

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 décembre 2023

PROJET DE LOI

**concernant les délais et sanctions relatifs
au paiement des prestations d'assurance**

Sommaire Pages

Résumé	3
Exposé des motifs	4
Avant-projet de loi	22
Analyse d'impact	31
Avis du Conseil d'État	45
Projet de loi	52
Coordination des articles	64
Avis de la Commission des Assurances	93

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 december 2023

WETSONTWERP

**betreffende de termijnen en de sancties
voor de verzekeringsprestaties**

Inhoud Blz.

Samenvatting	3
Memorie van toelichting	4
Voorontwerp van wet	22
Impactanalyse	31
Advies van de Raad van State	45
Wetsontwerp	52
Coördinatie van de artikelen	77
Advies van de Commissie voor Verzekeringen	111

<i>Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 21 décembre 2023.</i>	<i>De regering heeft dit wetsontwerp op 21 december 2023 ingediend.</i>
<i>Le “bon à tirer” a été reçu à la Chambre le 21 décembre 2023.</i>	<i>De “goedkeuring tot drukken” werd op 21 december 2023 door de Kamer ontvangen.</i>

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Écolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant – Onafhankelijk

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>		<i>Afkorting bij de nummering van de publicaties:</i>	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

RÉSUMÉ

Ce projet de loi vise à réglementer les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurances, car actuellement seules certaines branches d'assurance imposent des délais d'indemnisation. Dans l'optique de la protection des consommateurs, il semble souhaitable d'introduire un cadre légal général pour le règlement des sinistres.

SAMENVATTING

Het wetsontwerp beoogt de termijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties te regelen omdat momenteel de schadevergoeding slechts in sommige verzekeringstakken gekoppeld is aan termijnen. In het kader van de consumentenbescherming lijkt het wenselijk om te voorzien in een algemeen wettelijk kader voor de afwikkeling van schadegevallen.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS

EXPOSÉ GÉNÉRAL

Le projet de loi vise à réglementer les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance, car actuellement seules certaines branches d'assurance imposent des délais d'indemnisation. Dans l'optique de la protection des consommateurs, il semble souhaitable d'introduire un cadre légal général pour le règlement des sinistres. L'on peut par ailleurs lire ce qui suit dans la note de politique générale Économie du 4 novembre 2020: "Diverses voix dans le domaine des assurances se sont élevées en faveur d'une indemnisation plus rapide (...). Par ailleurs, conformément à la recommandation de l'Ombudsman des assurances, un encadrement légal de l'indemnisation des sinistres assorti de sanctions sera examiné."

La Commission des Assurances a rendu un avis sur le sujet en date du 23 décembre 2022 (DOC/C2022/8).

La matière des délais de paiement des prestations d'assurance par les assureurs est réglementée de manière précise dans certaines branches d'assurance: RC Auto, Incendie, Vie et Pensions complémentaires. Aucune disposition n'existe en revanche pour les autres branches.

La question des provisions, de leur montant et des délais dans lesquels elles sont octroyées fait l'objet d'une attention particulière.

De manière générale, une bonne communication réciproque entre assureurs et assurés ou personnes lésées, relative notamment aux informations pertinentes et nécessaires au règlement du sinistre, est le meilleur moyen d'assurer un règlement optimal et sans retard injustifié des sinistres.

Comme précédemment indiqué, les délais dans lesquels les assureurs doivent effectuer leurs prestations d'assurance contractuelles sont réglementés dans certaines branches d'assurances par des dispositions légales particulières.

C'est le cas en:

MEMORIE VAN TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

ALGEMENE TOELICHTING

Het wetsontwerp beoogt de termijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties te regelen omdat momenteel de schadevergoeding slechts in sommige verzekeringstakken gekoppeld is aan termijnen. In het kader van de consumentenbescherming lijkt het wenselijk om te voorzien in een algemeen wettelijk kader voor de afwikkeling van schadegevallen. In de algemeen beleidsnota Economie d.d. 4 november 2020 wordt bovendien vermeld: "Op het gebied van verzekeringen gaan er verschillende stemmen op voor een snellere schadevergoeding (...). Bovendien zal, overeenkomstig de aanbeveling van de Ombudsman van de Verzekeringen, een wettelijk kader worden onderzocht voor de vergoeding van schadegevallen, waaraan ook sancties worden gekoppeld."

De Commissie voor Verzekeringen heeft hierover een advies uitgebracht d.d. 23 december 2022 (DOC/C2022/8).

De kwestie van de betalingstermijnen voor de verzekeringsprestaties van de verzekeraars is nauwgezet geregeld voor bepaalde takken: BA Motorrijtuigen, Brand, Leven en Aanvullende Pensioenen. Voor de andere takken zijn er dan weer geen bepalingen.

Bijzondere aandacht wordt gegeven aan de kwestie van de voorschotten, hun bedrag en de termijnen waarbinnen ze worden toegekend.

Algemeen kan worden gesteld dat een goede wederzijdse communicatie tussen verzekeraars en verzekerden of benadeelden, in het bijzonder met betrekking tot de informatie die relevant en noodzakelijk is voor de schaderegeling, de beste garantie biedt op een optimale schaderegeling zonder ongerechtvaardigde vertraging.

Zoals hierboven aangegeven, voor sommige verzekeringstakken regelen bijzondere wetsbepalingen de termijnen waarbinnen verzekeraars hun contractuele verzekeringsprestaties moeten uitvoeren.

Dat is het geval voor:

1° assurance RC Auto: les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (ci-après "loi du 21 novembre 1989");

2° assurance Incendie: l'article 121 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (ci-après "loi du 4 avril 2014"); voir aussi l'article 9 de l'arrêté royal du 24 décembre 1992 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples;

3° assurance Vie: les articles 197/1 et 197/2 de la loi du 4 avril 2014;

4° pensions complémentaires (2° pilier): l'article 27 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires, l'article 49 de la loi-programme du 24 décembre 2002, l'article 40 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses, l'article 7 de la loi du 18 février 2018 portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires et instaurant une pension complémentaire pour les travailleurs indépendants personnes physiques, pour les conjoints aidants et pour les aidants indépendants, l'article 11 de la loi du 6 décembre 2018 instaurant une pension libre complémentaire pour les travailleurs salariés et portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires.

Il n'existe en revanche pas de disposition générale applicable à l'ensemble des branches d'assurance.

Force est de constater que la législation actuelle présente des incohérences en ce qui concerne les délais relatifs au paiement des prestations d'assurance: d'une part, elle prévoit des règles très précises, assorties de sanctions, pour un certain nombre de branches d'assurance (RC Auto, Incendie et Vie). D'autre part, les branches non visées par les dispositions en question ne sont soumises à aucune règle.

Cette situation n'est clairement pas satisfaisante pour les assurés et les personnes lésées. Afin de remédier à cette lacune, le présent projet de loi vous est soumis. Il s'articule autour des axes suivants:

1° assurances de responsabilité (p. ex. RC Vie privée, RC objective incendie et explosion dans les lieux accessibles au public): extension des règles applicables en assurance RC Auto;

2° assurances de choses (p. ex. assurances Auto dégâts matériels, Vol...): extension des règles applicables en assurance Incendie;

1° de verzekering BA Motorrijtuigen: de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (hierna "wet van 21 november 1989");

2° de brandverzekering: artikel 121 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (hierna "wet van 4 april 2014"); zie ook artikel 9 van het koninklijk besluit van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft;

3° de levensverzekering: artikelen 197/1 en 197/2 van de wet van 4 april 2014;

4° de aanvullende pensioenen (2° pijler): artikel 27 van de wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen, artikel 49 van de programmawet van 24 december 2002, artikel 40 van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen, artikel 7 van de wet van 18 februari 2018 houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen en tot instelling van een aanvullend pensioen voor de zelfstandigen actief als natuurlijk persoon, voor de meewerkende echtgenoten en voor de zelfstandige helpers en artikel 11 van de wet van 6 december 2018 tot instelling van een vrij aanvullend pensioen voor de werknemers en houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen.

Er bestaat daarentegen geen algemene bepaling die van toepassing is voor alle verzekeringstakken.

Men kan alleen maar vaststellen dat de huidige wetgeving een gebrekkige samenhang vertoont wat de betalingstermijnen voor verzekeringsprestaties betreft: enerzijds voorziet ze voor een aantal verzekeringstakken in zeer precieze regels die gepaard gaan met sancties (BA Motorrijtuigen, Brand en Leven). Anderzijds zijn de takken die niet onder deze bepalingen vallen aan geen enkele regel onderworpen.

Deze situatie laat duidelijk te wensen over voor de verzekerden en de benadeelden die schade hebben geleden. Om deze lacune te verhelpen, wordt dit wetsontwerp voorgelegd. Het is uitgewerkt op basis van de volgende assen:

1° aansprakelijkheidsverzekeringen (bijvoorbeeld BA privéleven, objectieve BA Brand en ontploffing in voor het publiek toegankelijke inrichtingen): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de verzekering BA Motorrijtuigen;

2° zaakverzekeringen (bijvoorbeeld autoverzekeringen voor materiële schade, diefstal...): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de brandverzekering;

3° autres assurances (p.ex. assurances Santé, Accidents, à l'exception de l'assurance Accidents du travail, qui est soumise à un régime légal spécifique): introduction d'une disposition générale qui prévoit que l'assureur effectue la prestation d'assurance convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin et au plus tard dans les trente jours qui suivent cette date.

La troisième catégorie est la catégorie résiduaire qui reprend les assurances qui ne sont ni de responsabilité ni de choses et qui ne font pas déjà l'objet de dispositions légales spécifiques (p.ex. assurance santé, accidents...).

Le présent projet de loi prévoit par ailleurs une adaptation de l'article 121 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances afin d'assurer la cohérence entre cet article et le régime prévu par le présent projet pour les assurances de choses.

Comme indiqué au Conseil d'État, l'avant-projet ne prévoit pas une modification des articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, car cette modification est prévue par un autre projet de loi, intitulé "Projet de loi portant modification de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs".

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 2

Modifications de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Article 2

Cette disposition s'applique aux autres assurances (p. ex. assurances Santé, Perte d'exploitation, Accidents, à l'exclusion de l'assurance Accidents du travail, qui fait l'objet d'un régime légal spécifique).

Il s'agit d'une disposition générale, inspirée de la loi luxembourgeoise du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (article 29), qui est introduite dans la loi relative aux assurances.

La loi luxembourgeoise dispose que:

3° andere verzekeringen (bijvoorbeeld gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen, uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt): invoering van een algemene bepaling die erin voorziet dat de verzekeraar de overeengekomen verzekeringsprestatie uitvoert zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt, en uiterlijk binnen dertig dagen na die datum.

De derde categorie is de restcategorie waartoe de verzekeringen behoren die aansprakelijkheidsverzekeringen noch zaakverzekeringen zijn en die niet reeds het voorwerp uitmaken van specifieke wetsbepalingen (bijvoorbeeld gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen...).

Daarnaast voorziet dit wetsontwerp in de aanpassing van artikel 121 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen om de coherentie tussen dit artikel en het in dit wetsontwerp voorziene regime voor de zaakverzekeringen te waarborgen.

Zoals aan de Raad van State meegedeeld voorziet het voorontwerp niet in een wijziging van de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, aangezien deze wijziging wordt voorzien door een ander ontwerp van wet, getiteld "Ontwerp van wet tot wijziging van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering voor motorvoertuigen".

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

HOOFDSTUK 2

Wijzigingen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Artikel 2

Deze bepaling geldt voor de andere verzekeringen (bijvoorbeeld gezondheidsverzekeringen, bedrijfsschadeverzekeringen, ongevallenverzekeringen uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt).

Dit is een algemene bepaling, geïnspireerd op de Luxemburgse wet van 27 juli 1997 betreffende de verzekeringsovereenkomst (artikel 29) en wordt ingevoegd in de wet betreffende de verzekeringen.

De Luxemburgse wet bepaalt het volgende:

1° l'assureur effectue la prestation d'assurance convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin;

2° les sommes dues sont payées dans les trente jours de leur fixation, sous peine de sanction (intérêts moratoires au taux légal).

Les précisions suivantes sont ajoutées:

1° le paragraphe 1^{er} implique que la disposition ne s'applique pas dans les cas où la question est régie par des dispositions légales particulières spécifiques;

2° le paragraphe 2 prévoit que, lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en cas de non-respect de ce délai en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er} est échu et que le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel à l'assureur par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance si l'assureur n'a pas réagi au rappel dans les onze jours.

Il est par ailleurs prévu que les montants mentionnés sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le paragraphe 2 a été complété par un alinéa 4 définissant le moment où le délai commence à courir.

1° de verzekeraar voert de overeengekomen verzekeringsprestatie uit zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt;

2° de verschuldigde sommen worden betaald binnen dertig dagen vanaf de vaststelling van hun bedrag, op straffe van een sanctie (moratoriuminteressen tegen de wettelijke interestvoet).

De volgende verduidelijkingen worden toegevoegd:

1° paragraaf 1 houdt in dat de bepaling geldt niet in de gevallen waarin de kwestie wordt geregeld door specifieke bijzondere wetsbepalingen;

2° paragraaf 2 bepaalt dat wanneer de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, is hij verplicht een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie als hij deze termijn niet naleeft.

Wanneer de termijn van drie maanden, bedoeld in het eerste lid, is verstreken en de begunstigde van de verzekeringsprestatie heeft een herinnering verzonden aan de verzekeraar per aangetekend schrijven of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, dan is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van verzending van de herinnering door de begunstigde van de verzekeringsprestatie indien de verzekeraar niet binnen de elf dagen op de herinnering reageert.

Daarnaast wordt er voorzien dat de bedragen jaarlijks op 1 januari automatisch worden geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is paragraaf 2 aangevuld met een vierde lid waarin het tijdstip waarop de termijn begint te lopen is bepaald.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, il a été clarifié que les montants dus par l'assureur devaient être payés au bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Le "bénéficiaire" de la prestation d'assurance est la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance, telle que définie à l'article 5, 18°, de la loi du 4 avril 2014.

Il n'a par contre pas été jugé utile de préciser explicitement dans le texte qu'il est interdit de compenser les montants forfaitaires payés au bénéficiaire de la prestation d'assurance avec ceux que l'assureur devra payer pour indemniser le dommage assuré. Ceci ressort en effet déjà suffisamment du mécanisme prévu, qui vise à prévoir une (sorte de) clause indemnitaire en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance lorsque l'assureur ne s'exécute pas dans un certain délai. Il est ainsi évident que les montants prévus en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance lorsque l'assureur ne s'exécute pas dans un certain délai ne peuvent pas être compensés avec le montant définitif lié à la prestation d'assurance.

La notion de "moyen équivalent" à l'envoi recommandé vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d'avoir recours à d'autres moyens de communication que l'envoi recommandé, à condition qu'ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie notamment en ce qui concerne l'identité de la personne lésée et la date de la notification. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d'identification tel qu'Itsme.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le projet de loi a été complété par une délégation au Roi Lui permettant de préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

L'assureur ne doit plus payer ce montant le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State wordt er verduidelijkt dat de door de verzekeraar verschuldigde bedragen aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie moeten worden betaald.

De "begunstigde" van de verzekeringsprestatie is degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn, zoals gedefinieerd in artikel 5, 18°, van de wet van 4 april 2014.

