

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 maart 2003

WETSVOORSTEL

**betreffende de aanvullende verzekering
voor gezondheidsverzorging**

(ingediend door mevrouw Simonne Creyf)

INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Toelichting	4
3. Wetsvoorstel	11
4. Bijlage	17

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 mars 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	11
4. Annexe	17

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
FN	:	Front National
MR	:	Mouvement Réformateur
PS	:	Parti socialiste
cdH	:	Centre démocrate Humaniste
SP.A	:	Socialistische Partij Anders
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)	CRIV :	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)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

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

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 éénzijdige wijzigingen van het contract ;*
- het verschaffen van tariefzekerheid ;*
- het invoeren van een fiscale aftrek.*

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.*

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

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.

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

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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

- een ongevalverzekering ;
- 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 ;

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).

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 ;

– 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 objectiveerbare redenen zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval voor personen die slechts voor een beperkte periode in België verblijven of voor specifieke risicogroepen.

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.

– 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.

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.

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 verzwaaard, mag geen enkele rol spelen in de premie-bepaling 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 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 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 verzwaaard ;

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 ;
- 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 ;

– 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

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

Art. 9, 10 en 11

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 fis-

– 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.

Art. 8

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

Art. 9, 10 et 11

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 fis-

caal 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. 12

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. 13

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)

caux 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. 12

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. 13

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.

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 verzekeringsovereenkomst 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 objectievebare redenen niet in aanmerking komen voor een overeenkomst die levenslang van kracht is.

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.

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 geplaast 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 ondergeschikt 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 aangeslotenen 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 ondergeschikt 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.

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 affiliés 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.

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.

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.

§ 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.

§ 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.

HOOFDSTUK III

Fiscale bepalingen

Art. 9

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. 10

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. 11

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».

CHAPITRE III

Dispositions fiscales

Art. 9

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. ».

Art. 10

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. 11

Dans l'article 304, § 2, alinéa 1er, 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».

HOOFDSTUK 4

Slotbepalingen

Art. 12

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. 13

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

30 januari 2003

Simonne CREYF (CD&V)

CHAPITRE 4

Dispositions finales

Art. 12

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. 13

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

30 janvier 2003

BIJLAGE

ANNEXE

BASISTEKST

WETBOEK VAN INKOMSTENBELASTINGEN

Art. 290

Voor rijksinwoners :

1° wordt de onroerende voorheffing, in het geval en binnen de perken bepaald in artikel 277, verrekend tot het bedrag van de personenbelasting ;

2° zijn het forfaitair gedeelte van buitenlandse belasting in het geval genoemd in artikel 285 en het belastingkrediet genoemd in artikel 289*bis*, § 1, slechts verrekenbaar tot het bedrag van het deel van de personenbelasting dat evenredig betrekking heeft op de beroepsinkomsten ;

3° wordt het belastingkrediet genoemd in artikel 289*ter*, volledig met de personenbelasting verrekend.

Art. 304

§1. De onroerende voorheffing wordt opgenomen in kohieren. Aanslagen in de onroerende voorheffing die betrekking hebben op een kadastraal inkomen van minder dan 15 EUR per artikel van de kadastrale legger worden niet in een kohier opgenomen.

Bij ontstentenis van betaling binnen de in artikel 412 gestelde termijn worden de aanslagen in de roerende voorheffing en in de bedrijfsvoorheffing altijd ten kohiere gebracht, ongeacht het bedrag ervan.

Behoudens in de gevallen bepaald bij de artikelen 225, eerste lid, en 248, eerste lid, worden de aanslagen in de personenbelasting, in de vennootschapsbelasting, in de rechtspersonenbelasting en in de belasting van niet-inwoners altijd ten kohiere gebracht, onafgezien het bedrag ervan, maar dit bedrag wordt niet gevorderd of teruggegeven wanneer het na verrekening van de voorheffingen, voorafbetalingen en andere bestanddelen kleiner is dan 2,50 EUR.

