijzigen.

§ 4. Après la conclusion du contrat d'assurance, l'assureur ne peut plus limiter la portée des conditions générales en ajoutant des clauses particulières destinées à exclure un risque qui s'est aggravé depuis lors dans le chef de l'assuré.

§ 5. Le contrat d'assurance ne peut contenir de clause définissant la notion d'hôpital de manière plus restrictive que les articles 2 et 4 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 6. Par dérogation aux §§ 3 à 5, le contrat d'assurance peut stipuler expressément que l'assureur peut modifier les conditions d'assurance en cas de modification substantielle de la législation en matière de sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, ou pour tenir compte d'une modification substantielle de la structure des risques.

Le Roi peut arrêter la procédure à suivre pour mettre en œuvre cette modification.

Art. 7

Le contrat d'assurance peut disposer que la prime est susceptible d'être adaptée à la croissance réelle des coûts des prestations garanties.

Le Roi fixe un ou plusieurs indice(s) des prix reflétant l'évolution réelle des coûts des prestations garanties, indice(s) qui est (sont) publié(s) mensuellement au *Moniteur belge*.

Le Roi détermine la procédure que doit suivre la compagnie d'assurances lorsqu'elle propose une augmentation de la prime supérieure à l'indice des prix applicable.

Les plafonds et les exonérations exprimés en termes absolus dans le contrat peuvent, dans ce cas, être adaptés dans les mêmes proportions.

L'adaptation ne peut être exécutée qu'à l'échéance annuelle suivante.

Art. 8

Le contrat d'assurance dispose qu'en cas de contestation de nature médicale faisant suite à un dommage, l'assuré peut demander une expertise médicale amiable dans un délai ne dépassant pas trente jours à compter de la date de la contestation.

§ 4. Nadat de verzekeringsovereenkomst is gesloten mag de verzekeraar de draagwijdte van de algemene voorwaarden niet meer beperken door toevoeging van bijzondere bepalingen ter uitsluiting van een risico dat sindsdien in hoofde van de verzekerde is verzaagd.

§ 5. De verzekeringsovereenkomst mag geen bepaling bevatten die het begrip ziekenhuis beperkter definieert dan de artikelen 2 en 4 van het koninklijk besluit van 7 augustus 1987 houdende coördinatie van de wet op de ziekenhuizen.

§ 6. In afwijking van § 3 tot § 5 kan de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk bepalen dat bij een substantiële wijziging van de wetgeving inzake de sociale zekerheid of van de wet op de ziekenhuizen of om rekening te houden met een substantiële wijziging in de structuur van de risico's, de verzekeraar de verzekeringsvoorwaarden kan wijzigen.

De Koning kan de procedure bepalen die voor het doorvoeren van deze wijziging moet worden gevolgd.

Art. 7

De verzekeringsovereenkomst kan bepalen dat de premie kan worden aangepast aan de reële stijging van de kosten van de gewaarborgde prestaties.

De Koning bepaalt een of meerdere indexcijfers die de reële evolutie van de kosten van de gewaarborgde prestaties weergeeft. Dit indexcijfer wordt maandelijks in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt.

De Koning bepaalt de procedure die door de verzekeringsonderneming moet worden gevolgd wanneer die een stijging van de premie voorstelt die hoger is dan het relevante indexcijfer.

Maximumgrenzen en vrijstellingen door de overeenkomst in absolute termen uitgedrukt, kunnen in dit geval in dezelfde mate worden aangepast.

De aanpassing mag pas op de volgende jaarlijkse vervaldag worden doorgevoerd.

Art. 8

De verzekeringsovereenkomst bepaalt dat de verzekerde in geval van betwistingen van medische aard bij schade de mogelijkheid heeft zich te beroepen op een minnelijke medische expertise binnen een termijn van maximum dertig dagen te rekenen vanaf het geschil.

CHAPITRE III

Dispositions fiscales

Art. 9

Art. 9. § 1^{er}. Afin d'assurer la couverture des risques visés par la présente loi, le Roi crée un Bureau de tarification qui a pour mission de fixer la prime et les conditions auxquelles une entreprise d'assurances est tenue de couvrir un candidat preneur d'assurance qui remplit les conditions visées à l'alinéa 2.

Peut s'adresser au Bureau, le candidat preneur d'assurance dont le risque a été refusé par au moins trois assureurs ou qui s'est vu proposer, par au moins trois assureurs, une couverture dont la prime ou la franchise excèdent les maxima fixés par le Roi.