Er wordt niet nuttig gevonden expliciet te preciseren dat het verboden is de aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie betaalde forfaitaire bedragen in mindering te brengen op de bedragen dat de verzekeraar zal moeten betalen om de verzekerde schade te vergoeden. Dit vloeit inderdaad voldoende voort uit het voorziene mechanisme, dat beoogt in een (soort van) schadebeging te voorzien ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn. Het is zo evident dat de in het voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatievoorzien bedragen wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn niet in mindering kunnen worden gebracht op het uiteindelijke bedrag van de verzekeringsprestatie.

Het met een aangetekende zending "gelijkgesteld middel" is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende zending aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is aangekomen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen onder andere van de identiteit van de benadeelde en de kennisgevingsdatum. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is het wetsontwerp aangevuld met een delegatie aan de Koning om Hem de mogelijkheid te geven de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd, nader te bepalen.

De verzekeraar is niet meer verschuldigd dit bedrag te betalen de dag volgend op de dag van de ontvangst

l'offre motivée d'indemnisation par le bénéficiaire de la prestation d'assurance;

3° le paragraphe 4 prévoit que l'assureur paie l'incontestablement dû constaté de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation d'assurance lorsque le montant précis et définitif de la prestation d'assurance ne peut être fixé immédiatement;

4° le paragraphe 6, alinéa 2, prévoit que, lorsque le sinistre est couvert, la sanction en cas de non-respect du délai de paiement de la prestation d'assurance est fixée au double de l'intérêt légal et ce, dans un souci de parallélisme avec les autres branches d'assurances;

5° le paragraphe 7 prévoit que l'assureur ne peut demander au bénéficiaire de la prestation d'assurance que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de la prestation d'assurance.

Le texte soumis est d'application générale et vise les divers types d'assurances qui ne sont pas réglementés par des textes spécifiques, qu'elles soient de dommages ou de personnes, indemnitaires ou forfaitaires. La terminologie est adaptée en conséquence. Les termes propres aux assurances de dommages tels que "victime", "dommage" et "indemnité" sont évités. Le texte utilise en revanche les notions de "prestation d'assurance" et de "bénéficiaire de la prestation d'assurance".

Par "textes spécifiques" il y a lieu d'entendre les dispositions existantes ou futures telles que celles applicables à l'assurance RC auto (les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à l'assurance incendie ou l'assurance vie, ainsi que les situations visées par les nouvelles dispositions proposées, applicables aux assurances de responsabilité et aux assurances de choses;

6° suspension des délais dans certains cas particuliers: à l'instar de ce que prévoit l'article 121, § 3, de la loi du 4 avril 2014, relatif à l'assurance incendie, les textes disposent que les délais sont suspendus dans certaines situations, par exemple lorsque l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation d'assurance n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance, ou dans le cas d'une présomption de sinistre intentionnel, ou lorsque les délais ne peuvent être respectés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assureur et de ses mandataires communiquées par l'assureur au

door de begunstigde van de verzekeringsprestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerd betalingsvoorstel;

3° paragraaf 4 regelt dat de verzekeraar het bedrag betaalt dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de verzekeringsprestatie is vastgesteld wanneer het exacte en definitieve bedrag van de verzekeringsprestatie niet onmiddellijk kan worden vastgesteld;

4° paragraaf 6, tweede lid, bepaalt dat wanneer het schadegeval gedekt is, is de sanctie bij het niet-naleven van de betalingstermijn voor de verzekeringsprestatie vastgesteld op tweemaal de wettelijke interestvoet, om redenen van parallelisme met de andere verzekeringstakken;

5° paragraaf 7 bepaalt dat de verzekeraar aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie enkel documenten en inlichtingen mag vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de verzekeringsprestatie vast te stellen.

De voorgelegde tekst is algemeen van toepassing en betreft de verschillende soorten verzekeringen die niet door specifieke teksten geregeld worden, of het nu gaat om schade- of persoonsverzekeringen, om verzekeringen tot vergoeding van schade of tot uitkering van een vast bedrag. De terminologie is in die zin aangepast. Termen die eigen zijn aan schadeverzekeringen, zoals "slachtoffer", "schade" en "schadevergoeding", worden vermeden. Daarentegen worden in de tekst de begrippen "verzekeringsprestatie" en "begunstigde van de verzekeringsprestatie" gebruikt.

Onder "specifieke teksten" moet worden verstaan de bestaande of toekomstige bepalingen zoals deze gelden voor de verzekering BA Motorrijtuigen (de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), de brandverzekering of de levensverzekering, alsook de situaties bedoeld in de nieuwe voorgestelde bepalingen voor aansprakelijkheidsverzekeringen en zaakverzekeringen;

6° opschorting van de termijnen in bepaalde bijzondere gevallen: naar het voorbeeld van wat artikel 121, § 3, van de wet van 4 april 2014 regelt met betrekking tot de brandverzekering, bepalen de teksten dat de termijnen in bepaalde situaties worden opgeschort, bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of de begunstigde van de verzekeringsprestatie de verplichtingen die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt niet heeft vervuld op de datum van de beëindiging van de expertise, of bij een vermoeden van een opzettelijk veroorzaakt schadegeval, of wanneer de termijnen niet kunnen worden nageleefd om redenen buiten de wil van de verzekeraar

bénéficiaire de la prestation d'assurance (par exemple en cas de sinistres multiples, de sinistre très complexe, ou encore parce que l'assureur ne sait pas à qui il peut payer l'indemnité en raison d'un litige entre héritiers);

7° limitation du dispositif aux bénéficiaires directs de la prestation d'assurance: le paragraphe 9 prévoit que le système ne s'applique qu'au bénéficiaire direct de la prestation d'assurance (assuré, personne lésée, bénéficiaire...), à l'exclusion des tiers subrogés (par exemple mutuelle, autre assureur...) ainsi que des prestataires de services à qui, conformément à un mécanisme convenu, l'assureur effectue des paiements en rémunération de prestations d'assurance (p.ex. experts, médecins conseils, avocats en assurance Protection juridique).

Il ne s'applique dès lors pas non plus dans le cas d'un système de tiers-payant instauré par l'assureur en collaboration avec un prestataire de services, par exemple un hôpital en assurance santé ou un garagiste ou un carrossier en assurance Auto (Dégâts matériels ou RC). Dans ces cas, la prestation d'assurance est directement payée par l'assureur au prestataire qui a fourni le service au bénéficiaire (soins médicaux, réparation du véhicule, ...).

La facture pour ce service est adressée à l'assureur et non à l'assuré. Dans certains cas, l'assureur réclamera a posteriori au bénéficiaire le remboursement de la franchise contractuelle ainsi que des suppléments éventuels qui ne seraient pas couverts par l'assurance. Dans d'autres cas, ces montants seront réclamés au bénéficiaire par le prestataire de services.

Le système de tiers-payant est régi par les dispositions contractuelles convenues entre l'assureur et le prestataire.

Bien entendu, en cas de tiers-payant, les obligations à charge de l'assureur ne sont limitées que dans la mesure de l'intervention du tiers-payant.

Art. 3

On vise ici les assurances couvrant des choses matérielles, comme l'assurance Auto omnium (dégâts matériels), Vol, ... (à l'exclusion notamment des assurances

en zijn gemachtigden om die dan door de verzekeraar aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden meegedeeld (bijvoorbeeld bij meervoudige schadegevallen, bij zeer complexe schadegevallen of omdat de verzekeraar door een geschil tussen erfgenamen niet weet aan wie hij de vergoeding mag betalen);

7° beperking van de regeling tot de rechtstreeks begunstigten van de verzekeringsprestatie: paragraaf 9 voorziet dat het systeem enkel geldt voor de rechtstreeks begunstigde van de verzekeringsprestatie (de verzekerde, de benadeelde, de begunstigde...), met uitsluiting van gesubrogeerde derden (bijvoorbeeld het ziekenfonds, een andere verzekeraar) en van dienstverleners aan wie de verzekeraar volgens een overeengekomen mechanisme bedragen betaalt als vergoeding voor bepaalde verzekeringsprestaties (bijvoorbeeld experten, raadgevend artsen, advocaten in het kader van rechtsbijstandsverzekering).

Het geldt bijgevolg evenmin in het geval van een derdebetalersregeling die de verzekeraar in samenwerking met een dienstverlener heeft opgezet, bijvoorbeeld een ziekenhuis in het kader van een ziektekostenverzekering of een garage of carrosseriehersteller in het kader van motorrijtuigverzekeringen (stoffelijke schade of BA). In die gevallen betaalt de verzekeraar de verzekeringsprestatie rechtstreeks aan de dienstverlener die de dienst aan de begunstigde heeft verleend (medische zorg, herstelling van het voertuig, ...).

De factuur voor deze dienst wordt aan de verzekeraar gericht en niet aan de verzekerde. In sommige gevallen zal de verzekeraar a posteriori bij de begunstigde de terugbetaling vorderen van de contractuele vrijstelling en van eventuele supplementen die niet onder de dekking van de verzekering zouden vallen. In andere gevallen zal de dienstverlener deze bedragen bij de begunstigde invorderen.

De derdebetalersregeling wordt geregeld door contractuele bepalingen die zijn overeengekomen tussen de verzekeraar en de dienstverlener.

De verplichtingen ten laste van de verzekeraar worden in het geval van een derdebetalersregeling uiteraard slechts ingeperkt naargelang de tussenkomst van de derde betaler.

Art. 3

Dit artikel betreft de verzekeringen die stoffelijke zaken dekken, zoals de omniumverzekering voor auto's (stoffelijke schade), diefstal, ... (met uitsluiting van met

crédit et caution, qui sont classées parmi les assurances de choses dans la loi relative aux assurances).

Un article est inséré dans la loi du 4 avril 2014, section assurances de choses, qui reprend les principes applicables en assurance incendie en cas de couverture, à savoir (voir article 121, § 2, 2°, § 3 et § 7, de la loi du 4 avril 2014):

1° paiement de l'incontestablement dû, constaté de commun accord entre les parties, dans les trente jours de cet accord;

a) en cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. À défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Le terme "définitive" indique ici que la décision en question clôture la phase amiable du processus. Il ne signifie pas que la décision n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours en justice;

b) clôture de l'expertise ou fixation du montant du dommage dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert;

c) le principe actuellement en vigueur sur la base duquel les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison. Cela implique en pratique que ces coûts seront à charge de l'assureur dès que l'assuré aura obtenu gain de cause pour une partie – fut-elle très limitée – de sa demande. Ce n'est que dans le cas où l'assuré n'aurait rien obtenu qu'il devra prendre en charge le coût des deuxième et troisième experts. Ce dispositif se justifie par la nécessité d'éviter les contestations abusives de la part des assurés. Les assureurs sont bien entendu libres d'y déroger dans leurs contrats en prévoyant des règles plus favorables aux assurés et aux personnes lésées;

2° paiement de l'indemnité dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage;

name de krediet- en borgtochtverzekeringen, die in de wet betreffende de verzekeringen bij de zaakverzekeringen zijn ondergebracht).

Er wordt in de wet van 4 april 2014, in de afdeling zaakverzekeringen, een artikel ingevoegd dat de beginselen overneemt die in de brandverzekering van toepassing zijn in geval van dekking, namelijk (zie artikel 121, § 2, 2°, § 3 en § 7, van de wet van 4 april 2014):

1° betaling van de vergoeding die zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord;

a) in geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De term "definitieve" geeft hier aan dat de beslissing in kwestie de minnelijke fase van de procedure afsluit en houdt niet in dat er tegen de beslissing geen beroep in rechte kan worden ingesteld;

b) beëindiging van de expertise of vaststelling van het bedrag van de schade binnen negentig dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert;

c) het huidig geldend principe op basis waarvan de kosten van de door de verzekerde aangewezen expert en in voorkomend geval van de derde expert door de verzekeraar worden voorgeschoten en ten laste zijn van de partij die in het ongelijk wordt gesteld. Dit betekent in de praktijk dat deze kosten ten laste van de verzekeraar zullen zijn zodra de verzekerde voor een deel van zijn vordering, hoe beperkt ook, in het gelijk wordt gesteld. Alleen wanneer de verzekerde niets zou hebben verkregen, draagt hij zelf de kosten van de tweede en de derde expert. Deze regeling is te rechtvaardigen door de noodzaak om ongerechtvaardigde betwistingen door verzekerden te voorkomen. Uiteraard staat het verzekeraars vrij om in hun contracten hiervan af te wijken in bepalingen die gunstiger zijn voor de verzekerden en de benadeelden;

2° betaling van de schadevergoeding binnen dertig dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;

3° en cas de non-respect des délais, paiement d'une pénalité calculée au double du taux d'intérêt légal;

4° le paragraphe 2 précise que, lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en cas de non-respect de ce délai en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er} est échu et que le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel à l'assureur par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance si l'assureur n'a pas réagi au rappel dans les onze jours.

Il est par ailleurs prévu que les montants mentionnés sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le paragraphe 2 a été complété par un alinéa 4 définissant le moment où le délai commence à courir.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, il a été clarifié que les montants dus par l'assureur devaient être payés au bénéficiaire de la prestation d'assurance.

3° in geval van niet-eerbiediging van de termijnen: betaling van een boete, berekend tegen tweemaal de wettelijke interestvoet;

4° paragraaf 2 verduidelijkt dat de verzekeraar, als hij de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, een met redenen omkleed antwoord dient te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie als hij deze termijn niet naleeft.

Wanneer de termijn van drie maanden, bedoeld in het eerste lid, is verstreken en de begunstigde van de verzekeringsprestatie heeft een herinnering verzonden aan de verzekeraar per aangetekend schrijven of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, dan is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van verzending van de herinnering door de begunstigde van de verzekeringsprestatie indien de verzekeraar niet binnen de elf dagen op de herinnering reageert.

Daarnaast wordt er voorzien dat de bedragen jaarlijks op 1 januari automatisch worden geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is paragraaf 2 aangevuld met een vierde lid waarin het tijdstip waarop de termijn begint te lopen is bepaald.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State wordt er verduidelijkt dat de door de verzekeraar verschuldigde bedragen aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie moeten worden betaald.

Le “bénéficiaire” de la prestation d’assurance est la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d’assurance, telle que définie à l’article 5, 18°, de la loi du 4 avril 2014.

Il n’a par contre pas été jugé utile de préciser explicitement dans le texte qu’il est interdit de compenser les montants forfaitaires payés au bénéficiaire de la prestation d’assurance avec ceux que l’assureur devra payer pour indemniser le dommage assuré. Ceci ressort en effet déjà suffisamment du mécanisme prévu, qui vise à prévoir une (sorte de) clause indemnitaire en faveur du bénéficiaire de la prestation d’assurance lorsque l’assureur ne s’exécute pas dans un certain délai. Il est ainsi évident que les montants prévus en faveur du bénéficiaire de la prestation d’assurance lorsque l’assureur ne s’exécute pas dans un certain délai ne peuvent pas être compensés avec le montant définitif lié à la prestation d’assurance.

La notion de “moyen équivalent” à l’envoi recommandé vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d’avoir recours à d’autres moyens de communication que l’envoi recommandé, à condition qu’ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie notamment en ce qui concerne l’identité de la personne lésée et la date de la notification. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d’identification tel qu’Itsme.

À la suite de l’avis 74.020/1 du Conseil d’État du 4 octobre 2023, le projet de loi a été complété par une délégation au Roi Lui permettant de préciser les moyens de communication considérés équivalents à l’envoi recommandé.

