

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 juni 2008

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet van 25 juni 1992
op de landverzekeringsovereenkomst
wat de schuldsaldoverzekeringen betreft**

(ingediend door mevrouw Katrien Partyka c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

16 juin 2008

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat
d'assurance terrestre en ce qui concerne
les assurances de solde restant dû**

(déposée par Mme Katrien Partyka et consorts)

SAMENVATTING

De indieners beogen de toegang tot schuld-saldoverzekeringen te verbeteren voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico.

Zij stellen daarom voor een standaard vragenformulier in te voeren en een tarifieringsbureau en een compensatiekas op te richten.

Zij stellen tevens voor de Koning de mogelijkheid te bieden deze regeling die enkel geldt voor levensverzekeringen uit te breiden tot invaliditeitsverzekeringen.

RÉSUMÉ

Les auteurs entendent améliorer l'accès aux assurances de solde restant dû pour les personnes qui présentent des risques de santé accrus.

Ils proposent dès lors d'instaurer un questionnaire standardisé et de créer un bureau de tarification ainsi qu'une caisse de compensation.

Ils proposent en outre de permettre au Roi d'étendre cette réglementation – qui ne s'applique qu'en matière d'assurance sur la vie – à l'assurance contre l'invalidité.

cdH	:	centre démocrate Humaniste	
CD&V – N-VA	:	Christen-Democratisch en Vlaams/Nieuw-Vlaamse Alliantie	
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen	
FN	:	Front National	
LDD	:	Lijst Dedecker	
MR	:	Mouvement Réformateur	
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten	
PS	:	Parti Socialiste	
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven	
VB	:	Vlaams Belang	

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN :	Plenum	PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering	COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen :	Commandes :
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

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Een levensverzekering aangaan is niet zo makkelijk voor mensen met gezondheidsproblemen. Eén van de ernstigste problemen is dat chronisch zieken of (ex-) kankerpatiënten het nog altijd moeilijk hebben om een schuldsaldoverzekering te bekomen. Ofwel worden ze gewoon geweigerd door de verzekeraar, ofwel worden zulke hoge premies gevraagd dat het in de praktijk op een weigering neerkomt. Jonge kankerpatiënten, zelfs indien ze als genezen worden beschouwd, krijgen moeilijk een schuldsaldoverzekering en kunnen hierdoor ook niet lenen om bijvoorbeeld een huis te kopen. In de meeste gevallen wordt zo een verzekering door de kredietgever gevraagd als waarborg voor het hypothecair krediet, de wet op het hypothecair krediet laat dit trouwens toe.

Patiëntenverenigingen vragen een aantal maatregelen:

- de verzekeraars zouden rekening moeten houden met de meest recente ontwikkelingen van de wetenschap: sommige kankers of ziekten (bvb. HIV) waren vroeger misschien dodelijk, maar hebben ondertussen een hoog tot zeer hoog genezings- of stabiliseringspercentage, en toch worden (ex)-patiënten geweigerd omdat ze als een te hoog risico worden beschouwd;
- de medische vragenlijsten die maatschappijen hanteren bij het aanvragen van de verzekeringen moeten objectiever en neutraler opgesteld worden, dit in overleg met de patiëntenorganisaties;
- in het algemeen is een gestructureerd overleg wenselijk van de organisaties en het middenveld die de belangen van de patiënten behartigen met de verzekeringssector.

Niet alleen uit sociaal oogpunt maar ook economisch heeft deze problematiek een belangrijke impact. Bij een substantiële verbetering van de toegang tot schuldsaldoverzekeringen zullen mensen met een verhoogd risico een eigen woning kunnen verwerven. Voor de sedert 1 januari 2007 verbeterde toegang in Frankrijk via de zgn. «Convention Aeras» wordt geraamd dat 6,5% van de aanvragers van een hypothecair krediet een verhoogd gezondheidsrisico hebben. Ca. 90% van deze personen

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les personnes dont la santé est chancelante éprouvent souvent des difficultés pour contracter une assurance sur la vie. L'un des problèmes les plus graves concerne les malades chroniques et les (anciennes) victimes du cancer qui, aujourd'hui encore, obtiennent difficilement une assurance de solde restant dû. Ou cette assurance leur est simplement refusée par leur assureur, ou les primes demandées sont tellement élevées qu'elles s'assimilent, en pratique, à un refus. Les jeunes cancéreux obtiennent difficilement cette assurance, même lorsqu'ils sont considérés comme guéris, et ce refus les empêche de contracter un emprunt, par exemple pour acheter une maison. Généralement, cette assurance est demandée par le prêteur pour garantir le crédit hypothécaire, ce qu'autorise d'ailleurs la loi sur le crédit hypothécaire.

Les associations de patients demandent plusieurs mesures:

- Les assureurs devraient tenir compte des derniers progrès de la science. Pour certains cancers et certaines maladies (par exemple le VIH), qui pouvaient autrefois être mortelles, les taux de guérison ou de stabilisation sont aujourd'hui élevés, voire très élevés. Or, les (ex) patients concernés essuient un refus dès lors qu'ils sont considérés comme présentant des risques trop élevés;
- Les questionnaires médicaux utilisés par les compagnies lors de la demande des assurances doivent être rédigés d'une manière plus objective et plus neutre, en concertation avec les organisations de patients;
- D'une manière générale, il est souhaitable d'organiser une concertation structurée entre le secteur de l'assurance et les organisations et instances de la société civile qui défendent les intérêts des patients.