Le Roi fixe la procédure et les délais d'accès au Bureau.

§ 2. L'assureur est tenu d'informer le candidat preneur d'assurance qu'il se trouve dans l'un des cas prévus au § 1^{er}, alinéa 2.

§ 3. Le Bureau se compose de quatre membres représentant les entreprises d'assurances et quatre membres représentant les consommateurs, nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Les membres du Bureau sont choisis sur une liste double présentée par les associations professionnelles des entreprises d'assurances et par les associations susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs.

Le Roi nomme, pour un terme de six ans, un président n'appartenant pas aux catégories précédentes.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du Bureau de tarification ont droit.

Le Roi désigne également un suppléant pour chaque membre. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Le Bureau peut s'adjoindre des experts n'ayant pas voix délibérative.

HOOFDSTUK III

Fiscale bepalingen

Art. 9

Art. 9. § 1. Teneinde de dekking van de door deze wet bedoelde risico's te verzekeren, richt de Koning een Tarifieringsbureau op met als opdracht vast te stellen tegen welke premie en onder welke voorwaarden een verzekeringsonderneming een kandidaat-verzekeringssnemer die voldoet aan hetgeen bepaald is in het tweede lid, moet dekken.

De kandidaat-verzekeringssnemer wiens risico door tenminste drie verzekeraars werd geweigerd of aan wie door ten minste drie verzekeraars een dekking werd voorgesteld waarvan de premie of de vrijstelling de maxima vastgesteld door de Koning overschrijden kan zich tot het Bureau wenden.

De Koning stelt de procedure en de termijnen van toegang tot het Bureau vast.

§ 2. De verzekeraar moet de kandidaat-verzekeringssnemer informeren over het feit dat hij zich in één van de gevallen bevindt als bedoeld in § 1, tweede lid.

§ 3. Het Bureau is samengesteld uit vier leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen en uit vier leden die de consumenten vertegenwoordigen, benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar.

De leden van het Bureau worden gekozen uit een dubbele lijst, voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen en door de verenigingen die in aanmerking komen om de belangen van de consumenten te vertegenwoordigen.

De Koning benoemt, voor een periode van zes jaar, een voorzitter die niet bij de vorige categorieën hoort.

De Koning bepaalt de vergoedingen waarop de voorzitter en de leden van het tarifieringsbureau recht hebben.

De Koning wijst eveneens voor ieder lid een plaatsvervanger aan. De plaatsvervangers worden op dezelfde manier gekozen als de effectieve leden.

Het Bureau kan deskundigen aanduiden die niet stemgerechtigd zijn.

Le ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions peut déléguer un observateur auprès du Bureau.

§ 4. Le Roi détermine les conditions de fonctionnement du Bureau et les obligations à respecter par les assureurs afin de satisfaire à l'obligation de couverture visée au

§ 1^{er}.

L'assureur qui ne se conforme pas aux obligations prévues par ou en vertu du présent article est présumé ne plus respecter les dispositions de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. Les risques tarifés par le Bureau sont couverts par l'ensemble des assureurs qui proposent le contrat d'assurance soins de santé en Belgique. Le Bureau confie la gestion de ces risques à un ou plusieurs assureurs. Le résultat de cette gestion ainsi que les frais de fonctionnement du Bureau sont répartis entre les assureurs qui proposent le contrat d'assurance soins de santé en Belgique.

Art. 10

Au titre II, chapitre II, du Code des impôts sur les revenus 1992, le point F, abrogé par la loi du 28 décembre 1992, est rétabli dans la rédaction suivante :

« F. CRÉDIT D'IMPÔT

Art. 117

§ 1^{er}. Il est imputé sur l'impôt calculé conformément aux articles 130 à 156 et 171 à 174 un crédit d'impôt pour les primes qu'un habitant du Royaume a versées en exécution d'un contrat d'assurance individuelle soins de santé visé à l'article 2 de la loi du ... relative à l'assurance complémentaire soins de santé et qui répond aux conditions prévues à l'article 2, § 2 de la présente loi.

§ 2. Le contrat d'assurance ne peut couvrir que le contribuable et les membres de sa famille.

§ 3. Le Roi peut déterminer le montant maximal du crédit d'impôt. ».

De minister bevoegd voor Economische Zaken kan een waarnemer naar het Bureau afvaardigen.