Om te bepalen of de grens van 2,50 EUR is bereikt, wordt rekening gehouden met de opcentiemen en de aanvullende belastingen als vermeld in de artikelen 245 en 466.

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL

WETBOEK VAN INKOMSTENBELASTINGEN

Art. 290

Voor rijksinwoners :

1° wordt de onroerende voorheffing, in het geval en binnen de perken bepaald in artikel 277, verrekend tot het bedrag van de personenbelasting ;

2° zijn het forfaitair gedeelte van buitenlandse belasting in het geval genoemd in artikel 285 en het belastingkrediet genoemd in artikel 289*bis*, § 1, slechts verrekenbaar tot het bedrag van het deel van de personenbelasting dat evenredig betrekking heeft op de beroepsinkomsten ;

3° wordt het belastingkrediet genoemd in artikel 289*ter*, volledig met de personenbelasting verrekend.

4° het in artikel 117 bedoelde belastingkrediet wordt integraal aangerekend op de belasting van de natuurlijke personen.¹

Art. 304

§1. De onroerende voorheffing wordt opgenomen in kohieren. Aanslagen in de onroerende voorheffing die betrekking hebben op een kadastraal inkomen van minder dan 15 EUR per artikel van de kadastrale legger worden niet in een kohier opgenomen.

Bij ontstentenis van betaling binnen de in artikel 412 gestelde termijn worden de aanslagen in de roerende voorheffing en in de bedrijfsvoorheffing altijd ten kohiere gebracht, ongeacht het bedrag ervan.

Behoudens in de gevallen bepaald bij de artikelen 225, eerste lid, en 248, eerste lid, worden de aanslagen in de personenbelasting, in de vennootschapsbelasting, in de rechtspersonenbelasting en in de belasting van niet-inwoners altijd ten kohiere gebracht, onafgezien het bedrag ervan, maar dit bedrag wordt niet gevorderd of teruggegeven wanneer het na verrekening van de voorheffingen, voorafbetalingen en andere bestanddelen kleiner is dan 2,50 EUR.

Om te bepalen of de grens van 2,50 EUR is bereikt, wordt rekening gehouden met de opcentiemen en de aanvullende belastingen als vermeld in de artikelen 245 en 466.

¹ Art. 10: aanvulling.

TEXTE DE BASE

CODE DES IMPÔTS SUR LES REVENUS

Art. 290

Dans le chef des habitants du Royaume :

1° le précompte immobilier, dans le cas et dans les limites visés à l'article 277, est imputé à concurrence de l'impôt des personnes physiques ;

2° la quotité forfaitaire d'impôt étranger dans le cas visé à l'article 285 et le crédit d'impôt visé à l'article 289*bis*, § 1^{er}, ne sont imputables qu'à concurrence de la quotité de l'impôt des personnes physiques qui est proportionnellement afférente aux revenus professionnels ;

3° le crédit d'impôt visé à l'article 289*ter* est imputé intégralement sur l'impôt des personnes physiques.

Art. 304

§ 1. Le précompte immobilier fait l'objet de rôles. Les impositions au précompte immobilier qui sont afférentes à un revenu cadastral inférieur à 15 EUR par article de la matrice cadastrale ne sont pas portées au rôle.

A défaut de paiement dans le délai prévu à l'article 412, les impositions au précompte mobilier et au précompte professionnel sont toujours portées au rôle, quel qu'en soit le montant.

Sauf dans les cas prévus aux articles 225, alinéa 1^{er}, et 248, alinéa 1^{er}, les impositions à l'impôt des personnes physiques, à l'impôt des sociétés, à l'impôt des personnes morales et à l'impôt des non-résidents, sont toujours portées au rôle, quel qu'en soit le montant, mais ce montant n'est pas recouvré ou remboursé lorsqu'il n'atteint pas 2,50 EUR, après imputation des précomptes, versements anticipés et autres éléments.

Pour déterminer si la limite de 2,50 EUR est atteinte, il est tenu compte des centimes et taxes additionnels prévus aux articles 245 et 466.