Cette problématique a des répercussions importantes tant sur le plan social que sur le plan économique. Une amélioration substantielle de l'accès aux assurances de solde restant dû permettrait aux personnes présentant un risque accru d'acquérir leur propre logement. En France, on évalue que depuis l'amélioration de cet accès depuis le 1^{er} janvier 2007 grâce à la «Convention Aeras», 6,5% des demandeurs d'un crédit hypothécaire présentent un risque aggravé de santé. Parmi ces personnes, environ

met een verhoogd risico kregen via de *Convention Aeras* toegang tot een schuldsaldoverzekering ¹.

Indien voor ons land een min of meer gelijkaardig percentage geldt, kan het aantal betrokken personen op basis van de cijfers van de Nationale Bank op ongeveer 17 000 per jaar geraamd worden. In totaal zou het in orde van grootte over ongeveer 140 000 personen kunnen gaan die geconfronteerd worden met de problematiek².

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

De invoering van een gedragscode en de invoering van een standaard medische vragenlijst kadert in de algemene problematiek van de ondoorzichtigheid van medische vragenlijsten en onderzoeken bij het bekomen van persoonsverzekeringen. In dit voorstel wordt voor deze problematiek voor de sector van de schuldsaldo-verzekeringen een oplossing met twee doelstellingen nagesteeft.

Enerzijds moet een vragenlijst een evenwicht bieden tussen de bescherming van de privacy van de kandidaat-verzekerde en de noodzaak van de verzekeraar om het gezondheidsrisico te bepalen. Onrechtstreeks zal de gedragscode wellicht ook, zoals in Nederland, de toegang tot de markt eenvoudiger en doorzichtiger maken.

Anderzijds moet een standaardvragenlijst de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldo-verzekeringen (zie artikel 3) vergemakkelijken omdat de informatie inzake gezondheidsrisico's door alle verzekeraars op dezelfde wijze zal opgevraagd worden.

¹ Parlementaire vraag nr. 13310 van Frans volksvertegenwoordiger Stéphane DEMILLY over de toepassing van de *Convention Aeras*, antwoord door mevrouw Christine LAGARDE, minister van Economie, Financiën en Tewerkstelling (*Journal Officiel* van 25 maart 2008):

Les données statistiques du 1^{er} semestre 2007 montrent que sur 2 millions de demandes d'assurance déposées depuis le 1^{er} janvier 2007 pour des crédits immobiliers (dont 1,6 million concernent une garantie décès invalidité) 125 000 demandes concernent des risques aggravés de santé soit 6,5% du total. Sur ces 125 000 demandes, plus de 90% ont fait l'objet d'une proposition d'assurance, 5% des dossiers étaient en attente de décision à la fin du semestre, 2% étaient irrecevables et 3% sont remontés au pool des risques très aggravés (3e niveau d'examen des demandes d'assurance).

² In 2007 werden 263250 nieuwe hypothecaire kredieten geregistreerd, 6,5% hiervan is 17 111. In totaal waren er 2 210 350 hypothecaire kredieten geregistreerd, 6,5% hiervan bedraagt 143673 (bron: Nationale Bank van België, Statistieken – Centrale voor Kredieten aan Particulieren 2007, p. 30 en 28).

90% ont eu accès à une assurance de solde restant dû grâce à la *Convention Aeras* ¹.

Si on applique un pourcentage plus ou moins équivalent à notre pays, le nombre de personnes concernées se chiffrerait à environ 17 000 par an sur la base des statistiques de la Banque nationale. Au total, par ordre de grandeur, on estime que quelque 140 000 personnes seraient confrontées à la problématique².

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

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

D'une part, un questionnaire doit offrir un équilibre entre la protection de la vie privée du candidat-assuré et la nécessité pour l'assureur de déterminer le risque de santé. Indirectement, le code de conduite permettra sans doute également de rendre l'accès au marché plus simple et plus transparent, comme c'est le cas aux Pays-Bas.

D'autre part, un questionnaire standardisé doit faciliter le fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû (voir article 3) dès lors que toutes les questions relatives aux risques de santé seront formulées de la même manière par tous les assureurs.

¹ Question parlementaire n° 13310 du député français Stéphane DEMILLY sur l'application de la *Convention Aeras*, réponse de Mme Christine LAGARDE, ministre de l'Économie, des Finances et de l'Emploi (*Journal Officiel* du 25 mars 2008):

Les données statistiques du 1^{er} semestre 2007 montrent que sur 2 millions de demandes d'assurance déposées depuis le 1^{er} janvier 2007 pour des crédits immobiliers (dont 1,6 million concernent une garantie décès invalidité) 125 000 demandes concernent des risques aggravés de santé soit 6,5% du total. Sur ces 125 000 demandes, plus de 90% ont fait l'objet d'une proposition d'assurance, 5% des dossiers étaient en attente de décision à la fin du semestre, 2% étaient irrecevables et 3% sont remontés au pool des risques très aggravés (3e niveau d'examen des demandes d'assurance).

² En 2007, on a enregistré 263250 nouveaux crédits hypothécaires, un pourcentage de 6,5% correspond à 17 111. Au total, on a enregistré 2 210 350 crédits hypothécaires, un pourcentage de 6,5% correspond à 143673 (source: Banque nationale de Belgique, Statistiques – Centrale des Crédits aux particuliers 2007, p. 28 et 30).

Omdat kan worden verondersteld dat de betrokken actoren (verzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties) hiertoe de nodige expertise in huis hebben, wordt in eerste instantie de mogelijkheid van een vragenlijst gebaseerd op een gedragscode voorzien. In Nederland slaagde de verzekeringssector en het middenveld er in een dergelijke gedragscode uit te werken, het Protocol verzekeringskeuringen 2003 en het Model gezondheidsverklaring 2004. Dit kwam mede doordat de wetgever tegelijk ruimte voor zelfregulering en de mogelijkheid op dwingende maatregelen voorzag³.