L’assureur ne doit plus payer ce montant le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l’offre motivée d’indemnisation par le bénéficiaire de la prestation d’assurance;

5° enfin, il est prévu que l’assureur ne peut demander à l’assuré que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de l’indemnité;

6° suspension des délais dans certains cas particuliers: à l’instar de ce que prévoit l’article 121, § 3, de

De “begunstigde” van de verzekeringsprestatie is degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn, zoals gedefinieerd in artikel 5, 18°, van de wet van 4 april 2014.

Er wordt niet nuttig gevonden expliciet te preciseren dat het verboden is de aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie betaalde forfaitaire bedragen in mindering te brengen op de bedragen dat de verzekeraar zal moeten betalen om de verzekerde schade te vergoeden. Dit vloeit inderdaad voldoende voort uit het voorziene mechanisme, dat beoogt in een (soort van) schadebeging te voorzien ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn. Het is zo evident dat de in het voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatievoorziene bedragen wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn niet in mindering kunnen worden gebracht op het uiteindelijke bedrag van de verzekeringsprestatie.

Het met een aangetekende zending “gelijkgesteld middel” is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende zending aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is aangekomen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen onder andere van de identiteit van de benadeelde en de kennisgevingsdatum. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is het wetsontwerp aangevuld met een delegatie aan de Koning om Hem de mogelijkheid te geven de communicatiemiddelen, die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd, nader te bepalen.

De verzekeraar is niet meer verschuldigd dit bedrag te betalen de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de verzekeringsprestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerd betalingsvoorstel;

5° tot slot is erin voorzien dat de verzekeraar de verzekerde alleen om documenten en inlichtingen kan vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen;

6° opschorting van de termijnen in bepaalde bijzondere gevallen: naar het voorbeeld van wat artikel 121,

la loi du 4 avril 2014, relatif à l'assurance incendie, les textes disposent que les délais sont suspendus dans certaines situations, par exemple lorsque l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation d'assurance n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance, ou dans le cas d'une présomption de sinistre intentionnel, ou lorsque les délais ne peuvent être respectés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assureur et de ses mandataires communiquées par l'assureur au bénéficiaire de la prestation d'assurance (par exemple en cas de sinistres multiples, de sinistre très complexe, ou encore parce que l'assureur ne sait pas à qui il peut payer l'indemnité en raison d'un litige entre héritiers);

7° limitation du dispositif aux bénéficiaires directs de la prestation d'assurance: le système ne s'applique qu'au bénéficiaire direct de la prestation d'assurance (assuré, personne lésée, bénéficiaire...), à l'exclusion des tiers subrogés (par exemple mutuelle, autre assureur) ainsi que des prestataires de services à qui, conformément à un mécanisme convenu, l'assureur effectue des paiements en rémunération de prestation d'assurance (p.ex. experts, médecins conseils, avocats en assurance Protection juridique).

Il ne s'applique dès lors pas non plus dans le cas d'un système de tiers-payant instauré par l'assureur en collaboration avec un prestataire de services, par exemple un hôpital en assurance santé ou un garagiste ou un carrossier en assurance Auto (Dégâts matériels ou RC). Dans ces cas, la prestation d'assurance est directement payée par l'assureur au prestataire qui a fourni le service au bénéficiaire (soins médicaux, réparation du véhicule...).

La facture pour ce service est adressée à l'assureur et non à l'assuré. Dans certains cas, l'assureur réclamera *a posteriori* au bénéficiaire le remboursement de la franchise contractuelle ainsi que des suppléments éventuels qui ne seraient pas couverts par l'assurance. Dans d'autres cas, ces montants seront réclamés au bénéficiaire par le prestataire de services.

Le système de tiers-payant est régi par les dispositions contractuelles convenues entre l'assureur et le prestataire.

§ 3, van de wet van 4 april 2014 regelt met betrekking tot de brandverzekering, bepalen de teksten dat de termijnen in bepaalde situaties worden opgeschort, bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of de begunstigde van de verzekeringsprestatie de verplichtingen die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt niet heeft vervuld op de datum van de beëindiging van de expertise, of bij een vermoeden van een opzettelijk veroorzaakt schadegeval, of wanneer de termijnen niet kunnen worden nageleefd om redenen buiten de wil van de verzekeraar en zijn gemachtigden om die dan door de verzekeraar aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden meegedeeld (bijvoorbeeld bij meervoudige schadegevallen, bij zeer complexe schadegevallen of omdat de verzekeraar door een geschil tussen erfgenamen niet weet aan wie hij de vergoeding mag betalen);

7° beperking van de regeling tot de rechtstreeks begunstigten van de verzekeringsprestatie: het systeem geldt enkel voor de rechtstreeks begunstigde van de verzekeringsprestatie (de verzekerde, de benadeelde, de begunstigde...), met uitsluiting van gesubrogeerde derden (bijvoorbeeld het ziekenfonds, een andere verzekeraar) en van dienstverleners aan wie de verzekeraar volgens een overeengekomen mechanisme bedragen betaalt als vergoeding voor bepaalde verzekeringsprestaties (bijvoorbeeld experten, raadgevend artsen, advocaten in het kader van rechtsbijstandsverzekering).

Het geldt bijgevolg evenmin in het geval van een derdebetalersregeling die de verzekeraar in samenwerking met een dienstverlener heeft opgezet, bijvoorbeeld een ziekenhuis in het kader van een ziektekostenverzekering of een garage of carrosseriehersteller in het kader van motorrijtuigverzekeringen (stoffelijke schade of BA). In die gevallen betaalt de verzekeraar de verzekeringsprestatie rechtstreeks aan de dienstverlener die de dienst aan de begunstigde heeft verleend (medische zorg, herstelling van het voertuig...).

De factuur voor deze dienst wordt aan de verzekeraar gericht en niet aan de verzekerde. In sommige gevallen zal de verzekeraar *a posteriori* bij de begunstigde de terugbetaling vorderen van de contractuele vrijstelling en van eventuele supplementen die niet onder de dekking van de verzekering zouden vallen. In andere gevallen zal de dienstverlener deze bedragen bij de begunstigde invorderen.

De derdebetalersregeling wordt geregeld door contractuele bepalingen die zijn overeengekomen tussen de verzekeraar en de dienstverlener.

Bien entendu, en cas de tiers-payant, les obligations à charge de l'assureur ne sont limitées que dans la mesure de l'intervention du tiers-payant.

Art. 4

L'article 121 de la loi du 4 avril 2014 est modifié afin d'établir une correspondance entre cet article et le nouvel article 111/1 inséré par la présente loi. Les modifications concernent notamment les sanctions prévues.

Il est par ailleurs prévu que les montants mentionnés sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le paragraphe 8 a été complété par un alinéa 4 définissant le moment où le délai commence à courir.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, il a été clarifié que les montants dus par l'assureur devaient être payés au bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Le "bénéficiaire" de la prestation d'assurance est la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance, telle que définie à l'article 5, 18°, de la loi du 4 avril 2014.

Il n'a par contre pas été jugé utile de préciser explicitement dans le texte qu'il est interdit de compenser les montants forfaitaires payés au bénéficiaire de la prestation d'assurance avec ceux que l'assureur devra payer pour indemniser le dommage assuré. Ceci ressort en effet déjà suffisamment du mécanisme prévu, qui vise à prévoir une (sorte de) clause indemnitaire en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance lorsque l'assureur ne s'exécute pas dans un certain délai. Il est ainsi évident que les montants prévus en faveur

De verplichtingen ten laste van de verzekeraar worden in het geval van een derdebetalersregeling uiteraard slechts ingeperkt naargelang de tussenkomst van de derde betaler.

Art. 4

Artikel 121 van de wet van 4 april 2014 wordt aangepast om overeenstemming te hebben tussen het artikel 121 en het nieuwe artikel 111/1 ingevoegd door deze wet. De wijzigingen hebben met name betrekking op de sancties waarin is voorzien.

Daarnaast wordt er voorzien dat de bedragen jaarlijks op 1 januari automatisch worden geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is paragraaf 8 aangevuld met een vierde lid waarin het tijdstip waarop de termijn begint te lopen is bepaald.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State wordt er verduidelijkt dat de door de verzekeraar verschuldigde bedragen aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie moeten worden betaald.

De "begunstigde" van de verzekeringsprestatie is degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn, zoals gedefinieerd in artikel 5, 18°, van de wet van 4 april 2014.

Er wordt niet nuttig gevonden expliciet te preciseren dat het verboden is de aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie betaalde forfaitaire bedragen in mindering te brengen op de bedragen dat de verzekeraar zal moeten betalen om de verzekerde schade te vergoeden. Dit vloeit inderdaad voldoende voort uit het voorziene mechanisme, dat beoogt in een (soort van) schadebeging te voorzien ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn. Het is zo

du bénéficiaire de la prestation d'assurance lorsque l'assureur ne s'exécute pas dans un certain délai ne peuvent pas être compensés avec le montant définitif lié à la prestation d'assurance.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le projet de loi a été complété par une délégation au Roi Lui permettant de préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023 le champ d'application matériel du nouveau paragraphe 8 de l'article 121 a été clarifié. Il est ainsi précisé que le paragraphe 8 ne s'applique pas aux risques simples déterminés par le Roi conformément à l'article 121, § 2.

Art. 5 à 9

Des dispositions sont insérées dans la section "Assurances de la responsabilité" de la loi du 4 avril 2014. Elles reprennent les lignes de force de la réglementation applicable en assurance RC Auto (articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à savoir:

1° présentation d'une offre d'indemnisation motivée dans les trois mois qui suivent la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation lorsque:

- a) le sinistre entre dans le périmètre de la garantie prévue par le contrat d'assurance;
- b) la responsabilité n'est pas contestée;
- c) le dommage n'est pas contesté et a été quantifié;

2° présentation dans ce délai d'une offre d'avance si, dans les conditions mentionnées ci-avant, le dommage n'est pas entièrement quantifié. Le présent projet a adapté et clarifié le libellé du texte de la loi RC Auto, notamment en ce qui concerne les avances en cas de dommage corporel. Il implique une bonne information de l'assureur par la personne lésée en ce qui concerne par exemple les versements éventuels que cette dernière aurait reçus de la part d'autres intervenants tels que l'assureur accidents du travail ou la mutuelle.

evident dat de in het voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatievoorzien bedragen wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn niet in mindering kunnen worden gebracht op het uiteindelijke bedrag van de verzekeringsprestatie.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is het wetsontwerp aangevuld met een delegatie aan de Koning om Hem de mogelijkheid te geven de communicatiemiddelen, die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd, nader te bepalen.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State wordt het materieel toepassingsgebied van de nieuwe paragraaf 8 van artikel 121 verduidelijkt. Er wordt zo gepreciseerd dat paragraaf 8 namelijk niet van toepassing is op de eenvoudige risico's die de Koning overeenkomstig artikel 121, § 2, heeft bepaald.

Art. 5 tot 9

Er worden bepalingen ingevoegd in de afdeling "Aansprakelijkheidsverzekeringen" van de wet van 4 april 2014. Deze nemen de krachtlijnen over van de toepasselijke regelgeving voor de verzekering BA Motorrijtuigen (artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), namelijk:

1° voorlegging van een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding binnen drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, wanneer:

- a) het schadegeval binnen de perimeter valt van de waarborg waarin de verzekeringsovereenkomst voorziet;
- b) de aansprakelijkheid niet wordt betwist;
- c) de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd;

2° voorlegging binnen deze termijn van een voorstel tot voorschot wanneer de schade, onder de hierboven genoemde voorwaarden, niet volledig gekwantificeerd werd. Dit ontwerp heeft de formulering van de tekst in de wet BA Motorrijtuigen aangepast en verduidelijkt, in het bijzonder wat betreft de voorschotten in geval van lichamelijke letsels. Het impliceert dat de verzekeraar correct door de benadeelde wordt geïnformeerd over bijvoorbeeld eventuele stortingen die deze laatste zou hebben ontvangen van andere tussenkomende partijen, zoals de arbeidsongevallenverzekeraar of het ziekenfonds.

Bien entendu, l'assureur ne pourra pas profiter de ces avances pour demander que soient signées des quittances pour solde de compte, chaque quittance devant se comprendre sous toutes réserves généralement quelconques et sans aucune renonciation ou reconnaissance de la part de la personne lésée;

3° possibilité d'introduire une nouvelle demande auprès de l'assureur au plus tôt six mois après la demande précédente et ce, sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur le dommage et son évolution;

4° l'assureur ne peut demander à la personne lésée que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de l'indemnité;

5° le texte précise en outre que l'assureur prend en considération les rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. Il communique spontanément à la personne lésée, dans un souci de transparence, les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale (pour autant qu'un tel rapport soit disponible), en précisant clairement qu'il s'agit d'un rapport unilatéral et provisoire, et en incitant la personne lésée à s'informer sur ce à quoi elle a droit.

Des avances (ou provisions), calculées sur la base de ce rapport provisoire et des pièces dont dispose l'assureur, sont payées par ce dernier dans les délais prévus par la loi (voir ci-dessus) et ce, sans attendre les conclusions de l'expertise contradictoire. Elles visent notamment à couvrir l'"incontestablement dû", soit le préjudice déjà subi par la victime (p.ex. pertes de salaires) ainsi que le préjudice futur le plus probable pour les trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation;

6° paiement d'un montant complémentaire calculé au taux d'intérêt légal, si aucune offre d'indemnisation ou d'avance n'est présentée dans ce délai de trois mois, ou à défaut de paiement dans les trente jours suivant la réception de l'acceptation de l'offre, ou encore si le montant de l'offre est manifestement insuffisant; concrètement, l'assureur devra payer deux fois l'intérêt légal pour le retard, une fois sur la base des règles de droit commun, et une seconde fois au titre de sanction complémentaire;

7° en cas de contestation de la couverture, des responsabilités ou du dommage, ou si ce dernier n'est pas

Uiteraard mag de verzekeraar van deze voorschot-regeling geen gebruikmaken om kwitanties voor saldo van rekening te laten ondertekenen; elke kwitantie dient te worden gezien als zijnde onder alle voorbehoud en zonder enige verzaking of erkenning door de benadeelde;

3° de mogelijkheid om ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek bij de verzekeraar in te dienen, en dit op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan;

4° de verzekeraar mag aan de benadeelde enkel documenten en inlichtingen vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen;

5° de tekst verduidelijkt bovendien dat de verzekeraar de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, medische expertiseverlagen in aanmerking neemt. Om transparantieredenen deelt hij de conclusies van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise spontaan aan de benadeelde mee (indien een dergelijk verslag beschikbaar is), waarbij hij duidelijk vermeldt dat het om een unilateraal en voorlopig verslag gaat en de benadeelde aanmoedigt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

Voorschotten berekend op basis van dit voorlopige verslag en van stukken waarover de verzekeraar beschikt, worden door deze laatste betaald binnen de wettelijk bepaalde termijnen (zie hierboven), en dit zonder de conclusies van de tegensprekelijke expertise af te wachten. Ze hebben met name tot doel het "onbetwistbaar verschuldigde bedrag" te dekken, namelijk de reeds door het slachtoffer geleden schade (bijvoorbeeld loonverlies) alsook het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst voor de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend;

6° de betaling van een bijkomend bedrag, berekend tegen de wettelijke interestvoet, indien er geen voorstel tot schadevergoeding of tot voorschot is voorgelegd binnen die termijn van drie maanden, of wanneer het bedrag niet betaald wordt binnen dertig dagen die volgen op de ontvangst van de aanvaarding van dit voorstel, of wanneer het bedrag in het voorstel kennelijk ontoereikend is; concreet moet de verzekeraar wegens de vertraging tweemaal de wettelijke interestvoet betalen, eenmaal op basis van de gemeenrechtelijke regels en een tweede maal als bijkomende sanctie;

7° bij een betwisting van de dekking, de aansprakelijkheden of de schade, of als de schade niet gekwantificeerd

quantifié, formulation dans les trois mois de la demande d'indemnisation d'une réponse motivée aux éléments invoqués par la personne lésée. Le paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en cas de non-respect de ce délai est prévu en faveur de la personne lésée.