TEXTE DE BASE ADAPTE A LA PROPOSITION

CODE DES IMPÔTS SUR LES REVENUS

Art. 290

Dans le chef des habitants du Royaume :

1° le précompte immobilier, dans le cas et dans les limites visés à l'article 277, est imputé à concurrence de l'impôt des personnes physiques ;

2° la quotité forfaitaire d'impôt étranger dans le cas visé à l'article 285 et le crédit d'impôt visé à l'article 289*bis*, § 1^{er}, ne sont imputables qu'à concurrence de la quotité de l'impôt des personnes physiques qui est proportionnellement afférente aux revenus professionnels ;

3° le crédit d'impôt visé à l'article 289*ter* est imputé intégralement sur l'impôt des personnes physiques.

4° le crédit d'impôt visé à l'article 117 est intégralement imputé sur l'impôt des personnes physiques.¹

Art. 304

§ 1. Le précompte immobilier fait l'objet de rôles. Les impositions au précompte immobilier qui sont afférentes à un revenu cadastral inférieur à 15 EUR par article de la matrice cadastrale ne sont pas portées au rôle.

A défaut de paiement dans le délai prévu à l'article 412, les impositions au précompte mobilier et au précompte professionnel sont toujours portées au rôle, quel qu'en soit le montant.

Sauf dans les cas prévus aux articles 225, alinéa 1^{er}, et 248, alinéa 1^{er}, les impositions à l'impôt des personnes physiques, à l'impôt des sociétés, à l'impôt des personnes morales et à l'impôt des non-résidents, sont toujours portées au rôle, quel qu'en soit le montant, mais ce montant n'est pas recouvré ou remboursé lorsqu'il n'atteint pas 2,50 EUR, après imputation des précomptes, versements anticipés et autres éléments.

Pour déterminer si la limite de 2,50 EUR est atteinte, il est tenu compte des centimes et taxes additionnels prévus aux articles 245 et 466.

¹ Art. 10: ajout.

§ 2. Voor rijksinwoners wordt het eventuele overschot van de in de artikelen 157 tot 168 en 175 vermelde voorafbetalingen, van de in de artikelen 270 tot 272 vermelde bedrijfsvoorheffingen, van de in de artikelen 279 en 284 vermelde werkelijke of fictieve roerende voorheffingen en van de in de artikelen 134, § 3, en 289^{ter} vermelde belastingkredieten in voorkomend geval verrekend met de aanvullende belastingen op de personenbelasting, en wordt het saldo teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt.

Bij binnenlandse vennootschappen wordt het eventuele overschot van de in artikel 279 vermelde roerende voorheffing en van de in artikelen 157 tot 168 en 218 vermelde voorafbetalingen desvoorkomend verrekend met de afzonderlijke aanslagen gevestigd ingevolge de artikelen 219 en 219^{bis} en wordt het saldo teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt. Bij belastingplichtigen die aan de rechtspersonenbelasting zijn onderworpen, worden de niet-verrekende voorafbetalingen teruggegeven indien zij ten minste 2,50 EUR bedragen.

Bij belastingplichtigen die ingevolge artikel 232 aan de belasting van niet-inwoners zijn onderworpen, is het eerste lid van deze paragraaf van toepassing op de belasting berekend volgens de artikelen 243 tot 245.

Bij belastingplichtigen die ingevolge artikel 233 aan de belasting van niet-inwoners zijn onderworpen, is het tweede lid van deze paragraaf van toepassing op de belasting berekend volgens artikel 246 en wordt het eventuele overschot van de in artikel 270 tot 272 vermelde bedrijfsvoorheffing met die belasting verrekend, het saldo wordt teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt.

§ 2. Voor rijksinwoners wordt het eventuele overschot van de in de artikelen 157 tot 168 en 175 vermelde voorafbetalingen, van de in de artikelen 270 tot 272 vermelde bedrijfsvoorheffingen, van de in de artikelen 279 en 284 vermelde werkelijke of fictieve roerende voorheffingen en van de in de artikelen 117², 134, § 3, en 289^{ter} vermelde belastingkredieten in voorkomend geval verrekend met de aanvullende belastingen op de personenbelasting, en wordt het saldo teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt.