Voor het uitwerken van een gedragscode hoeft geen nieuw orgaan gecreëerd te worden, de Commissie voor verzekeringen kan hiervoor op basis van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen een sectie oprichten. Deze sectie is paritair samengesteld uit enerzijds vertegenwoordigers van de verzekeraars en anderzijds vertegenwoordigers van de consumenten en patiënten.

Indien de Commissie voor verzekeringen er niet in slaagt een gedragscode uit te werken, kan, eveneens naar Nederlands model, de Koning een code en standaardvragenlijst opleggen.

L'on peut supposer que les acteurs concernés (assureurs, organisations de consommateurs et de patients) disposent de l'expertise requise à cet effet, c'est pourquoi nous prévoyons, en premier lieu, la possibilité d'un questionnaire basé sur un code de conduite. Aux Pays-Bas, le secteur de l'assurance et la société civile sont parvenus à élaborer un tel code de conduite, à savoir le Protocol verzekeringskeuringen 2003 et le Model gezondheidsverklaring 2004. Cette réalisation n'aurait pas été possible si le législateur n'avait prévu, en parallèle, un cadre pour l'autorégulation et la possibilité de prendre des mesures contraignantes³.

Pour élaborer le code de conduite, il n'est pas nécessaire de mettre en place un nouvel organe. La Commission des assurances pourra, à cet effet, créer une section en vertu de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances. Cette section sera composée paritairement, d'une part, de représentants des assureurs et, d'autre part, de représentants des consommateurs et des patients.

Si la Commission des assurances ne parvient pas à rédiger un code de conduite, le Roi peut, à l'instar du modèle néerlandais, imposer un code et un questionnaire standardisé.

³ Wet van 7 juli 1997, houdende regels tot versterking van de rechtspositie van hen die een medische keuring ondergaan, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 21 augustus 1997, artikel 9: Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8. Art. 14 van de wet geeft, indien na 3 jaar geen afspraken gemaakt zijn, de overheid de mogelijkheid regels hierover uit te vaardigen. De wet handelt ook over medische onderzoeken bij aanwerving van werknemers. Zij voorziet geen maatregelen inzake toegankelijkheid tot persoonsverzekeringen. oor een evaluatie van de wet, zie het rapport Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. Den Haag, ZonMw, maart 2007.

³ Loi du 7 juillet 1997 renforçant le statut juridique des personnes qui subissent un examen médical, *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 21 août 1997, article 9: Les organisations patronales, les assureurs, les organisations syndicales, les associations de consommateurs et les organisations de patients ainsi que les organisations représentatives du corps médical peuvent conclure des accords sur la description de la finalité de l'examen médical visé à l'article 2, alinéa 1^{er}, sur la réalisation des examens médicaux visée à l'article 4, alinéa 1^{er}, et sur les questions et les examens médicaux visés aux articles 3, 5, 6, 7 et 8 (traduction). L'article 14 de la loi habilite les autorités, à défaut d'un accord dans un délai de 3 ans, à prendre des mesures dans cette matière. La loi régit également les examens médicaux réalisés dans le cadre du recrutement de travailleurs. Elle ne prévoit pas de mesures en matière d'accessibilité aux assurances de personnes. Pour une évaluation de la loi, voir le rapport *Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen*. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. La Haye, ZonMw, mars 2007.

De Nederlandse wet voorziet geen verplichting om kandidaat-verzekerden te aanvaarden. Maar de overkoepelende patiëntenorganisatie is van oordeel dat «sinds de nieuwe gezondheidsverklaring minder lichamelijke keuringen plaatsvinden en dat er meer mensen probleemloos geaccepteerd worden voor de levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekering.». Dit blijkt ook uit evaluatie van de wet⁴.

Art. 3

Nieuw artikel 95/2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

De werking van het op te richten tarifieringsbureau schuldsaldoverzekeringen kan worden uitgebreid tot invaliditeitsverzekeringen die de terugbetaling van een krediet waarborgen. Dit is vooral belangrijk voor zelfstandigen bij dewelke wegens de lage ziekteuitkeringen de terugbetaling van een krediet problematisch kan worden. Er kan ook verwezen worden naar de uitbreiding van de Franse Convention Aeras tot invaliditeitsverzekeringen voor hypothecair en professioneel krediet. Over deze eventuele uitbreiding is een brede maatschappelijk draagvlak gewenst, reden waarom eerst het advies van de Commissie voor Verzekeringen voorzien wordt.

⁴ Reactie van het Breed Platform Verzekerden & Werk van 19 juli 2007 aan de Minister van Volksgezondheid n.a.v. de tweede evaluatie van de wet. Voor een evaluatie van de wet, zie het rapport Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. Den Haag, ZonMw, maart 2007:

«DE MEERDERHEID VAN ASPIRANT-VERZEKERDEN WORDT ZONDER PROBLEEM GEACCEPTEERD VOOR DE VERZEKERING. DE NIEUWE GEZONDHEIDSVERKLARING LIJKT DE ACCEPTATIE TE HEBBEN VERSOEPELD. UITSLUITINGEN OF EVENTUELE AANVULLENDE VOORWAARDEN ZIJN BOVENDIEN TOEGESTAAN. VOOR ZELFSTANDIGEN MET GEZONDHEIDSPROBLEMEN LIJKEN DEZE VOORWAARDEN (EN DAN MET NAME DE HOOGTE VAN DE PREMIE) ECHTER EEN PROBLEEM.