Lorsque le délai de trois mois visé à l'article 145/3, § 2, alinéa 1^{er}, est échu et que la personne lésée a envoyé un rappel à l'assureur par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur de la personne lésée à partir du jour de l'envoi du rappel par la personne lésée si l'assureur n'a pas réagi au rappel dans les onze jours.

Il est par ailleurs prévu que les montants mentionnés sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, le paragraphe 2 a été complété par un alinéa 3 définissant le moment où le délai commence à courir.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 2 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par la personne lésée, sauf preuve contraire de l'assureur.

À la suite de l'avis 74.020/1 du Conseil d'État du 4 octobre 2023, il a été clarifié que les montants dus par l'assureur devaient être payés à la personne lésée.

Il n'a par contre pas été jugé utile de préciser explicitement dans le texte qu'il est interdit de compenser les montants forfaitaires payés à la personne lésée avec ceux que l'assureur devra payer pour indemniser le dommage assuré. Ceci ressort en effet déjà suffisamment du mécanisme prévu, qui vise à prévoir une (sorte de) clause indemnitaire en faveur de la personne lésée lorsque l'assureur ne s'exécute pas dans un certain délai. Il est ainsi évident que les montants prévus en faveur de la personne lésée lorsque l'assureur ne s'exécute pas

werd: formulering, binnen drie maanden na de indiening van het verzoek tot schadevergoeding, van een met redenen omkleed antwoord op de elementen die de benadeelde aanhaalt. De betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro wordt voorzien ten voordele van de benadeelde als deze termijn niet nageleefd wordt.

Wanneer de termijn van drie maanden, bedoeld in artikel 145/3, § 2, eerste lid, is verstreken en de benadeelde heeft een herinnering verzonden aan de verzekeraar per aangetekend schrijven of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, dan is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de benadeelde vanaf de dag van verzending van de herinnering door de benadeelde indien de verzekeraar niet binnen de elf dagen op de herinnering reageert.

Daarnaast wordt er voorzien dat de bedragen jaarlijks op 1 januari automatisch worden geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is paragraaf 2 aangevuld met een derde lid waarin het tijdstip waarop de termijn begint te lopen is bepaald.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de benadeelde de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State wordt er verduidelijkt dat de door de verzekeraar verschuldigde bedragen aan de benadeelde moeten worden betaald.

Er wordt niet nuttig gevonden expliciet te preciseren dat het verboden is de aan de benadeelde betaalde forfaitaire bedragen in mindering te brengen op de bedragen dat de verzekeraar zal moeten betalen om de verzekerde schade te vergoeden. Dit vloeit inderdaad voldoende voort uit het voorziene mechanisme, dat beoogt in een (soort van) schadebeging te voorzien ten voordele van de benadeelde wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn. Het is zo evident dat de in het voordele van de benadeelde

dans un certain délai ne peuvent pas être compensés avec le montant définitif lié à la prestation d'assurance.

La notion de “moyen équivalent” à l’envoi recommandé vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d’avoir recours à d’autres moyens de communication que l’envoi recommandé, à condition qu’ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie notamment en ce qui concerne l’identité de la personne lésée et la date de la notification. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d’identification tel qu’Itsme.

À la suite de l’avis 74.020/1 du Conseil d’État du 4 octobre 2023, le projet de loi a été complété par une délégation au Roi Lui permettant de préciser les moyens de communication considérés équivalents à l’envoi recommandé.

L’assureur ne doit plus payer ce montant le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l’offre motivée d’indemnisation par la personne lésée;

8° la motivation ne peut être de pure forme. Elle peut s’appuyer sur:

- a) le fait que le sinistre n’est pas couvert par le contrat;
- b) la contestation de la responsabilité de l’assuré ou du dommage;
- c) le fait que les informations et documents communiqués par l’assuré sont incomplets;
- d) le fait que l’assureur ne sait pas à qui il doit payer l’indemnité (p.ex. en cas de litige entre les ayants-droits à la suite du décès de la personne lésée);
- e) ...;

9° suspension des délais dans certains cas particuliers: à l’instar de ce que prévoit l’article 121, § 3, de la loi du 4 avril 2014, relatif à l’assurance incendie, il est prévu que les délais sont suspendus dans certaines situations, par exemple lorsque l’assuré ou la personne lésée n’a pas exécuté, à la date de clôture de l’expertise, les obligations

voorziene bedragen wanneer de verzekeraar zich niet uitvoert binnen een bepaalde termijn niet in mindering kunnen worden gebracht op het uiteindelijke bedrag van de verzekeringsprestatie.

Het met een aangetekende zending “gelijkgesteld middel” is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende zending aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is aangekomen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen onder andere van de identiteit van de benadeelde en de kennisgevingsdatum. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme.

Naar aanleiding van het advies 74.020/1 van 4 oktober 2023 van de Raad van State is het wetsontwerp aangevuld met een delegatie aan de Koning om Hem de mogelijkheid te geven de communicatiemiddelen, die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd, nader te bepalen.

De verzekeraar is niet meer verschuldigd dit bedrag te betalen de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerd betalingsvoorstel;

8° de motivering mag niet louter vormelijk zijn. Zij kan op de volgende zaken berusten:

- a) het feit dat de overeenkomst het schadegeval niet dekt;
- b) de betwisting van de aansprakelijkheid van de verzekerde of van de schade;
- c) de onvolledigheid van de door de verzekerde verstrekte informatie en documenten;
- d) het feit dat de verzekeraar niet weet aan wie hij de vergoeding moet betalen (bijvoorbeeld bij een geschil tussen rechthebbenden na het overlijden van de benadeelde);
- e) ...;

9° opschorting van de termijnen in bepaalde bijzondere gevallen: naar het voorbeeld van wat artikel 121, § 3, van de wet van 4 april 2014 regelt met betrekking tot de brandverzekering, wordt er voorzien dat de termijnen in bepaalde situaties worden opgeschort, bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of de benadeelde de verplichtingen

mises à sa charge par le contrat d'assurance, ou dans le cas d'une présomption de sinistre intentionnel, ou lorsque les délais ne peuvent être respectés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assureur et de ses mandataires communiquées par l'assureur à la personne lésée (p. ex. en cas de sinistres multiples, de sinistre très complexe, ou encore parce que l'assureur ne sait pas à qui il peut payer l'indemnité en raison d'un litige entre héritiers);

10° limitation du dispositif aux personnes lésées.

Il ne s'applique dès lors pas non plus dans le cas d'un système de tiers-payant instauré par l'assureur en collaboration avec un prestataire de services, par exemple un hôpital en assurance santé ou un garagiste ou un carrossier en assurance Auto (Dégâts matériels ou RC). Dans ces cas, la prestation d'assurance est directement payée par l'assureur au prestataire qui a fourni le service à la personne lésée (soins médicaux, réparation du véhicule...).

La facture pour ce service est adressée à l'assureur et non à l'assuré. Dans certains cas, l'assureur réclamera a posteriori à la personne lésée le remboursement de la franchise contractuelle ainsi que des suppléments éventuels qui ne seraient pas couverts par l'assurance. Dans d'autres cas, ces montants seront réclamés à la personne lésée par le prestataire de services.

Le système de tiers-payant est régi par les dispositions contractuelles convenues entre l'assureur et le prestataire.

Bien entendu, en cas de tiers-payant, les obligations à charge de l'assureur ne sont limitées que dans la mesure de l'intervention du tiers-payant.

CHAPITRE 3

Entrée en vigueur

Art. 10

Les changements proposés ici nécessiteront notamment des adaptations pratiques importantes dans le chef des entreprises d'assurances: process internes, développements informatiques, documents contractuels. Il convient dès lors de prévoir un délai raisonnable pour permettre aux assureurs de se préparer.

die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt niet heeft vervuld op de datum van de beëindiging van de expertise, of bij een vermoeden van een opzettelijk veroorzaakt schadegeval, of wanneer de termijnen niet kunnen worden nageleefd om redenen buiten de wil van de verzekeraar en zijn gemachtigden om die dan door de verzekeraar aan de benadeelde worden meegedeeld (bijvoorbeeld bij meervoudige schadegevallen, bij zeer complexe schadegevallen of omdat de verzekeraar door een geschil tussen erfgenamen niet weet aan wie hij de vergoeding mag betalen);

10° beperking van de regeling tot benadeelden.

Het geldt bijgevolg evenmin in het geval van een derdebetalersregeling die de verzekeraar in samenwerking met een dienstverlener heeft opgezet, bijvoorbeeld een ziekenhuis in het kader van een ziektekostenverzekering of een garage of carrosseriehersteller in het kader van motorrijtuigverzekeringen (stoffelijke schade of BA). In die gevallen betaalt de verzekeraar de verzekeringsprestatie rechtstreeks aan de dienstverlener die de dienst aan de benadeelde heeft verleend (medische zorg, herstelling van het voertuig...).

De factuur voor deze dienst wordt aan de verzekeraar gericht en niet aan de verzekerde. In sommige gevallen zal de verzekeraar a posteriori bij de benadeelde de terugbetaling vorderen van de contractuele vrijstelling en van eventuele supplementen die niet onder de dekking van de verzekering zouden vallen. In andere gevallen zal de dienstverlener deze bedragen bij de benadeelde invorderen.

De derdebetalersregeling wordt geregeld door contractuele bepalingen die zijn overeengekomen tussen de verzekeraar en de dienstverlener.

De verplichtingen ten laste van de verzekeraar worden in het geval van een derdebetalersregeling uiteraard slechts ingeperkt naargelang de tussenkomst van de derde betaler.

HOOFDSTUK 3

Inwerkingtreding

Art. 10

De hier voorgestelde wijzigingen vereisen met name aanzienlijke technische aanpassingen bij de verzekeringsondernemingen: interne processen, informatica-ontwikkelingen, contractuele documenten. Men dient hiervoor dan ook een redelijke termijn te hanteren, zodat de verzekeraars zich kunnen voorbereiden.

Les nouvelles dispositions légales entreront ainsi en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Elles ne s'appliqueront qu'aux demandes d'indemnisation introduites à partir de la date d'entrée en vigueur, soit le premier jour du sixième mois suivant celui de la publication de la loi au *Moniteur belge*.

Le ministre de l'Économie,

Pierre-Yves Dermagne

De nieuwe wetsbepalingen gaan dan ook in werking treden op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze zijn bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Ze zullen slechts van toepassing zijn op de verzoeken tot schadevergoeding die zijn ingediend vanaf de datum van inwerkingtreding ervan, zijnde de eerste dag van de zes maand na die waarin de wet is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

De minister van Economie,

Pierre-Yves Dermagne

AVANT-PROJET DE LOI**soumis à l'avis du Conseil d'État****Avant-projet de loi concernant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance****Chapitre 1^{er}. Disposition introductive**

Article 1^{er}. Cette loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Chapitre 2. Modifications de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Art. 2. Dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, il est inséré un article 73/1, rédigé comme suit:

“Paiement d'une prestation d'assurance et sanctions

Art. 73/1. § 1^{er}. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 111/1, 121, 145/1 à 145/5, 197/1 et 197/2 de la présente loi, ainsi que les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

§ 2. Lorsqu'une personne présente une demande de paiement d'une prestation d'assurance à la suite d'un sinistre mais que l'assureur conteste la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation a envoyé un rappel, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les quatorze jours.

La somme visée à l'alinéa 3 cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement chaque année selon l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

VOORONTWERP VAN WET**onderworpen aan het advies van de Raad van State****Voorontwerp van wet betreffende de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar****Hoofdstuk 1. Inleidende bepaling**

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Art. 2. In de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen wordt een artikel 73/1 ingevoegd, luidende:

“Betaling van een verzekeringsprestatie en sancties

Art. 73/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 111/1, 121, 145/1 tot en met 145/5, 197/1 en 197/2 van deze wet, alsook de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

§ 2. Wanneer iemand naar aanleiding van een schadegeval een verzoek tot betaling van een verzekeringsprestatie indient maar de verzekeraar de dekking van dit schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen.

Wanneer de begunstigde van de prestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag verterend vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen veertien dagen op de herinnering heeft geantwoord.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de prestatie van het met redenen omkleed antwoord of het gemotiveerde betalingsvoorstel.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks automatisch geïndexeerd op basis van het indexcijfer van de consumptieprijsen.

§ 3. L'assureur effectue la prestation convenue dans le délai prévu au paragraphe 6 à compter du moment où:

1° il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin; et

2° aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne:

a) la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance;

b) le montant de la prestation due.

§ 4. Lorsque le montant définitif de la prestation est contesté, l'assureur paie la partie de la prestation incontestablement due constatée de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation dans le délai prévu au paragraphe 6.

§ 5. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 6. Les sommes dues sont payées dans les trente jours de leur fixation.

La partie de la prestation qui n'est pas versée dans le délai visé à l'alinéa 1^{er} porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 7. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 8. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 6 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit au bénéficiaire de la prestation les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

§ 9. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation."

Art. 3. Dans le titre III, chapitre 2, section 1^{re}, sous-section 4, de la même loi, il est inséré un article 111/1 rédigé comme suit:

§ 3. De verzekeraar voert de overeengekomen prestatie uit binnen de termijn waarin paragraaf 6 voorziet vanaf het moment waarop:

1° hij over alle hiertoe redelijkerwijs benodigde elementen beschikt; en

2° er geen enkele betwisting meer bestaat betreffende:

a) de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst;

b) het bedrag van de verschuldigde prestatie.

§ 4. Wanneer het definitieve bedrag van de prestatie betwist wordt, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de prestatie dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de prestatie is vastgesteld binnen de termijn bepaald in paragraaf 6.

§ 5. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 6. De verschuldigde bedragen worden betaald binnen dertig dagen na hun vaststelling.

Het gedeelte van de prestatie dat niet binnen de in het eerste lid bedoelde termijn wordt betaald, brengt van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop de termijn verstrijkt tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 7. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 8. De termijnen waarin paragraaf 2 en 6 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de begunstigde van de prestatie schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

§ 9. Dit artikel is van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie."

Art. 3. In titel III, hoofdstuk 2, afdeling I, onderafdeling 4, van dezelfde wet wordt een artikel 111/1 ingevoegd, luidende:

“Paiement d’une demande d’indemnisation et sanctions

Art. 111/1. § 1^{er}. Le présent article s’applique à défaut d’autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment l’article 121 de la présente loi.

§ 2. Lorsque l’assuré présente une demande d’indemnisation mais que l’assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d’assurance, l’assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n’est donnée dans le délai de trois mois visé à l’alinéa 1^{er}, l’assureur est tenu de plein droit au paiement d’une somme forfaitaire de 300 euros.

Lorsque, après l’expiration du délai de trois mois visé à l’alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation a envoyé un rappel, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l’assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d’une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l’envoi du rappel s’il n’a pas répondu au rappel dans les quatorze jours.

La somme visée à l’alinéa 3 cesse d’être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l’offre motivée d’indemnisation par l’assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement chaque année selon l’évolution de l’indice des prix à la consommation.