§ 4. De Koning legt de voorwaarden vast van de werking van het Bureau en de verplichtingen van de verzekeraars teneinde de dekkingsverplichting te eerbiedigen bedoeld in § 1.

De verzekeraar die de door en krachtens dit artikel bepaalde verplichtingen niet naleeft, wordt geacht niet meer in overeenstemming te zijn met de bepalingen van de wet van 9 juli 1975 op de controle der verzekeringsondernemingen.

§ 5. De door het Bureau getarifeerde risico's worden verzekerd door al diegenen die in België de verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging aanbieden. Het Bureau vertrouwt het beheer van deze risico's toe aan één of verschillende verzekeraars. Het resultaat van dit beheer alsmede de werkingskosten van het Bureau worden omgeslagen over diegenen die in België de verzekeringsovereenkomst voor gezondheidsverzorging aanbieden.

Art. 10

In titel II, hoofdstuk II, van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen 1992 wordt het punt F, opgeheven bij de wet van 29 december 1992, hersteld in de volgende lezing:

«F. BELASTINGKREDIET

Art. 117

§ 1 Op de belasting berekend overeenkomstig de artikelen 130 tot 156 en 171 tot 174 wordt een belastingkrediet aangerekend voor de premies welke een inwoner van het Rijk heeft gestort ter uitvoering van een individuele verzekeringsovereenkomst inzake gezondheidsverzorging zoals bedoeld in artikel 2 van de wet van ... betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging en die beantwoordt aan de voorwaarden zoals vermeld in artikel 2, § 2, van deze wet.

§ 2 De verzekeringsovereenkomst mag enkel in de dekking voorzien van de belastingplichtige en de leden van zijn gezin.

§ 3 De Koning kan het maximale bedrag van het krediet bepalen.».

Art. 11

L'article 290 du même Code, remplacé par la loi du 22 juillet 1993 et modifié par les lois des 30 mars 1994, 20 décembre 1995 et 4 mai 1999, et remplacé à nouveau par la loi du 10 août 2001, est complété comme suit :

« 4° le crédit d'impôt visé à l'article 117 est intégralement imputé sur l'impôt des personnes physiques. ».

Art. 12

Dans l'article 304, § 2, alinéa 1^{er}, du même Code, modifié par l'arrêté royal du 20 juillet 2000 et remplacé par la loi du 10 août 2001, le chiffre «117,» est inséré entre les mots «aux articles» et les mots «134, § 3».

CHAPITRE 4

Dispositions finales

Art. 13

Les arrêtés royaux devant être pris en exécution de la présente loi sont soumis à l'avis de la Commission des assurances et de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Le ministre qui a les contrats d'assurance relatifs aux soins de santé dans ses attributions fixe le délai dans lequel ces avis doivent être rendus. Passé ce délai, ces avis ne seront plus requis.

Art. 14

La compagnie d'assurances applique les dispositions de la présente loi aux contrats d'assurance en cours.

28 août 2003

Art. 11

In artikel 290 van hetzelfde wetboek, vervangen door de wet van 22 juli 1993 en gewijzigd bij de wetten van 30 maart 1994, 20 december 1995 en 4 mei 1999, en opnieuw vervangen door de wet van 10 augustus 2001 wordt aangevuld als volgt :

«4° het in artikel 117 bedoelde belastingkrediet wordt integraal aangerekend op de belasting van de natuurlijke personen.».

Art. 12

In artikel 304, §2, eerste lid, van hetzelfde wetboek, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 juli 2000 en vervangen door de wet van 10 augustus 2001, wordt het nummer «117» ingevoegd tussen de woorden «en in de artikelen» en het nummer «134, § 3».

HOOFDSTUK 4

Slotbepalingen

Art. 13

De koninklijke besluiten die ter uitvoering van deze wet moeten worden genomen, vormen het voorwerp van een advies van de Commissie voor Verzekeringen en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. De minister die de verzekeringsovereenkomsten voor gezondheidsverzorging onder zijn bevoegdheid heeft, stelt de termijn vast waarbinnen dit advies moet worden verstrekt. Wanneer deze termijn is verstreken, is het advies niet meer vereist.

Art. 14

De verzekeringsonderneming past de bepalingen van deze wet op de lopende verzekeringsovereenkomsten toe.

28 augustus 2003

Simonne CREYF (CD&V)