Van de aspirant-verzekerden wordt blijkens de TNS-NIPO enquête 80% probleemloos geaccepteerd – voor een levensverzekering duidelijk vaker dan voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dit percentage strookt met de gegevens van het Verbond van Verzekeraars. Daadwerkelijke afwijzing voor de verzekering komt voor bij 7% van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en 2% van de levensverzekeringen. In 23 respectievelijk 14% wordt gewerkt met aanvullende voorwaarden. Van de aspirant-verzekerden die worden afgewezen of geaccepteerd onder aanvullende condities, krijgt blijkens de evaluatie van het Verbond van Verzekeraars 39% geen of onduidelijke redenen voor de afwijzing of de aanvullende condities.²⁶⁶ Wel blijkt uit de evaluatie van het Verbond van Verzekeraars dat het percentage aspirant-verzekerden dat zonder problemen wordt toegelaten tot een verzekering sinds de introductie van de nieuwe gezondheidsverklaring duidelijk is gestegen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van 60 naar 78%».

La loi néerlandaise ne prévoit pas d'obligation d'accepter les candidats à l'assurance. Mais l'organisation faitière des patients considère que «depuis la nouvelle déclaration de santé, le nombre d'examens physiques a diminué et davantage de personnes peuvent contracter sans problème une assurance sur la vie et une assurance contre l'incapacité de travail» (traduction). Ce constat ressort également de l'évaluation de la loi⁴.

Art. 3

Nouvel article 95/2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

Le fonctionnement du futur bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû peut être étendu aux assurances contre l'invalidité qui garantissent le remboursement d'un crédit. Cet élément revêt surtout un intérêt pour les indépendants pour lesquels le remboursement d'un crédit peut s'avérer problématique, eu égard à la modicité des indemnités de maladie qui leur sont allouées. L'on peut également renvoyer à l'extension de la Convention française Aeras aux assurances contre l'invalidité garantissant un crédit hypothécaire ou professionnel. Il serait souhaitable que cette extension éventuelle bénéficie d'une large assise sociale. C'est la raison pour laquelle il est prévu de demander tout d'abord l'avis de la Commission des assurances.

⁴ Réaction de la *Breed Platform Verzekerden & Werk* du 19 juillet 2007 au ministre de la Santé à la suite de la deuxième évaluation de la loi. Pour une évaluation de la loi, voir le rapport *Tweede Evaluatie. Wet op de medische keuringen*. Hugo Sinzheimer Instituut, Universiteit van Amsterdam. La Haye, ZonMw, mars 2007:

«LA MAJORITÉ DES CANDIDATS À L'ASSURANCE SONT ACCEPTÉS SANS PROBLÈME PAR LEUR ASSUREUR. LA NOUVELLE DÉCLARATION DE SANTÉ SEMBLE AVOIR ASSOULI L'ACCEPTATION. LES EXCLUSIONS ET LES ÉVENTUELLES CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES SONT EN OUTRE AUTORISÉES. CES CONDITIONS SEMBLERONT NÉANMOINS POSER PROBLÈME (EN PARTICULIER LA HAUTEUR DE LA PRIME) AUX INDÉPENDANTS QUI ONT DES PROBLÈMES DE SANTÉ.

Selon l'enquête de TNS-NIPO, 80% des candidats à l'assurance sont admis sans problème – pour une assurance sur la vie, clairement plus souvent que pour une assurance contre l'incapacité de travail. Ce pourcentage confirme les données de la fédération des assureurs. Un refus véritable du candidat est enregistré dans 7% des demandes d'assurance contre l'incapacité de travail et dans 2% des demandes d'assurance sur la vie. Dans respectivement 23% et 14%, des conditions supplémentaires sont prévues. Selon l'évaluation de la fédération des assureurs, parmi les candidats à l'assurance refusés ou acceptés moyennant des conditions supplémentaires, 39% ne sont pas informés, ou pas clairement, du motif de ce refus ou de ces conditions supplémentaires. Il ressort néanmoins de l'évaluation de la fédération des assureurs que le pourcentage des candidats à l'assurance pouvant accéder sans problème à une assurance depuis l'introduction de la nouvelle déclaration de santé a clairement augmenté, pour les assurances contre l'incapacité de travail, et est passé de 60% à 78%» (traduction)

Het tarifieringsbureau wordt paritair beheerd door de verzekeraars enerzijds, en door vertegenwoordigers van consumenten en patiënten anderzijds.

De twee reeds functionerende tarifieringsbureaus (verplichte aansprakelijkheidsverzekering motor-rijtuigen en natuurrampendeckking) worden beheerd door het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds, het lijkt dan ook het meest efficiënt het tarifieringsbureau schuldsaldo-verzekeringen daar onder te brengen. De Koning kan echter anders beslissen.

In tegenstelling tot de autoverzekering echter zal het tarifieringsbureau zelf geen polissen aanbieden. Wel wordt, gelijklopend met de natuurrampenverzekeringen, iedere verzekeraar die schuldsaldo-verzekeringen aanbiedt verplicht om polissen aan de voorwaarden van het bureau aan te bieden.

De tweejaarlijkse rapportering door het bureau aan het parlement loopt parallel met de verplicht tweejaarlijkse herziening van de tarieven en voorwaarden van het bureau.

Nieuw artikel 95/3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Het voorstel werd deels gebaseerd op de natuurrampendeckking. Wel is er een belangrijk verschil: het bureau kan mensen weigeren. Het gaat er om een evenwichtige oplossing te vinden voor de zogenaamde «brandend huis» problematiek.