§ 3. Pour autant qu’il n’y ait pas de contestation sur la couverture du sinistre par le contrat d’assurance, l’assureur paie la partie de l’indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord.

En cas de contestation du montant de l’indemnité, l’assuré désigne un expert qui fixera le montant de l’indemnité en concertation avec l’expert désigné par l’assureur. À défaut d’un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l’indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l’expert désigné par l’assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l’assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n’a pas été donné raison.

La clôture de l’expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l’assuré a informé l’assureur de la désignation de son expert.

“Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties

Art. 111/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name artikel 121 van deze wet.

§ 2. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen.

Wanneer de begunstigde van de prestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag vertraging vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen veertien dagen op de herinnering heeft geantwoord.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks automatisch geïndexeerd op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen.

§ 3. Voor zover de dekking van het schadegeval door de overeenkomst niet wordt betwist, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord.

In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experten een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experten genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in voorkomend geval de derde expert worden voorgeschoten door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert.

L'indemnité doit être payée dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

§ 4. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 3 sont suspendus dans les cas suivants:

1° l'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée par l'assureur dès que possible et, en cas d'expertise, au plus tard dans les trente jours de la clôture de celle-ci. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° l'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2.

§ 5. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 3, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 6. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 7. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 8. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation."

De schadevergoeding moet betaald worden binnen dertig dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag.

§ 4. De termijnen waarin paragraaf 2 en 3 voorzien, worden opgeschort in de volgende gevallen:

1° de verzekerde heeft op de datum van de beëindiging van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet door de verzekeraar worden geformuleerd zodra dit mogelijk is, en in het geval van een expertise uiterlijk binnen dertig dagen na de beëindiging ervan. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling gebeuren binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis heeft genomen van de conclusies van het genoemde dossier;

3° de verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de beëindiging van de expertise of de raming van de schade bedoeld in paragraaf 2 beletten.

§ 5. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld in paragraaf 3, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 6. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 7. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 8. Dit artikel is slechts van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie."

Art. 4. Dans l'article 121 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 3, le 2°, les mots "Il s'agit d'un vol ou" sont abrogés;

2° l'article est complété par les paragraphes 8, 9 et 10, rédigés comme suit:

"§ 8. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation a envoyé un rappel, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les quatorze jours.

La somme visée à l'alinéa 3 cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement chaque année selon l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

§ 9. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 10. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte."

Art. 5. Dans la même loi, il est inséré un article 145/1 rédigé comme suit:

"Champ d'application du paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions en cas de couverture de responsabilité

Art. 145/1. Les articles 145/2 à 145/5 s'appliquent aux dommages subis par des personnes lésées qui sont des personnes physiques ou des personnes morales.

Art. 4. In artikel 121 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 3, de bepaling onder 2°, worden de woorden "Het gaat over een diefstal of" opgeheven;

2° het artikel wordt aangevuld met de paragrafen 8, 9 en 10, luidende:

"§ 8. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen.

Wanneer de begunstigde van de prestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag vertraging vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen veertien dagen op de herinnering heeft geantwoord.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks automatisch geïndexeerd op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen.

§ 9. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 10. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten."

Art. 5. In dezelfde wet wordt een artikel 145/1 ingevoegd, luidende:

"Toepassingsgebied van de betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties in het geval van de aansprakelijkheidsdekking

Art. 145/1. De artikelen 145/2 tot en met 145/5 zijn van toepassing voor schade geleden door benadeelden die natuurlijke personen of rechtspersonen zijn.

Ils s'appliquent à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs."

Art. 6. Dans la même loi, il est inséré un article 145/2 rédigé comme suit:

"Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions

Art. 145/2. § 1^{er}. Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée,

2° la responsabilité n'est pas contestée,

3° et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'assureur ou son mandataire chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

§ 2. La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution.

Cette demande est soumise aux règles énoncées au paragraphe 1^{er}.

§ 3. Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le

Zij gelden bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen."

Art. 6. In dezelfde wet wordt een artikel 145/2 ingevoegd, luidende:

"Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties

Art. 145/2. § 1. Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen wanneer:

1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst niet wordt betwist,

2° de aansprakelijkheid niet wordt betwist,

3° en de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeraar of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken of nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2. De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

Dit verzoek is onderworpen aan de regels die zijn bepaald in paragraaf 1.

§ 3. Indien geen voorstel is voorgelegd binnen de in paragraaf 1, eerste lid bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot

juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où la somme a été versée à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} au jour du jugement ou de l'arrêt.

§ 4. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 5. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes."

Art. 7. Dans la même loi, il est inséré un article 145/3 rédigé comme suit:

"Sanctions en cas d'absence de réponse motivée en cas de contestation

Art. 145/3. § 1^{er}. Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,

2° la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie, ou que

3° le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de in paragraaf 1, eerste lid bedoelde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van de in paragraaf 1, eerste lid bedoelde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

§ 4. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 5. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn."

Art. 7. In dezelfde wet wordt een artikel 145/3 ingevoegd, luidende:

"Sancties in het geval van ontbreken van een met redenen omkleed antwoord in het geval van betwisting

Art. 145/3. § 1. Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:

1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst wordt betwist,

2° de aansprakelijkheid wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld, of

3° de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

§ 2. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation a envoyé un rappel, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les quatorze jours.

La somme visée à l'alinéa 2 cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

Les montants mentionnés aux alinéas 1^{er} et 2 sont indexés automatiquement chaque année selon l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Art. 8. Dans la même loi, il est inséré un article 145/4 rédigé comme suit:

“Suspension des délais

Art. 145/4. Les délais prévus aux articles 145/2 et 145/3 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit à la personne lésée les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.”

Art. 9. Dans la même loi, il est inséré un article 145/5 rédigé comme suit:

“Limitations au champ d'application

Art. 145/5. Les articles 145/2 et 145/3 s'appliquent lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement à la personne lésée. Ils ne s'appliquent pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.”

dient de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

§ 2. Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in paragraaf 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen.

Wanneer de begunstigde van de prestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag vertraging vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen veertien dagen op de herinnering heeft geantwoord.

Het bedrag, bedoeld in het tweede lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks automatisch geïndexeerd op basis van het indexcijfer van de consumptieprijzen.

Art. 8. In dezelfde wet wordt een artikel 145/4 ingevoegd, luidende:

“Opschorting van de termijnen

Art. 145/4. De termijnen waarin de artikelen 145/2 en 145/3 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de benadeelde schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.”

Art. 9. In dezelfde wet wordt een artikel 145/5 ingevoegd, luidende:

“Beperkingen van het toepassingsgebied

Art. 145/5. De artikelen 145/2 en 145/3 zijn van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de benadeelde worden gedaan. Zij gelden niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt gestort volgens een met deze dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.”

Chapitre 3. Entrée en vigueur

Art. 10. La présente loi entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Elle s'applique aux demandes d'indemnisation introduites à partir de cette date.

Hoofdstuk 3. Inwerkingtreding

Art. 10. Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Zij is van toepassing op de verzoeken tot schadevergoeding die vanaf deze datum zijn ingediend.

Analyse d'impact de la réglementation

RiA-AiR

- :: Remplissez de préférence le formulaire en ligne ria-air.fed.be
- :: Contactez le Helpdesk si nécessaire ria-air@premier.fed.be
- :: Consultez le manuel, les FAQ, etc. www.simplification.be

Fiche signalétique

Auteur .a.

Membre du Gouvernement compétent	Monsieur le Vice-Premier ministre et Ministre de l'Economie et du Travail Pierre-Yves Dermagne
Contact cellule stratégique (nom, email, tél.)	Remi Janssens, Remi.JANSSENS@dermagne.fed.be , +32 2 207 16 57
Administration compétente	Service Public Fédérale Economie, Classes Moyennes, P.M.E. et Energie
Contact administration (nom, email, tél.)	Katlijn Hermans, law@economie.fgov.be , +32 2 277 69 03

Projet .b.

Titre du projet de réglementation	Avant-projet de loi relative aux délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance	
Description succincte du projet de réglementation en mentionnant l'origine réglementaire (traités, directive, accord de coopération, actualité, ...), les objectifs poursuivis et la mise en œuvre.	Le projet de loi vise à réglementer les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurances, car actuellement seules certaines branches d'assurance imposent des délais d'indemnisation. Dans l'optique de la protection des consommateurs, il semble souhaitable d'introduire un cadre légal général pour le règlement des sinistres. L'on peut par ailleurs lire ce qui suit dans la note de politique générale Économie du 4 novembre 2020: « Diverses voix dans le domaine des assurances se sont élevées en faveur d'une indemnisation plus rapide (...). Par ailleurs, conformément à la recommandation de l'Ombudsman des assurances, un encadrement légal de l'indemnisation des sinistres assorti de sanctions sera examiné. ».	
Analyses d'impact déjà réalisées	☐ Oui ☒ Non	Si oui, veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document : _ _

Consultations sur le projet de réglementation .c.

Consultations obligatoires, facultatives ou informelles :	La Commission des assurances a rendu un avis sur le sujet en date du 23 décembre 2022 (DOC/C2022/8).
---	--

Sources utilisées pour effectuer l'analyse d'impact .d.

Statistiques, documents de référence, organisations et personnes de référence :	_ _
---	-----

Date de finalisation de l'analyse d'impact .e.

Formulaire AIR - v2 – oct. 2014

Le 1er juin 2023

Quel est l'impact du projet de réglementation sur ces 21 thèmes ?



Un projet de réglementation aura généralement des impacts sur un nombre limité de thèmes. Une liste non-exhaustive de mots-clés est présentée pour faciliter l'appréciation de chaque thème. S'il y a des **impacts positifs et / ou négatifs**, **expliquez-les** (sur base des mots-clés si nécessaire) et **indiquez** les mesures prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs. Pour les thèmes **3, 10, 11 et 21**, des questions plus approfondies sont posées. Consultez le [manuel](#) ou contactez le helpdesk ria-air@premier.fed.be pour toute question.

Lutte contre la pauvreté .1.

Revenu minimum conforme à la dignité humaine, accès à des services de qualité, surendettement, risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (y compris chez les mineurs), illettrisme, fracture numérique.

☐ Impact positif ☐ Impact négatif Expliquez. ☒ Pas d'impact

--

Égalité des chances et cohésion sociale .2.

Non-discrimination, égalité de traitement, accès aux biens et services, accès à l'information, à l'éducation et à la formation, écart de revenu, effectivité des droits civils, politiques et sociaux (en particulier pour les populations fragilisées, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les minorités).

☐ Impact positif ☐ Impact négatif Expliquez. ☒ Pas d'impact

--

Égalité entre les femmes et les hommes .3.

Accès des femmes et des hommes aux ressources : revenus, travail, responsabilités, santé/soins/bien-être, sécurité, éducation/savoir/formation, mobilité, temps, loisirs, etc.

Exercice des droits fondamentaux par les femmes et les hommes : droits civils, sociaux et politiques.

1. Quelles personnes sont directement et indirectement concernées par le projet et quelle est la composition sexuée de ce(s) groupe(s) de personnes ?

Si aucune personne n'est concernée, expliquez pourquoi.

[Le projet a un impact direct sur les assurés et les parties lésées qui ont subi des pertes.](#)

Si des personnes sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les éventuelles différences entre la situation respective des femmes et des hommes dans la matière relative au projet de réglementation.

--

S'il existe des différences, répondez aux questions 3 et 4.

3. Certaines de ces différences limitent-elles l'accès aux ressources ou l'exercice des droits fondamentaux des femmes ou des hommes (différences problématiques) ? [O/N] > expliquez

--

4. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur l'égalité des femmes et les hommes ?

--

S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 5.

5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?

--

Santé .4.

Accès aux soins de santé de qualité, efficacité de l'offre de soins, espérance de vie en bonne santé, traitements des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques), déterminants de la santé (niveau socio-économique, alimentation, pollution), qualité de la vie.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact
Emploi .5.

Accès au marché de l'emploi, emplois de qualité, chômage, travail au noir, conditions de travail et de licenciement, carrière, temps de travail, bien-être au travail, accidents de travail, maladies professionnelles, équilibre vie privée - vie professionnelle, rémunération convenable, possibilités de formation professionnelle, relations collectives de travail.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact
Modes de consommation et production .6.

Stabilité/prévisibilité des prix, information et protection du consommateur, utilisation efficace des ressources, évaluation et intégration des externalités (environnementales et sociales) tout au long du cycle de vie des produits et services, modes de gestion des organisations.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact
Développement économique .7.

Création d'entreprises, production de biens et de services, productivité du travail et des ressources/matières premières, facteurs de compétitivité, accès au marché et à la profession, transparence du marché, accès aux marchés publics, relations commerciales et financières internationales, balance des importations/exportations, économie souterraine, sécurité d'approvisionnement des ressources énergétiques, minérales et organiques.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact
Investissements .8.

Investissements en capital physique (machines, véhicules, infrastructures), technologique, intellectuel (logiciel, recherche et développement) et humain, niveau d'investissement net en pourcentage du PIB.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact
Recherche et développement .9.

Opportunités de recherche et développement, innovation par l'introduction et la diffusion de nouveaux modes de production, de nouvelles pratiques d'entreprises ou de nouveaux produits et services, dépenses de recherche et de développement.

☐ Impact positif

☐ Impact négatif

 Expliquez.

☒ Pas d'impact

PME .10.

Impact sur le développement des PME.

1. Quelles entreprises sont directement et indirectement concernées par le projet ?
 Détaillez le(s) secteur(s), le nombre d'entreprises, le % de PME (< 50 travailleurs) dont le % de micro-entreprise (< 10 travailleurs).
 Si aucune entreprise n'est concernée, expliquez pourquoi.
 Les assureurs ou les compagnies d'assurance, comme le prévoient les articles 4 et 5 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, sont directement impliqués.

↓ Si des PME sont concernées, répondez à la question 2.

2. Identifiez les impacts positifs et négatifs du projet sur les PME.
 N.B. les impacts sur les charges administratives doivent être détaillés au thème 11

--

↓ S'il y a un impact négatif, répondez aux questions 3 à 5.

3. Ces impacts sont-ils proportionnellement plus lourds sur les PME que sur les grandes entreprises ? [O/N] > expliquez
 --
4. Ces impacts sont-ils proportionnels à l'objectif poursuivi ? [O/N] > expliquez
 --
5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les impacts négatifs ?
 --

Charges administratives .11.

Réduction des formalités et des obligations administratives liées directement ou indirectement à l'exécution, au respect et/ou au maintien d'un droit, d'une interdiction ou d'une obligation.

↓ Si des citoyens (cf. thème 3) et/ou des entreprises (cf. thème 10) sont concernés, répondez aux questions suivantes.

1. Identifiez, par groupe concerné, les formalités et les obligations nécessaires à l'application de la réglementation.
 S'il n'y a aucune formalité ou obligation, expliquez pourquoi.

a. __ réglementation actuelle*

b. __ réglementation en projet**

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation actuelle*, répondez aux questions 2a à 4a.

↓ S'il y a des formalités et des obligations dans la réglementation en projet**, répondez aux questions 2b à 4b.

2. Quels documents et informations chaque groupe concerné doit-il fournir ?
 a. __* b. __**
3. Comment s'effectue la récolte des informations et des documents, par groupe concerné ?
 a. __* b. __**
4. Quelles est la périodicité des formalités et des obligations, par groupe concerné ?
 a. __* b. __**
5. Quelles mesures sont prises pour alléger / compenser les éventuels impacts négatifs ?
 --

Énergie .12.