Bij binnenlandse vennootschappen wordt het eventuele overschot van de in artikel 279 vermelde roerende voorheffing en van de in artikelen 157 tot 168 en 218 vermelde voorafbetalingen desvoorkomend verrekend met de afzonderlijke aanslagen gevestigd ingevolge de artikelen 219 en 219^{bis} en wordt het saldo teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt. Bij belastingplichtigen die aan de rechtspersonenbelasting zijn onderworpen, worden de niet-verrekende voorafbetalingen teruggegeven indien zij ten minste 2,50 EUR bedragen.

Bij belastingplichtigen die ingevolge artikel 232 aan de belasting van niet-inwoners zijn onderworpen, is het eerste lid van deze paragraaf van toepassing op de belasting berekend volgens de artikelen 243 tot 245.

Bij belastingplichtigen die ingevolge artikel 233 aan de belasting van niet-inwoners zijn onderworpen, is het tweede lid van deze paragraaf van toepassing op de belasting berekend volgens artikel 246 en wordt het eventuele overschot van de in artikel 270 tot 272 vermelde bedrijfsvoorheffing met die belasting verrekend, het saldo wordt teruggegeven indien het ten minste 2,50 EUR bedraagt.

² Art. 11: invoeging.

§ 2. Dans le chef des habitants du Royaume, l'excédent éventuel des versements anticipés visés aux articles 157 à 168 et 175, des précomptes professionnels visés aux articles 270 à 272, des précomptes mobiliers, réels ou fictifs, visés aux articles 279 et 284 et des crédits d'impôt visés aux articles 134, § 3, et 289^{ter}, est imputé, s'il y a lieu, sur les taxes additionnelles à l'impôt des personnes physiques et le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR.

Dans le chef des sociétés résidentes, l'excédent éventuel du précompte mobilier, visé à l'article 279 et des versements anticipés visés aux articles 157 à 168 et 218 est imputé, s'il y a lieu, sur les cotisations distinctes établies en exécution des articles 219 et 219^{bis}, et le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR. Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des personnes morales, les versements anticipés non imputés sont restitués pour autant qu'ils atteignent 2,50 EUR.

Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des non-résidents conformément à l'article 232, l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe s'applique à l'impôt calculé conformément aux articles 243 à 245.

Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des non-résidents, conformément à l'article 233, l'alinéa 2 du présent paragraphe s'applique à l'impôt calculé conformément à l'article 246 et l'excédent éventuel du précompte professionnel visé aux articles 270 à 272 est imputé sur cet impôt, le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR.

§ 2. Dans le chef des habitants du Royaume, l'excédent éventuel des versements anticipés visés aux articles 157 à 168 et 175, des précomptes professionnels visés aux articles 270 à 272, des précomptes mobiliers, réels ou fictifs, visés aux articles 279 et 284 et des crédits d'impôt visés aux articles **117**,² 134, § 3, et 289^{ter}, est imputé, s'il y a lieu, sur les taxes additionnelles à l'impôt des personnes physiques et le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR.

Dans le chef des sociétés résidentes, l'excédent éventuel du précompte mobilier, visé à l'article 279 et des versements anticipés visés aux articles 157 à 168 et 218 est imputé, s'il y a lieu, sur les cotisations distinctes établies en exécution des articles 219 et 219^{bis}, et le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR.

Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des personnes morales, les versements anticipés non imputés sont restitués pour autant qu'ils atteignent 2,50 EUR.

Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des non-résidents conformément à l'article 232, l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe s'applique à l'impôt calculé conformément aux articles 243 à 245. Dans le chef des contribuables soumis à l'impôt des non-résidents, conformément à l'article 233, l'alinéa 2 du présent paragraphe s'applique à l'impôt calculé conformément à l'article 246 et l'excédent éventuel du précompte professionnel visé aux articles 270 à 272 est imputé sur cet impôt, le surplus est restitué pour autant qu'il atteigne 2,50 EUR.

² Art. 11: insertion.