In tegenstelling tot de natuurrampenverzekering kan men niet verwachten dat inzake schuldsaldo-verzekeringen iedereen een absoluut recht op verzekering heeft. Zo zou bijvoorbeeld iemand die weet dat hij nog maar een jaar of twee te leven heeft gebruik kunnen maken van het bureau om nog gauw een huis of auto op krediet te kopen bedoeld voor zijn erfgenamen na zijn overlijden. Dit zou de werking van het bureau onmogelijk en onbetaalbaar maken.

Zo moet bijvoorbeeld rekening worden gehouden met de sterk variërende overlevingspercentages bij de diagnose kanker, wat klaarblijkelijk niet door alle verzekeraars gebeurt. Het is duidelijk dat in het geval van ernstige ongeneeslijke en op korte termijn dodelijke ziektes geen verzekering zal toegestaan worden, zelfs niet door het tarifieringsbureau.

Le bureau de tarification est géré paritairement par des assureurs, d'une part, et par des représentants des consommateurs et des patients, d'autre part.

Les deux bureaux de tarification déjà mis en place (assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs et couverture des catastrophes naturelles) sont gérés par le Fonds commun de garantie automobile. Le plus efficace serait donc sans doute d'intégrer le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû dans ce cadre. Le Roi peut toutefois en décider autrement.

Mais contrairement à la situation prévalant en matière d'assurances automobiles, le bureau de tarification ne proposera pas lui-même de polices. Par contre, tout comme dans le cas des assurances contre les catastrophes naturelles, tout assureur qui propose des assurances de solde restant dû est tenu de respecter, dans ses offres, les conditions fixées par le bureau.

Le rapport fait tous les deux au Parlement par le bureau coïncide avec la révision bisannuelle des tarifs et conditions du bureau.

Nouvel article 95/3 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

La proposition s'inspire en partie de la couverture des catastrophes naturelles. On note toutefois une différence importante: le bureau peut refuser des demandeurs. Il s'agit de trouver une solution équilibrée à la problématique de la «maison en flammes».

On ne peut espérer qu'en matière d'assurances de solde restant dû, tout le monde dispose d'un droit absolu à l'assurance comme c'est le cas pour l'assurance contre les catastrophes naturelles. Ainsi par exemple, une personne sachant qu'elle n'en a plus que pour un an ou deux à vivre pourrait recourir au bureau pour encore vite acquérir à crédit une maison ou une voiture destinée à ses héritiers après son décès. Une telle situation rendrait le fonctionnement du bureau impossible et impayable.

Ainsi faut-il, par exemple, tenir compte des fortes variations dans les taux de survie en cas de diagnostic du cancer, ce que ne font de toute évidence pas tous les assureurs. Il est évident qu'aucune assurance ne sera accordée, même par le bureau de tarification, en cas de maladie grave incurable et mortelle à court terme.

De Vlaamse Liga tegen Kanker signaleerde daarnaast ook als knelpunt dat de verzekeraars weinig informatie geven over de berekeningswijze van de meestal veel hogere bijpremies.

Gelet op de voortdurende nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap moet het tarifieringsbureau aan de hand van de meest recente statistische en medische gegevens het risico op sterfte schatten van personen met een verhoogd gezondheidsrisico. Een verhoogd gezondheidsrisico of een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld diabetes) hoeft immers niet noodzakelijk te leiden tot een hoger risico op overlijden. Een tweejaarlijkse herziening van de acceptatie- en tarificatievoorwaarden van het bureau in functie van de meest recente ontwikkelingen lijkt hierbij aangewezen. Hiertoe kan het bureau beroep doen op de expertise van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Verzekeraars zijn jammer genoeg niet altijd even open over de samenstelling bercherming van premies⁵

Het artikel stelt een informatie- en motiveringsverplichting in t.o.v. de kandidaat-verzekerde door de verzekeraar die de verzekering weigert of die tarieven hanteert die hoger zijn dan die van het tarifieringsbureau:

– informatie over de acceptatie- en tariefvoorwaarden van het bureau en de mogelijkheid de verzekering van het tarifieringsbureau aan te gaan bij elke verzekeraar in België;

– duidelijke, ondubbelzinnige en expliciete schriftelijke motivering van de exacte redenen waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt toegepast, over de samenstelling hiervan, of desgevallend over de weigering van de verzekering.

Vooraf door de invoering van een verplichte motivering van de bijpremies of weigeringen kan worden verondersteld dat de markt op termijn doorzichtiger zal worden.

Nieuw artikel 95/4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

Naar analogie van de natuurrampenverzekering wordt een compensatiekas opgericht. De oprichting van deze kas is cruciaal om antiselectie en onverzekerbaarheid te voorkomen en de schadelast van de hoge risico's te spreiden over de markt.

⁵ Nochtans hebben de verzekeraars er alle belang bij transparant te zijn. Zie bijvoorbeeld Pascal BIED-CHARRETTON, directeur van de *Fédération française des sociétés d'assurances*, *Parce qu'elle est indispensable, l'assurance doit être transparente*, in *Risques* n° 63, septembre 2005.

La Ligue flamande contre le cancer a également pointé du doigt le manque d'informations données par les assureurs quant au mode de calcul des surprimes généralement beaucoup plus élevées.

Compte tenu des progrès constants dans les sciences médicales, le bureau de tarification doit, à la lumière des données statistiques et médicales les plus récentes, évaluer le risque de mortalité des personnes présentant un risque de santé accru. Un risque de santé accru ou un diagnostic donné (par exemple, de diabète) ne doit en effet pas nécessairement induire un risque de décès accru. Il paraît indiqué à cet égard de procéder à une révision bisannuelle des conditions d'acceptation et de tarification du bureau en fonction des évolutions les plus récentes. À cette fin, le bureau peut recourir à l'expertise du Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Les assureurs ne font malheureusement pas toujours preuve d'ouverture en ce qui concerne la composition et le calcul des primes⁵.