Mix énergétique (bas carbone, renouvelable, fossile), utilisation de la biomasse (bois, biocarburants), efficacité énergétique, consommation d'énergie de l'industrie, des services, des transports et des ménages, sécurité d'approvisionnement, accès aux biens et services énergétiques.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Mobilité .13.

Volume de transport (nombre de kilomètres parcourus et nombre de véhicules), offre de transports collectifs, offre routière, ferroviaire, maritime et fluviale pour les transports de marchandises, répartitions des modes de transport (modal shift), sécurité, densité du trafic.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Alimentation .14.

Accès à une alimentation sûre (contrôle de qualité), alimentation saine et à haute valeur nutritionnelle, gaspillages, commerce équitable.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Changements climatiques .15.

Émissions de gaz à effet de serre, capacité d'adaptation aux effets des changements climatiques, résilience, transition énergétique, sources d'énergies renouvelables, utilisation rationnelle de l'énergie, efficacité énergétique, performance énergétique des bâtiments, piégeage du carbone.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Ressources naturelles .16.

Gestion efficace des ressources, recyclage, réutilisation, qualité et consommation de l'eau (eaux de surface et souterraines, mers et océans), qualité et utilisation du sol (pollution, teneur en matières organiques, érosion, assèchement, inondations, densification, fragmentation), déforestation.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Air intérieur et extérieur .17.

Qualité de l'air (y compris l'air intérieur), émissions de polluants (agents chimiques ou biologiques : méthane, hydrocarbures, solvants, SOx, NOx, NH3), particules fines.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Biodiversité .18.

Niveaux de la diversité biologique, état des écosystèmes (restauration, conservation, valorisation, zones protégées), altération et fragmentation des habitats, biotechnologies, brevets d'invention sur la matière biologique, utilisation des ressources génétiques, services rendus par les écosystèmes (purification de l'eau et de l'air, ...), espèces domestiquées ou cultivées, espèces exotiques envahissantes, espèces menacées.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact

Nuisances .19.

Nuisances sonores, visuelles ou olfactives, vibrations, rayonnements ionisants, non ionisants et électromagnétiques, nuisances lumineuses.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact
--		

Autorités publiques .20.

Fonctionnement démocratique des organes de concertation et consultation, services publics aux usagers, plaintes, recours, contestations, mesures d'exécution, investissements publics.		
☐ Impact positif	☐ Impact négatif	↓ Expliquez. ☒ Pas d'impact
--		

Cohérence des politiques en faveur du développement .21.

Prise en considération des impacts involontaires des mesures politiques belges sur les intérêts des pays en développement.									
1. Identifiez les éventuels impacts directs et indirects du projet sur les pays en développement dans les domaines suivants : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>○ sécurité alimentaire</td> <td>○ revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)</td> </tr> <tr> <td>○ santé et accès aux médicaments</td> <td>○ mobilité des personnes</td> </tr> <tr> <td>○ travail décent</td> <td>○ environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)</td> </tr> <tr> <td>○ commerce local et international</td> <td>○ paix et sécurité</td> </tr> </table>		○ sécurité alimentaire	○ revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)	○ santé et accès aux médicaments	○ mobilité des personnes	○ travail décent	○ environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)	○ commerce local et international	○ paix et sécurité
○ sécurité alimentaire	○ revenus et mobilisations de ressources domestiques (taxation)								
○ santé et accès aux médicaments	○ mobilité des personnes								
○ travail décent	○ environnement et changements climatiques (mécanismes de développement propre)								
○ commerce local et international	○ paix et sécurité								
Expliquez si aucun pays en développement n'est concerné.									
Il s'agit des modifications liés aux assurances proposées en Belgique.									
↓	S'il y a des impacts positifs et/ou négatifs, répondez à la question 2.								
2. Précisez les impacts par groupement régional ou économique (lister éventuellement les pays). Cf. manuel --									
↓	S'il y a des impacts négatifs, répondez à la question 3.								
3. Quelles mesures sont prises pour les alléger / compenser les impacts négatifs ? --									

Regelgevingsimpactanalyse

RIA-AiR

- :: Vul het formulier bij voorkeur online in ria-air.fed.be
- :: Contacteer de helpdesk indien nodig ria-air@premier.fed.be
- :: Raadpleeg de handleiding, de FAQ, enz. www.veroeenvoudiging.be

Beschrijvende fiche

Auteur .a.

Bevoegd regeringslid	De heer Pierre-Yves Dermagne, Vice-eersteminister en Minister van Economie en Werk
Contactpersoon beleidscel (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Remi Janssens, Remi.JANSSENS@dermagne.fed.be , +32 2 207 16 57
Overheidsdienst	Federale Overheidsdienst Economie, Middenstand, K.M.O. en Energie
Contactpersoon overheidsdienst (Naam, E-mail, Tel. Nr.)	Katlijn Hermans, law@conomie.fgov.be , +32 2 277 69 03

Ontwerp .b.

Titel van het ontwerp van regelgeving	Voorontwerp van wet betreffende de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar
Korte beschrijving van het ontwerp van regelgeving met vermelding van de oorsprong (verdrag, richtlijn, samenwerkingsakkoord, actualiteit, ...), de beoogde doelen van uitvoering.	Het wetsontwerp beoogt de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar te regelen omdat momenteel de schadevergoeding slechts in sommige verzekeringstakken gekoppeld is aan termijnen. In het kader van de consumentenbescherming lijkt het wenselijk om te voorzien in een algemeen wettelijk kader voor de afwikkeling van schadegevallen. In de algemeen beleidsnota Economie d.d. 4 november 2020 wordt bovendien vermeld: "Op het gebied van verzekeringen gaan er verschillende stemmen op voor een snellere schadevergoeding (...). Bovendien zal, overeenkomstig de aanbeveling van de Ombudsman van de Verzekeringen, een wettelijk kader worden onderzocht voor de vergoeding van schadegevallen, waaraan ook sancties worden gekoppeld."
Impactanalyses reeds uitgevoerd	☐ Ja Indien ja, gelieve een kopie bij te voegen of de referentie van het document te vermelden: __ ☒ Nee

Raadpleging over het ontwerp van regelgeving .c.

Verplichte, facultatieve of informele raadplegingen:	De Commissie voor Verzekeringen heeft hierover een advies uitgebracht d.d. 23 december 2022 (DOC/C2022/8).
--	--

Bronnen gebruikt om de impactanalyse uit te voeren .d.

Statistieken, referentiedocumenten, organisaties en contactpersonen:	--
--	----

Datum van beëindiging van de impactanalyse .e.

1 juni 2023

Welke impact heeft het ontwerp van regelgeving op deze 21 thema's?



Een ontwerp van regelgeving zal meestal slechts impact hebben op enkele thema's.

Een niet-exhaustieve lijst van trefwoorden is gegeven om de inschatting van elk thema te vergemakkelijken.

Indien er een **positieve en/of negatieve impact** is, leg deze uit (gebruik indien nodig trefwoorden) en vermeld welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve effecten te verlichten/te compenseren.

Voor de thema's **3, 10, 11** en **21**, worden meer gedetailleerde vragen gesteld.

Raadpleeg de [handleiding](#) of contacteer de helpdesk ria-air@premier.fed.be indien u vragen heeft.

Kansarmoedebestrijding .1.

Menswaardig minimuminkomen, toegang tot kwaliteitsvolle diensten, schuldenoverlast, risico op armoede of sociale uitsluiting (ook bij minderjarigen), ongeletterdheid, digitale kloof.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

Gelijke Kansen en sociale cohesie .2.

Non-discriminatie, gelijke behandeling, toegang tot goederen en diensten, toegang tot informatie, tot onderwijs en tot opleiding, loonkloof, effectiviteit van burgerlijke, politieke en sociale rechten (in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen, ouderen, personen met een handicap en minderheden).

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact



Leg uit.

☒ Geen impact

Gelijkheid van vrouwen en mannen .3.

Toegang van vrouwen en mannen tot bestaansmiddelen: inkomen, werk, verantwoordelijkheden, gezondheid/zorg/welzijn, veiligheid, opleiding/kennis/vorming, mobiliteit, tijd, vrije tijd, etc.

Uitoefening door vrouwen en mannen van hun fundamentele rechten: burgerlijke, sociale en politieke rechten.

1. Op welke personen heeft het ontwerp (rechtstreeks of onrechtstreeks) een impact en wat is de naar geslacht uitgesplitste samenstelling van deze groep(en) van personen?

Indien geen enkele persoon betrokken is, leg uit waarom.

[Het ontwerp heeft een rechtstreekse impact op verzekerden en benadeelden die schade hebben geleden.](#)



Indien er personen betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de eventuele verschillen in de respectieve situatie van vrouwen en mannen binnen de materie waarop het ontwerp van regelgeving betrekking heeft.

--



Indien er verschillen zijn, beantwoord dan vragen 3 en 4.

3. Beperken bepaalde van deze verschillen de toegang tot bestaansmiddelen of de uitoefening van fundamentele rechten van vrouwen of mannen (problematische verschillen)? [J/N] > Leg uit

--

4. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de gelijkheid van vrouwen en mannen, rekening houdend met de voorgaande antwoorden?

--



Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 5.

5. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Gezondheid .4.

Toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, efficiëntie van het zorgaanbod, levensverwachting in goede gezondheid, behandelingen van chronische ziekten (bloedvatenziekten, kankers, diabetes en chronische ademhalingsziekten), gezondheidsdeterminanten (sociaaleconomisch niveau, voeding, verontreiniging), levenskwaliteit.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Werkgelegenheid .5.

Toegang tot de arbeidsmarkt, kwaliteitsvolle banen, werkloosheid, zwartwerk, arbeids- en ontslagomstandigheden, loopbaan, arbeidstijd, welzijn op het werk, arbeidsongevallen, beroepsziekten, evenwicht privé- en beroepsleven, gepaste verloning, mogelijkheid tot beroepsopleiding, collectieve arbeidsverhoudingen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Consumptie- en productiepatronen .6.

Prijsstabiliteit of -voorzienbaarheid, inlichting en bescherming van de consumenten, doeltreffend gebruik van hulpbronnen, evaluatie en integratie van (sociale- en milieu-) externaliteiten gedurende de hele levenscyclus van de producten en diensten, beheerpatronen van organisaties.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Economische ontwikkeling .7.

Oprichting van bedrijven, productie van goederen en diensten, arbeidsproductiviteit en productiviteit van hulpbronnen/grondstoffen, competitiviteitsfactoren, toegang tot de markt en tot het beroep, markttransparantie, toegang tot overheidsopdrachten, internationale handels- en financiële relaties, balans import/export, ondergrondse economie, bevoorradingszekerheid van zowel energiebronnen als minerale en organische hulpbronnen.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Investerings .8.

Investerings in fysiek (machines, voertuigen, infrastructuur), technologisch, intellectueel (software, onderzoek en ontwikkeling) en menselijk kapitaal, nettoinvesteringscijfer in procent van het bbp.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact
Onderzoek en ontwikkeling .9.

Mogelijkheden betreffende onderzoek en ontwikkeling, innovatie door de invoering en de verspreiding van nieuwe productiemethodes, nieuwe ondernemingspraktijken of nieuwe producten en diensten, onderzoeks- en ontwikkelingsuitgaven.

☐ Positieve impact

☐ Negatieve impact


Leg uit.

☒ Geen impact

Kmo's .10.

Impact op de ontwikkeling van de kmo's.

1. Welke ondernemingen zijn rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken?

Beschrijf de sector(en), het aantal ondernemingen, het % kmo's (< 50 werknemers), waaronder het % micro-ondernemingen (< 10 werknemers).

Indien geen enkele onderneming betrokken is, leg uit waarom.

[Verzekeraars of verzekeringsondernemingen, zoals bepaald in artikel 4 en 5 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, zijn rechtstreeks betrokken.](#)

↓ Indien er kmo's betrokken zijn, beantwoord dan vraag 2.

2. Identificeer de positieve en negatieve impact van het ontwerp op de kmo's.
N.B. De impact op de administratieve lasten moet bij thema 11 gedetailleerd worden.

--

↓ Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vragen 3 tot 5.

3. Is deze impact verhoudingsgewijs zwaarder voor de kmo's dan voor de grote ondernemingen? [J/N] > Leg uit

--

4. Staat deze impact in verhouding tot het beoogde doel? [J/N] > Leg uit

--

5. Welke maatregelen worden genomen om deze negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Administratieve lasten .11.

Verlaging van de formaliteiten en administratieve verplichtingen die direct of indirect verbonden zijn met de uitvoering, de naleving en/of de instandhouding van een recht, een verbod of een verplichting.

↓ Indien burgers (zie thema 3) en/of ondernemingen (zie thema 10) betrokken zijn, beantwoord dan volgende vragen.

1. Identificeer, per betrokken doelgroep, de nodige formaliteiten en verplichtingen voor de toepassing van de regelgeving. Indien er geen enkele formaliteiten of verplichtingen zijn, leg uit waarom.

a. [__huidige regelgeving*](#)

b. [__ontwerp van regelgeving**](#)

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in de huidige* regelgeving, beantwoord dan vragen 2a tot 4a.

↓ Indien er formaliteiten en/of verplichtingen zijn in het ontwerp van regelgeving**, beantwoord dan vragen 2b tot 4b.

2. Welke documenten en informatie moet elke betrokken doelgroep verschaffen?

a. [__*](#)

b. [__**](#)

3. Hoe worden deze documenten en informatie, per betrokken doelgroep, ingezameld?

a. [__*](#)

b. [__**](#)

4. Welke is de periodiciteit van de formaliteiten en verplichtingen, per betrokken doelgroep?

a. [__*](#)

b. [__**](#)

5. Welke maatregelen worden genomen om de eventuele negatieve impact te verlichten / te compenseren?

--

Energie .12.

Energimix (koolstofarm, hernieuwbaar, fossiel), gebruik van biomassa (hout, biobrandstoffen), energie-efficiëntie, energieverbruik van de industrie, de dienstensector, de transportsector en de huishoudens, bevoorradingszekerheid, toegang tot energiediensten en -goederen.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Mobiliteit .13.

Transportvolume (aantal afgelegde kilometers en aantal voertuigen), aanbod van gemeenschappelijk personenvervoer, aanbod van wegen, sporen en zee- en binnenvaart voor goederenvervoer, verdeling van de vervoerswijzen (modal shift), veiligheid, verkeersdichtheid.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Voeding .14.

Toegang tot veilige voeding (kwaliteitscontrole), gezonde en voedzame voeding, verspilling, eerlijke handel.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Klimaatverandering .15.

Uitstoot van broeikasgassen, aanpassingsvermogen aan de gevolgen van de klimaatverandering, veerkracht, energie overgang, hernieuwbare energiebronnen, rationeel energiegebruik, energie-efficiëntie, energieprestaties van gebouwen, winnen van koolstof.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Natuurlijke hulpbronnen .16.

Efficiënt beheer van de hulpbronnen, recyclage, hergebruik, waterkwaliteit en -consumptie (oppervlakte- en grondwater, zeeën en oceanen), bodemkwaliteit en -gebruik (verontreiniging, organisch stofgehalte, erosie, drooglegging, overstromingen, verdichting, fragmentatie), ontbossing.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Buiten- en binnenlucht .17.

Luchtkwaliteit (met inbegrip van de binnenlucht), uitstoot van verontreinigende stoffen (chemische of biologische agentia: methaan, koolwaterstoffen, oplosmiddelen, SOX, NOX, NH3), fijn stof.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Biodiversiteit .18.