L'article impose à l'assureur qui refuse l'assurance ou qui pratique des tarifs supérieurs à ceux du bureau de tarification une obligation d'information et de motivation à l'égard du candidat à l'assurance:

– information concernant les conditions d'acceptation et de tarifs du bureau et la possibilité de souscrire l'assurance du bureau de tarification auprès de tout assureur en Belgique;

– motivation écrite claire, univoque et explicite des motifs exacts de l'application d'une surprime ou d'une franchise majorée, de la composition de celle-ci ou, le cas échéant, du refus d'assurance.

On peut supposer que c'est principalement l'introduction d'une obligation de motivation des surprimes ou des refus qui permettra à terme d'accroître la transparence du marché.

Nouvel article 95/4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

Par analogie avec l'assurance contre les catastrophes naturelles, il est créé une caisse de compensation. La création de cette caisse est cruciale afin de prévenir l'antiselectie et l'inassurabilité et de répartir sur le marché la charge des sinistres des gros risques.

⁵ Pourtant, les assureurs ont tout intérêt à faire preuve de transparence. Voir par exemple Pascal BIED-CHARRETTON, directeur de la *Fédération française des sociétés d'assurances*, *Parce qu'elle est indispensable, l'assurance doit être transparente*, in *Risques* n° 63, septembre 2005.

De premies voor de polissen aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau worden afgedragen aan de compensatiekas. Omgekeerd zullen de verzekeraars hun tussenkomsten kunnen verhalen op de kas. De middelen in de kas, zowel winst of verlies, worden verdeeld over de verzekeraars. Verzekeringsmaatschappijen zullen hogere risico's niet weren, omdat deze via polissen van het tarifieringsbureau worden overgedragen aan de compensatiekas, die het beheer en de risicolast solidair gaat spreiden over de totale markt van levensverzekeraars. De kas verdeelt de lasten van het beheer en de uitbetalingen en de premies over de verzekeraars. Zo treedt er geen uitstoot van slechte risico's op, worden de risico's solidair gespreid en wordt antisectie voorkomen.

Art. 4

Er wordt in een termijn van ongeveer onderhalf jaar voorzien om het tarifieringsbureau schuldsaldo-verzekeringen te kunnen oprichten, de gedragscode en vragenlijst uit te werken en de verzekeringssector toe te laten zijn werking en organisatie aan te passen aan de nieuwe regelgeving.

Katrien PARTYKA (CD&V – N-VA)
 Jenne DE POTTER (CD&V – N-VA)
 Luc GOUTRY (CD&V – N-VA)
 Peter LUYKX (CD&V – N-VA)
 Sarah SMEYERS (CD&V – N-VA)
 Servais VERHERSTRAETEN (CD&V – N-VA)

Les primes des polices souscrites aux conditions du bureau de tarification sont versées à la caisse de compensation. À l'inverse, les assureurs pourront récupérer leur intervention auprès de la caisse. Les moyens de la caisse, tant les profits que les pertes, seront répartis entre les assureurs. Les compagnies d'assurance ne refuseront pas les gros risques, dès lors que ceux-ci seront transférés, par le biais de polices du bureau de tarification, à la caisse de compensation, qui répartira la gestion et la charge des risques de façon solidaire sur l'ensemble du marché des assureurs-vie. La caisse répartit les charges de la gestion et des versements ainsi que les primes entre les assureurs. Dans ces conditions, il n'y a pas de rejet des mauvais risques, il y a une répartition solidaire des risques et l'on prévient l'antisélection.

Art. 4

Un délai d'un an et demi environ est prévu pour permettre la mise sur pied du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû, pour rédiger le code de conduite et le questionnaire et pour permettre au secteur des assurances d'adapter son fonctionnement et son organisation à la nouvelle réglementation.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In de wet van 25 juni 1992 op de landverzekerings-overeenkomst wordt een artikel 95/1 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/1 — Invoering van een gedragscode en een standaard medische vragenlijst.

§ 1. De Commissie voor Verzekeringen ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen richt op basis van artikel 41, § 3, van deze wet een sectie op die paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector enerzijds en vertegenwoordigers van de consumenten en patiëntenorganisaties anderzijds.

Onverminderd de toepassing van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt werkt deze sectie vóór de inwerkingtreding van de wet van ... tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldo-verzekeringen betreft een gedragscode uit die van toepassing is bij het aanvragen van een levensverzekering die een hypothe-cair, professioneel of consumentenkrediet waarborgt.

De gedragscode bepaalt:

1° in welke gevallen en voor welke soorten krediet of welke verzekerde bedragen een standaard medische vragenlijst van toepassing is;

2° de inhoud van de standaard medische vragenlijst;

3° op welke wijze de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toestaan van de verzekering en het bepalen van de premie rekening houden met de vragenlijst;

4° de gevallen waarin de verzekeraars een bijkomend medische onderzoek mogen vragen aan de kandidaat-verzekerde, evenals de inhoud van dit onderzoek en het recht op informatie over de resultaten van deze onderzoeken.

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Un article 95/1, rédigé comme suit, est inséré dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre:

«Art. 95/1 — Instauration d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé

§ 1^{er}. La Commission des assurances créée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances constitue, sur la base de l'article 41, § 3, de cette loi, une section composée paritairement de représentants du secteur des assurances, d'une part, et de représentants des organisations de consommateurs et de patients, d'autre part.

Sans préjudice de l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, cette section élabore, avant l'entrée en vigueur de la loi du ... modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances de solde restant dû, un code de conduite qui s'applique en cas de demande d'une assurance sur la vie garantissant un crédit hypothécaire, un crédit professionnel ou un crédit à la consommation.

Le code de conduite précise:

1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé est d'application;

2° le contenu du questionnaire médical standardisé;

3° de quelle manière les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime;

4° les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen.

§ 2. Indien de Commissie voor Verzekeringen er niet in slaagt binnen de gestelde termijn de in § 1 bedoelde gedragscode uit te werken, vaardigt de Koning, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de gedragscode uit.

Art. 3

In dezelfde wet worden de artikelen 95/2 tot 95/4 ingevoegd, luidende:

«Art. 95/2. — Tarifieringsbureau schuldsaldooverzekeringen

§ 1. De Koning richt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad een tarifieringsbureau schuldsaldooverzekeringen op met als doel het verzekeren van personen die als gevolg van hun gezondheidstoestand een verhoogd overlijdensrisico lopen. Het bureau handelt uitsluitend in het domein van levensverzekeringen die als waarborg fungeren voor hypothecaire kredieten, consumentenkredieten en professionele kredieten.

§ 2. Na advies van de Commissie voor Verzekeringen ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen kan de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldooverzekeringen uitbreiden tot invaliditeitsverzekeringen voor het waarborgen van de in § 1 bedoelde kredieten.

§ 3. Het tarifieringsbureau schuldsaldooverzekeringen is samengesteld uit zes leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen, drie leden die de consumenten vertegenwoordigen en drie leden die de patiënten vertegenwoordigen. De leden worden benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar.

Zij worden gekozen uit een dubbele lijst voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen, door de verenigingen die in aanmerking komen om de belangen van de consumenten en de patiënten te vertegenwoordigen en de ziekenfondsen.

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

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

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

§ 2. Si la Commission des assurances ne parvient pas à élaborer le code de conduite visé au § 1^{er} dans le délai imparti, le Roi promulgue un code de conduite après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.»

Art. 3

Les articles 95/2 à 95/4, rédigés comme suit, sont insérés dans la même loi:

«Art. 95/2. – Bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû

§ 1^{er}. Le Roi crée, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, un bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû chargé d'assurer les personnes présentant un risque de décès accru en raison de leur état de santé. Ce bureau propose exclusivement des assurances sur la vie garantissant un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

§ 2. Après avoir recueilli l'avis de la Commission des Assurances instituée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre le champ d'activité du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû aux assurances invalidité souscrites en garantie des crédits visés au § 1^{er}.

§ 3. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû se compose de six membres qui représentent les entreprises d'assurances, de trois membres qui représentent les consommateurs et de trois membres qui représentent les patients. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Ils sont choisis sur une liste double présentée par les associations professionnelles des entreprises d'assurances, par les associations susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs et des patients et par les mutualités.

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

Het Bureau kan een beroep doen op deskundigen die niet stemgerechtigd zijn.

De ministers bevoegd voor Verzekeringen en Consumentenzaken kunnen een waarnemer naar het bureau afvaardigen.

Tenzij de Koning er anders over beslist, oefent het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings zijn activiteiten uit bij het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds bedoeld in artikel 19*bis*-2 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, die er het secretariaat en het dagelijks beheer van waarneemt.

Het bureau wordt niet beschouwd als een verzekeringstussenpersoon bedoeld in de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringbemiddeling en de distributie van verzekeringen.

§ 4. De Koning stelt de voorwaarden vast van de werking van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings en de verplichtingen van de verzekeraars. De verzekeraar die de verplichtingen bedoeld in dit artikel niet naleeft, wordt geacht niet meer in overeenstemming te zijn met de bepalingen van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen.

§ 5. De aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings getarifeerde overlijdensrisico's worden verzekerd door al de verzekeraars die in België levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden. Het beheer van deze risico's wordt waargenomen door een door de kandidaat-verzekeringnemer gekozen verzekeraar uit het geheel van de verzekeraars die in België levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden. Het resultaat van dit beheer alsmede de werkingskosten van het bureau worden omgeslagen over voornoemde verzekeraars.

Indien de Koning gebruik maakt van zijn bevoegdheid bedoeld in § 2 gelden de bepalingen van § 5, eerste lid, *mutatis mutandis* voor de verzekeraars die dergelijke verzekeringen aanbieden.

§ 6. Het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings maakt tweejaarlijks een verslag op over zijn werking. Dit verslag bevat onder meer een analyse van de door de verzekeraars toegepaste tariefvoorwaarden en wordt onverwijld overgezonden aan de Wetgevende Kamers.

Art. 95/3. — Toegang tot verzekeringen aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings.

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

Les ministres ayant les Assurances et la Protection des consommateurs dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

À moins que le Roi n'en décide autrement, le Bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû exerce ses activités au sein du Fonds commun de garantie automobile visé à l'article 19*bis*-2 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, qui en assure le secrétariat et la gestion journalière.

Le bureau n'est pas considéré comme un intermédiaire d'assurances au sens de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

§ 4. Le Roi détermine les conditions de fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû et les obligations à respecter par les assureurs. L'assureur qui ne se conforme pas aux obligations visées dans le 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 décès tarifiés aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû sont couverts par l'ensemble des assureurs qui proposent en Belgique des assurances sur la vie en garantie de crédits. La gestion de ces risques est assurée par un assureur choisi par le candidat preneur d'assurance parmi l'ensemble des assureurs qui proposent en Belgique des assurances sur la vie en garantie de crédits. Le résultat de cette gestion ainsi que les frais de fonctionnement du bureau sont répartis entre les assureurs précités.