Graad van biodiversiteit, stand van de ecosystemen (herstelling, behoud, valorisatie, beschermde zones), verandering en fragmentatie van de habitatten, biotechnologieën, uitvindingsoctrooien in het domein van de biologie, gebruik van genetische hulpbronnen, diensten die de ecosystemen leveren (water- en luchtzuivering, enz.), gedomesticeerde of gecultiveerde soorten, invasieve uitheemse soorten, bedreigde soorten.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Leg uit. ☒ Geen impact

Hinder .19.

Geluids-, geur- of visuele hinder, trillingen, ioniserende, niet-ioniserende en elektromagnetische stralingen, lichtoverlast.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Geen impact ↓ Leg uit.

Overheid .20.

Democratische werking van de organen voor overleg en beraadslaging, dienstverlening aan gebruikers, klachten, beroep, protestbewegingen, wijze van uitvoering, overheidsinvesteringen.		
☐ Positieve impact	☐ Negatieve impact	☒ Geen impact ↓ Leg uit.

Beleidscoherentie ten gunste van ontwikkeling .21.

Inachtneming van de onbedoelde neveneffecten van de Belgische beleidsmaatregelen op de belangen van de ontwikkelingslanden.									
1. Identificeer de eventuele rechtstreekse of onrechtstreekse impact van het ontwerp op de ontwikkelingslanden op het vlak van: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>o voedselveiligheid</td> <td>o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)</td> </tr> <tr> <td>o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen</td> <td>o mobiliteit van personen</td> </tr> <tr> <td>o waardig werk</td> <td>o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)</td> </tr> <tr> <td>o lokale en internationale handel</td> <td>o vrede en veiligheid</td> </tr> </table>		o voedselveiligheid	o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)	o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen	o mobiliteit van personen	o waardig werk	o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)	o lokale en internationale handel	o vrede en veiligheid
o voedselveiligheid	o inkomens en mobilisering van lokale middelen (taxatie)								
o gezondheid en toegang tot geneesmiddelen	o mobiliteit van personen								
o waardig werk	o leefmilieu en klimaatverandering (mechanismen voor schone ontwikkeling)								
o lokale en internationale handel	o vrede en veiligheid								
Indien er geen enkelen ontwikkelingsland betrokken is, leg uit waarom.									
Het gaat om aanpassingen in verband met verzekeringen die aangeboden worden in België.									
↓	Indien er een positieve en/of negatieve impact is, beantwoord dan vraag 2.								
2. Verduidelijk de impact per regionale groepen of economische categorieën (eventueel landen oplijsten). Zie bijlage									
↓	Indien er een negatieve impact is, beantwoord dan vraag 3.								
3. Welke maatregelen worden genomen om de negatieve impact te verlichten / te compenseren?									

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT
N° 74.020/1 DU 4 OCTOBRE 2023

Le 5 juillet 2023, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le ministre de l'Économie à communiquer un avis dans un délai de trente jours, prorogé jusqu'au 21 août 2023 (*), sur un avant-projet de loi 'relative aux délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance'.

L'avant-projet a été examiné par la première chambre le 28 septembre 2023. La chambre était composée de Wouter PAS, conseiller d'État, président, Inge VOS et Tim CORTHAUT, conseillers d'État, Michel TISON et Johan PUT, assesseurs, et Greet VERBERCKMOES, greffier.

Le rapport a été présenté par Arne CARTON, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Tim CORTHAUT, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 4 octobre 2023.

*

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation s'est limitée à l'examen de la compétence de l'auteur de l'acte, du fondement juridique¹ et de l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de loi à l'examen apporte des modifications à la loi du 4 avril 2014 'relative aux assurances' en ce qui concerne les délais de paiement et les sanctions relatives aux prestations d'assurance.

L'article 73/1 en projet de la loi du 4 avril 2014 (article 2 de l'avant-projet) règle les délais de paiement et les sanctions relatives aux prestations d'assurance non soumises à un régime spécial. L'article 111/1 en projet de la loi du 4 avril 2014 (article 3) fixe les délais de paiement et les sanctions relatives aux prestations d'assurance relevant des assurances de choses. L'article 4 modifie l'article 121 de la loi du 4 avril 2014 en ce qui concerne les demandes d'indemnisation pour certaines assurances de choses. Les articles 145/1 à 145/5

* Ce délai résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, in fine, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juillet au 31 juillet ou lorsqu'il expire entre le 15 juillet et le 15 août.

¹ S'agissant d'un avant-projet de loi, on entend par "fondement juridique" la conformité avec les normes supérieures.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE
NR. 74.020/1 VAN 4 OKTOBER 2023

Op 5 juli 2023 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de minister van Economie verzocht binnen een termijn van dertig dagen, verlengd tot 21 augustus 2023 (*), een advies te verstrekken over een voorontwerp van wet 'betreffende de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar'.

Het voorontwerp is door de eerste kamer onderzocht op 28 september 2023. De kamer was samengesteld uit Wouter PAS, staatsraad, voorzitter, Inge VOS en Tim CORTHAUT, staatsraden, Michel TISON en Johan PUT, assessoren, en Greet VERBERCKMOES, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Arne CARTON, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Tim CORTHAUT, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 4 oktober 2023.

*

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich beperkt tot het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond¹, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het voorliggende voorontwerp van wet brengt wijzigingen aan in de wet van 4 april 2014 'betreffende de verzekeringen' inzake de betalingstermijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraars.

Het ontworpen artikel 73/1 van de wet van 4 april 2014 (artikel 2 van het voorontwerp) regelt de betalingstermijnen en de sancties voor de verzekeringsprestaties waarvoor geen bijzondere regeling geldt. Het ontworpen artikel 111/1 van de wet van 4 april 2014 (artikel 3) stelt de betalingstermijnen en de sancties vast voor de verzekeringsprestaties van de zaakverzekeringen. Artikel 4 wijzigt artikel 121 van de wet van 4 april 2014 inzake de verzoeken tot schadevergoedingen voor bepaalde zaakverzekeringen. De ontworpen artikelen 145/1

* Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, in fine, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat deze termijn van rechtswege wordt verlengd met vijftien dagen wanneer hij begint te lopen tussen 15 juli en 31 juli of wanneer hij verstrijkt tussen 15 juli en 15 augustus.

¹ Aangezien het om een voorontwerp van wet gaat, wordt onder "rechtsgrond" de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

en projet de la même loi (articles 5 à 9) fixent les délais de paiement et les sanctions relatives à la prestation d'assurance des assurances de responsabilité.

La loi à adopter entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge* et s'applique aux demandes d'indemnisation introduites à partir de cette date (article 10).

EXAMEN DU TEXTE

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

A. Connexité avec le dossier 74.332/1/V

3. L'avis de la Commission des assurances du 23 décembre 2022 précise notamment ce qui suit²:

“Comme expliqué plus haut, le projet de nouvelles dispositions relatives à l'AXE 1 s'inspire des articles 13 et 14 de la loi RC auto, mais le texte final des articles 145-1 à 145-5 inclus proposés s'en écarte. Afin d'offrir une protection égale à l'assuré et à la personne lésée dans le cas d'une assurance RC véhicules automoteurs et pour des raisons de sécurité juridique, la Commission estime qu'il y a lieu d'aligner ces articles 13 et 14 de la loi RC auto sur le projet présenté.

La Commission suggère en outre d'étendre le champ d'application de ces articles au régime d'indemnisation prévu par l'article 29^{ter} de la loi RC auto et d'ainsi corriger un oubli du législateur.”

Invité à expliquer pour quel motif l'avant-projet à l'examen ne modifie pas les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 'relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs' ("loi RC auto"), le délégué a répondu:

“Le présent avant-projet ne prévoit pas une modification des articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, car cette modification est prévue par un autre avant-projet de loi, intitulé 'Avant-projet de loi portant modification de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs', lequel a été transmis pour avis au Conseil d'État en date du jeudi 27 juillet 2023.”

L'avant-projet présente donc sur le fond une connexité avec l'avant-projet de loi 'portant modification de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de responsabilité en matière de véhicules automoteurs', inscrit au rôle sous le numéro 74.332/1/V, sur lequel un avis est donné à la même date. Il est recommandé d'expliciter cette connexité

² Avis sur les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance, 23 décembre 2022, DOC/C2022/8, p. 16. La référence à l' "axe 1" concerne les nouvelles dispositions relatives aux assurances de responsabilité (voir p. 8 de l'avis précité).

tot 145/5 van dezelfde wet (artikelen 5 tot 9) bepalen de betalingstermijnen en de sancties voor de verzekeringsprestatie van de aansprakelijkheidsverzekeringen.

De aan te nemen wet treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* en is van toepassing op de verzoeken tot schadevergoeding die vanaf deze datum zijn ingediend (artikel 10).

ONDERZOEK VAN DE TEKST

ALGEMENE OPMERKINGEN

A. Samenhang met dossier 74.332/1/V

3. In het advies van de Commissie voor Verzekeringen van 23 december 2022 wordt onder meer het volgende gesteld:²

“Zoals hoger toegelicht, is het ontwerp van nieuwe bepalingen met betrekking tot As 1, geïnspireerd op de artikelen 13 en 14 WAM-wet doch de uiteindelijke tekst van de voorgestelde artikelen 145-1 tot en met 145-5 wijkt daarvan af. Om de verzekerde en de benadeelde in geval van een verzekering BA motorrijtuigen eenzelfde bescherming te bieden en met het oog op rechtszekerheid, acht de Commissie het aangewezen om deze artikelen 13 en 14 WAM-wet in overeenstemming te brengen met het voorgelegde ontwerp.

Daarenboven stelt de Commissie voor om het toepassingsgebied van deze artikelen uit te breiden tot de vergoedingsregeling van artikel 29^{ter} WAM-wet, en daarmee een vergetelheid van de wetgever recht te zetten.”

Gevraagd waarom het voorliggend voorontwerp de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 'betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorvoertuigen' ("WAM-wet") niet wijzigt, antwoordde de gemachtigde:

“Le présent avant-projet ne prévoit pas une modification des articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, car cette modification est prévue par un autre avant-projet de loi, intitulé 'Avant-projet de loi portant modification de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs', lequel a été transmis pour avis au Conseil d'État en date du jeudi 27 juillet 2023.”

Het voorontwerp vertoont aldus inhoudelijk een samenhang met het voorontwerp van wet 'tot wijziging van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorvoertuigen', dat is ingeschreven onder rolnummer 74.332/1/V en waarover op dezelfde datum advies wordt gegeven. Het verdient aanbeveling om die

² Advies over de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar, 23 december 2022, DOC/C2022/8, p. 16. De verwijzing naar "As 1" betreft de nieuwe bepalingen voor aansprakelijkheidsverzekeringen (zie p. 8 van het voormeld advies).

dans l'exposé des motifs et, dans le cadre de la poursuite des travaux parlementaires, de tenir compte d'éventuelles modifications apportées à la loi précitée.

B. Terminologie

4. Le texte de l'avant-projet emploie indifféremment les notions de "prestation d'assurance" (en néerlandais: "*verzekeringsprestatie*") et de "prestation" (en néerlandais: "*prestatie*"). Dans le texte néerlandais, l'intitulé fait en outre mention de la notion de "*prestaties van de verzekeraar*".

Les dispositions en projet devront être uniformisées, eu égard à la notion de "prestation d'assurance" et de "*verzekeringsprestatie*" définie respectivement dans la version française et la version néerlandaise de l'article 55, 2°, de la loi du 4 avril 2014.

L'occasion peut être mise à profit pour corriger également les incohérences existantes dans la loi du 4 avril 2014.

OBSERVATIONS PAR ARTICLE

Articles 2, 3, 4 et 7

5. Le délégué a précisé que les montants forfaitaires mentionnés dans les articles 73/1, § 2, 111/1, § 2, 121, § 8, et 145/3, § 2, en projet, de la loi du 4 avril 2014 (désignés parfois aussi par "somme forfaitaire" dans le texte français)³ reviennent au bénéficiaire de la prestation d'assurance et que l'assureur ne peut pas compenser le montant versé au moment du paiement final de la prestation d'assurance.

Le texte de l'avant-projet devra expliciter à la fois la désignation du bénéficiaire et l'interdiction de compensation.

6. Les articles 73/1, § 2, alinéa 3, 111/1, § 2, alinéa 3, 121, § 8, alinéa 3, et 145/3, § 2, alinéa 2, en projet, de la loi du 4 avril 2014 font mention d'une notification "par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent".

L'exposé des motifs précise ce qui suit à cet égard:

"La notion de 'moyen équivalent' à la lettre recommandée vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d'avoir recours à d'autres moyens de communication que la lettre recommandée, à condition qu'ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie notamment en ce qui concerne l'identité de la personne lésée et la date de la notification. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d'identification tel qu'Itsme."

³ Le texte gagnerait à être uniformisé sur ce point.

samenhang nader te duiden in de memorie van toelichting en bij de verdere parlementaire behandeling rekening te houden met eventuele wijzigingen die aan de genoemde wet worden aangebracht.

B. Terminologie

4. In de tekst van het voorontwerp worden de begrippen "verzekeringsprestatie" (in het Frans: "prestation d'assurance") en "prestatie" (in het Frans: "prestation") door elkaar gebruikt. In de Nederlandse tekst wordt in het opschrift voorts het begrip "prestaties van de verzekeraar" gehanteerd.

De ontworpen bepalingen moeten eenvormig worden gemaakt, rekening houdend met het in artikel 55, 2°, van de wet van 4 april 2014 gedefinieerde begrip "verzekeringsprestatie" in het Nederlands en "prestation d'assurance" in de Franse versie.

Er kan van de gelegenheid gebruik worden gemaakt om ook de bestaande inconsistenties in de wet van 4 april 2014 te corrigeren.

ARTIKELSGEWIJZE OPMERKINGEN

Artikelen 2, 3, 4 en 7

5. De gemachtigde verduidelijkte dat de in de ontworpen artikelen 73/1, § 2, 111/1, § 2, 121, § 8, en 145/3, § 2, van de wet van 4 april 2014 vermelde forfaitaire bedragen (in de Nederlandse tekst soms ook "forfaitaire som" genoemd)³ toekomen aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie en de verzekeraar het uitbetaalde bedrag niet mag compenseren op het ogenblik van de uiteindelijke uitbetaling van de verzekeringsprestatie.

Zowel de aanwijzing van de begunstigde als het compensatieverbod moeten worden geëxpliciteerd in de tekst van het voorontwerp.

6. In de ontworpen artikelen 73/1, § 2, derde lid, 111/1, § 2, derde lid, 121, § 8, derde lid, en 145/3, § 2, tweede lid, van de wet van 4 april 2014 wordt melding gemaakt van een kennisgeving "bij aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel".

In de memorie van toelichting wordt in dit verband gesteld:

"Het met een aangetekende brief 'gelijkgesteld middel' is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende brief aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is aangekomen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen onder andere van de identiteit van de benadeelde en de kennisgevingsdatum. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme."

³ Het verdient aanbeveling de tekst op dit punt eenvormig te maken.

L'article 27 de la loi du 26 janvier 2018 'relative aux services postaux' s'énonce comme suit:

“Dans toutes les lois relatives aux matières visées à l'article 74 de la Constitution et leurs arrêtés d'exécution, les mots 'envoi recommandé à la poste', 'lettre recommandée à la poste', 'pli recommandé à la poste', ou toute autre référence du même type, doivent être compris au sens d' 'envoi recommandé' tel que défini à l'article 2, 9°, de la présente loi ou d'envoi recommandé électronique conformément au règlement (UE) n° 910/2014 du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE, et ce quel que soit le prestataire de services postaux par lequel cet envoi a été délivré. Dans un délai de vingt-quatre mois suivant l'entrée en vigueur de la présente disposition, le Roi peut effectuer toutes les modifications purement formelles nécessaires pour adapter les dispositions concernées en ce sens.”