Si le Roi fait usage du pouvoir qui lui est conféré au § 2, les dispositions prévues au § 5, alinéa 1^{er}, s'appliquent *mutatis mutandis* aux assureurs qui proposent des assurances de ce type.

§ 6. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû établit tous les deux ans un rapport sur son fonctionnement. Ce rapport comprend entre autres une analyse des conditions tarifaires appliquées par les assureurs et est transmis sans délai aux chambres législatives.

Art. 95/3 – Accès aux assurances aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû.

§ 1. Het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings bepaalt onder welke voorwaarden en tarieven de kandidaat-verzekeringnemer toegang heeft tot een levensverzekering, desgevallend invaliditeitsverzekering, die een hypothecair krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet waarborgt.

Het bureau herziet om de twee jaar zijn toegangsvoorwaarden en tarieven in functie van de meest recente wetenschappelijke gegevens inzake de evolutie van de risico's op overlijden, desgevallend invaliditeit, en de kans op verslechterde gezondheidstoestand van personen met een verhoogd risico ingevolge hun gezondheidstoestand. Het bureau kan hiervoor beroep doen op het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

§ 2. De verzekeraar die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan de tariefvoorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings informeert de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief over de toegangs- en tariefvoorwaarden van het bureau en deelt hem mee dat hij zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar.

De verzekeraar deelt schriftelijk en op duidelijke, uitdrukkelijke en ondubbelzinnige wijze mee om welke redenen de verzekering geweigerd wordt of waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt voorgesteld en hoe deze precies samengesteld is.

Art. 95/4. — Compensatiekas voor schuldsaldoverzekerings

§ 1. De Koning erkent, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een compensatiekas voor schuldsaldoverzekerings met als opdracht de verdeelsleutel vast te stellen die toelaat de schadelast van de aan de voorwaarden van het tarifieringsbureau schuldsaldoverzekerings getarifeerde risico's te verdelen tussen de verzekeraars die overlijdensverzekering als waarborg voor kredieten aanbieden.

§ 2. De Koning keurt de statuten goed en reglementeert de controle op de activiteit van de kas. Hij wijst de handelingen aan die in het *Belgisch Staatsblad* worden bekendgemaakt. Zo nodig stelt de Koning de compensatiekas voor schuldsaldoverzekerings in.

§ 3. De verzekeraars die levensverzekering als waarborg voor kredieten aanbieden, zijn hoofdelijk gehouden aan de kas de stortingen te doen die nodig zijn voor het volbrengen van haar opdracht en om haar werkingskosten te dragen.

§ 1^{er}. Le bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû fixe les conditions et les tarifs auxquels le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou à une assurance contre l'invalidité qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Le bureau revoit ses conditions d'accès et tarifs tous les deux ans en fonction des données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès ou d'invalidité et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé. À cet effet, le bureau peut faire appel au Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

§ 2. L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède les conditions tarifaires du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs de bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

L'assureur communique par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci.

Art. 95/4 – Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû

§ 1^{er}. Le Roi agréé, aux conditions qu'il détermine, une Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû, qui a pour mission de fixer la clé de répartition de la charge des sinistres dont les risques ont été tarifés aux conditions du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû entre les assureurs qui offrent des assurances décès en garantie de crédits.

§ 2. Le Roi approuve les statuts et réglemente le contrôle des activités de la Caisse. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au *Moniteur belge*. Au besoin, le Roi crée la Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû.

§ 3. Les assureurs qui proposent des assurances sur la vie en garantie de crédits sont solidairement tenus d'effectuer, à la Caisse, les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour en supporter les frais de fonctionnement.

Indien de kas door de Koning is ingesteld, legt Hij jaarlijks de regels vast voor het berekenen van de stortingen die door de verzekeraars moeten worden gedaan.

§ 4. De erkenning wordt ingetrokken indien de compensatiekas schuldsaldoverzekeringen niet handelt overeenkomstig de wetten, verordeningen of haar statuten. In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen tot vrijwaring van de rechten van de verzekeringnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Zolang de vereffening duurt, blijft de kas aan de controle onderworpen.

De Koning benoemt voor deze vereffening een bijzonder vereffenaar.

§ 5. Indien de Koning gebruik maakt van de bevoegdheid bedoeld in artikel 95/2, § 2, breidt de Koning de werking van de compensatiekas schuldsaldoverzekeringen uit tot de verzekeraars die invaliditeitsverzekeringen aanbieden in België.».

Art. 4

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de achttiende maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van artikel 2 dat in werking treedt de dag waarop deze wet in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

29 mei 2008

Katrien PARTYKA (CD&V – N-VA)
Jenne DE POTTER (CD&V – N-VA)
Luc GOUTRY (CD&V – N-VA)
Peter LUYKX (CD&V – N-VA)
Sarah SMEYERS (CD&V – N-VA)
Servais VERHERSTRAETEN (CD&V – N-VA)

Si la Caisse est créée par le Roi, Il fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs.

§ 4. L'agrément est retiré si la Caisse de compensation pour les assurances solde restant dû n'agit pas conformément aux lois, aux règlements ou à ses statuts. Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées.

La caisse reste soumise au contrôle pendant la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation.

§ 5. S'il fait usage du pouvoir visé à l'article 95/2, § 2, le Roi étend le champ d'activité de la Caisse de compensation pour les assurances de solde restant dû aux assureurs qui proposent des assurances invalidité en Belgique.».

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le premier jour du dix-huitième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*, à l'exception de l'article 2 qui entre en vigueur le jour de la publication de la présente loi au *Moniteur belge*.

29 mai 2008