L'article 3, 36, du Règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 'sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE' définit la notion de "service d'envoi recommandé électronique" comme suit:

“un service qui permet de transmettre des données entre des tiers par voie électronique, qui fournit des preuves concernant le traitement des données transmises, y compris la preuve de leur envoi et de leur réception, et qui protège les données transmises contre les risques de perte, de vol, d'altération ou de toute modification non autorisée.”

Le délégué a été invité à préciser comment il convient d'interpréter la notion de "par tout autre moyen équivalent" compte tenu de la règle énoncée dans la loi du 26 janvier 2018 et le règlement (UE) n° 910/2014. Le délégué a fourni la réponse suivante:

“(…) L'idée de cet ajout 'ou par tout autre moyen équivalent' vise en fait à inclure, outre les envois électroniques visés par l'article 3, 36° du règlement n° 910/2014, les comptes que les entreprises d'assurance mettent à la disposition de leurs clients via leur site web et/ou leur application. *A priori*, une bonne partie de ces comptes devraient également relever de la définition de l'article 3, 36° du règlement n° 910/2014. Etant donné que cela n'est pas certain, il a été décidé d'ajouter les mots 'ou par tout autre moyen équivalent', à l'instar de ce qui est actuellement prévu à l'article 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.”

La disposition de la loi du 21 novembre 1989 à laquelle se réfère le délégué, a été insérée par l'article 6 de la loi du 22 août 2002 'portant diverses dispositions relatives à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs' et est donc antérieure au cadre juridique modifié

Artikel 27 van de wet van 26 januari 2018 'betreffende de postdiensten' luidt:

“In alle wetten die betrekking hebben op aangelegenheden als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet en hun uitvoeringsbesluiten moeten de woorden 'ter post aangetekende zending', 'ter post aangetekende brief', 'ter post aangetekend schrijven' of elke andere soortgelijke verwijzing, begrepen worden in de zin van een aangetekende zending zoals gedefinieerd in artikel 2, 9°, van deze wet of van een elektronisch aangetekende zending overeenkomstig verordening (EU) nr. 910/2014 van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van richtlijn 1999/93/EG, en dit ongeacht de aanbieder van postdiensten door wie deze zending werd bezorgd. De Koning kan, binnen een termijn van vierentwintig maanden volgend op de inwerkingtreding van deze bepaling, alle noodzakelijke puur formele aanpassingen doen om de betrokken bepalingen in deze zin aan te passen.”

Artikel 3, 36, van verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 'betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van Richtlijn 1999/93/EG' definieert het begrip "dienst voor elektronisch aangetekende bezorging" als volgt:

“een dienst die het mogelijk maakt gegevens via elektronische middelen tussen derden te verzenden en die bewijs verschaft ten aanzien van het hanteren van de verzonden gegevens, met inbegrip van bewijs van het verzenden en ontvangen van de gegevens, en die de verzonden gegevens beschermt tegen het risico van verlies, diefstal, beschadiging of onbevoegde wijzigingen”.

De gemachtigde werd verzocht te verduidelijken hoe het begrip "om het even welk ander gelijkgesteld middel" dient te worden ingevuld, rekening houdend met hetgeen bepaald is in de wet van 26 januari 2018 en verordening (EU) nr. 910/2014. De gemachtigde antwoordde:

“(…) L'idée de cet ajout 'ou par tout autre moyen équivalent' vise en fait à inclure, outre les envois électroniques visés par l'article 3, 36° du règlement n° 910/2014, les comptes que les entreprises d'assurance mettent à la disposition de leurs clients via leur site web et/ou leur application. *A priori*, une bonne partie de ces comptes devraient également relever de la définition de l'article 3, 36° du règlement n° 910/2014. Etant donné que cela n'est pas certain, il a été décidé d'ajouter les mots 'ou par tout autre moyen équivalent', à l'instar de ce qui est actuellement prévu à l'article 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.”

De bepaling in de wet van 21 november 1989 waarnaar de gemachtigde verwijst, werd ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 'houdende diverse bepalingen betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen', en dateert dus van vóór het voormelde

précité⁴. Plus de deux décennies plus tard, la technologie a elle aussi évolué radicalement, comme en témoigne la référence dans l'exposé des motifs à l'utilisation d'applications sécurisées liées à un système d'identification comme ltsme, qui ne peut toutefois pas être purement et simplement assimilé à un envoi recommandé électronique au regard du règlement (UE) n° 910/2014.

Etant donné que l'on n'envisage pas seulement les envois recommandés électroniques et que l'on entend tenir compte de nouvelles formes de communication, il est préférable de compléter l'avant-projet par une délégation au Roi permettant de déterminer les moyens de communication qui peuvent être utilisés parallèlement à l'envoi recommandé classique.

7. Conformément aux articles 73/1, § 2, alinéa 3, 111/1, § 2, alinéa 3, 121, § 8, alinéa 3, et 145/3, § 2, alinéa 2, en projet, de la loi du 4 avril 2014, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les quatorze jours.

L'attention du délégué a été attirée sur la jurisprudence de la Cour constitutionnelle concernant certains recours administratifs⁵ et à la lumière de celle-ci, il lui a été demandé s'il ne faut pas prévoir un régime adapté qui tient compte de l'éventuel⁶ délai entre le jour de l'envoi et le jour de la réception. Le délégué a répondu:

"L'idée est que le délai commence à courir à partir du jour de l'envoi du rappel. Néanmoins, compte tenu de votre question et du renvoi fait à l'arrêt 162/2007 de la Cour constitutionnelle, il pourrait éventuellement être envisagé de prévoir un mécanisme similaire à celui prévu par l'article 53bis du Code judiciaire."

En prévoyant une obligation absolue (sans aucune exception) de payer une somme forfaitaire de 300 euros par jour de retard à partir du jour de l'envoi du rappel si l'assureur n'a pas répondu au rappel dans les quatorze jours suivant l'envoi, il se peut qu'à un moment où l'assureur n'a pas encore connaissance du rappel, une obligation de paiement soit néanmoins déjà imposée à titre de sanction pour défaut de suite donnée au rappel (non encore reçu). Il paraît s'en déduire qu'il faut prendre une autre période comme point de départ. Il peut s'agir par exemple du troisième jour ouvrable qui suit le jour de l'envoi de la demande faite en vue d'obtenir des informations manquantes, à condition de laisser au destinataire la possibilité de démontrer que la notification ne lui est parvenue

gewijzigde juridische kader.⁴ Ook de technologie is, meer dan twee decennia later, op fundamentele wijze geëvolueerd, zoals blijkt uit de verwijzing in de memorie van toelichting naar het gebruik van beveiligde applicaties die gekoppeld zijn aan een identificatiesystemen zoals ltsme, die gelet op verordening (EU) nr. 910/2014 echter niet zonder meer gelijkgesteld kunnen worden met een elektronische aangetekende zending.

Gelet op het feit dat niet louter elektronische aangetekende zendingen worden beoogd, en de intentie om rekening te houden met nieuwe communicatievormen, wordt het voorontwerp het best aangevuld met een delegatie aan de Koning om de communicatiemiddelen te bepalen die naast de klassieke aangetekende zending mogen worden gebruikt.

7. Overeenkomstig de ontworpen artikelen 73/1, § 2, derde lid, 111/1, § 2, derde lid, 121, § 8, derde lid, en 145/3, § 2, tweede lid, van de wet van 4 april 2014 is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag vertraging vanaf de dag van verzending van de herinnering indien de verzekeraar niet binnen veertien dagen op een herinnering reageert.

De gemachtigde werd gewezen op rechtspraak van het Grondwettelijk Hof in verband met bepaalde administratieve beroepen⁵ en in het licht daarvan gevraagd of niet dient te worden voorzien in een aangepaste regeling die rekening houdt met het eventuele⁶ tijdsverloop tussen de dag van verzending en de dag van de ontvangst. De gemachtigde antwoordde:

"L'idée est que le délai commence à courir à partir du jour de l'envoi du rappel. Néanmoins, compte tenu de votre question et du renvoi fait à l'arrêt 162/2007 de la Cour constitutionnelle, il pourrait éventuellement être envisagé de prévoir un mécanisme similaire à celui prévu par l'article 53bis du Code judiciaire."

Door te voorzien in een absolute verplichting (zonder uitzonderingen) tot betaling van een forfaitaire som van 300 euro per dag vertraging vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien de verzekeraar niet binnen veertien dagen na de verzending op de herinnering heeft geantwoord, kan het voorvallen dat op een ogenblik dat de verzekeraar nog geen kennis heeft van de herinnering, toch al een betalingsverplichting als sanctie wordt opgelegd wegens het niet gevolg geven aan de (nog niet ontvangen) herinnering. Er lijkt in het licht hiervan een ander tijdstip als uitgangspunt te moeten worden genomen. Dit kan bijvoorbeeld de derde werkdag volgend op de dag van de verzending van de vraag over de ontbrekende informatie zijn, mits aan de geadresseerde de mogelijkheid

⁴ Cette disposition sera remplacée consécutivement à l'article 11 de l'avant-projet de loi 'portant modification de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs' (voir l'affaire inscrite au rôle sous le numéro 74.332/1/V, sur laquelle un avis est donné à la même date).

⁵ C.C., 19 décembre 2007, n° 162/2007, B.3 à B.5.

⁶ Par exemple si la communication ne se fait pas par des moyens électroniques.

⁴ Deze bepaling zal ingevolge artikel 11 van het voorontwerp van wet 'tot wijziging van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen' vervangen worden (zie de zaak met rolnummer 74.332/1/V, waarover op dezelfde datum advies wordt uitgebracht).

⁵ GwH 19 december 2007, nr. 162/2007, B.3 tot B.5.

⁶ Bijvoorbeeld indien de communicatie niet via elektronische middelen verloopt.

qu'ultérieurement⁷, comme le prévoit l'article 53*bis* du Code judiciaire, évoqué par le délégué⁸. Insérer une disposition similaire dans l'avant-projet permettra d'éviter que le délai commence à courir à partir d'un jour auquel l'assureur n'a pas encore connaissance du rappel auquel il doit donner suite, et de ce fait que l'assureur soit sanctionné à tort.

Article 3

8. À l'article 3 de l'avant-projet, il convient de supprimer le mot "le" avant "titre III..." et d'ajouter avant le segment de phrase "titre III, chapitre 2, section I^{re}, sous-section 4," les mots "la partie 4,".

9. Le délégué a confirmé que le segment de phrase "l'estimation des dommages visées au paragraphe 2" figurant dans l'article 111/1, § 4, 3°, en projet, de la loi du 4 avril 2014 doit être remplacé par le segment de phrase "la fixation du montant du dommage visées au paragraphe 3".

Article 4

10. Le délégué a été invité à préciser comment la règle énoncée au paragraphe 8 en projet de l'article 121 de la loi du 4 avril 2014 s'articule avec l'article 121, § 2, existant, de la loi du 4 avril 2014. En effet, la question se pose de savoir si la règle énoncée au paragraphe 8 porte également sur les risques simples définis par le Roi, que vise l'article 121, § 2, de la loi du 4 avril 2014. À cet égard, le délégué a fourni les précisions suivantes:

"Le paragraphe 2 de l'article 121 restera régi par l'actuel paragraphe 7 de l'article 121 qui prévoit '§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.'

⁷ Comme l'a suggéré la Cour constitutionnelle en ce qui concerne certains recours administratifs et juridictionnels (C.C., 7 juin 2007, n° 85/2007, B.4; C.C., 26 septembre 2007, n° 123/2007, B.5; C.C., 19 décembre 2007, n° 162/2007, B.4; C.C., 2 juin 2010, n° 66/2010, B.13; C.C., 22 mars 2017, n° 41/2017, B.4).

⁸ L'article 53*bis* du Code judiciaire s'énonce comme suit:
"A l'égard du destinataire, et sauf si la loi en dispose autrement, les délais qui commencent à courir à partir d'une notification sur support papier sont calculés depuis:
1° lorsque la notification est effectuée par pli judiciaire ou par courrier recommandé avec accusé de réception, le premier jour qui suit celui où le pli a été présenté au domicile du destinataire, ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu;
2° lorsque la notification est effectuée par pli recommandé ou par pli simple, depuis le troisième jour ouvrable qui suit celui où le pli a été remis aux services de la poste, sauf preuve contraire du destinataire;
3° Lorsque la notification est effectuée contre accusé de réception daté, le premier jour qui suit".

wordt gegeven te bewijzen dat de kennisgeving hem pas later heeft bereikt,⁷ zoals in het door de gemachtigde aangehaalde artikel 53*bis* van het Gerechtelijk Wetboek⁸. Door een gelijkwaardige bepaling op te nemen in het voorontwerp kan worden vermeden dat de termijn begint te lopen op een dag waarop de verzekeraar nog geen kennis heeft van de herinnering waaraan hij gevolg moet geven waardoor de verzekeraar ten onrechte zou worden gesanctioneerd.

Artikel 3

8. In artikel 3 van het voorontwerp dient voorafgaand aan de zinsnede "titel III, hoofdstuk 2, afdeling I, onderafdeling 4," nog de zinsnede "deel 4," te worden ingevoegd.

9. De gemachtigde bevestigde dat de zinsnede "de raming van de schade bedoeld in paragraaf 2" in het ontworpen artikel 111/1, § 4, 3°, van de wet van 4 april 2014 dient te worden vervangen door de zinsnede "de vaststelling van het schadebedrag bedoeld in paragraaf 3".

Artikel 4

10. De gemachtigde werd verzocht te duiden hoe de regeling in de ontworpen paragraaf 8 van artikel 121 van de wet van 4 april 2014 zich verhoudt tot het bestaande artikel 121, § 2, van de wet van 4 april 2014. De vraag rijst immers of de regeling van paragraaf 8 ook betrekking heeft op de eenvoudige risico's bepaald door de Koning bedoeld in artikel 121, § 2, van de wet van 4 april 2014. In dit verband gaf de gemachtigde de volgende toelichting:

"Le paragraphe 2 de l'article 121 restera régi par l'actuel paragraphe 7 de l'article 121 qui prévoit '§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.'

⁷ Zoals het Grondwettelijk Hof heeft gesuggereerd in verband met bepaalde administratieve en jurisdictionele beroepen (GwH 7 juni 2007, nr. 85/2007, B.4; GwH 26 september 2007, nr. 123/2007, B.5; GwH 19 december 2007, nr. 162/2007, B.4; GwH 2 juni 2010, nr. 66/2010, B.13; GwH 22 maart 2017, nr. 41/2017, B.4).

⁸ Artikel 53*bis* van het Gerechtelijk Wetboek luidt:
"Ten aanzien van de geadresseerde, en tenzij de wet anders bepaalt, worden de termijnen die beginnen te lopen vanaf een kennisgeving op een papieren drager berekend:
1° wanneer de kennisgeving is gebeurd bij gerechtsbrief of bij een ter post aangetekende brief met ontvangstbewijs, vanaf de eerste dag die volgt op deze waarop de brief aangeboden werd op de woonplaats van de geadresseerde of, in voorkomend geval, op zijn verblijfplaats of gekozen woonplaats;
2° wanneer de kennisgeving is gebeurd bij aangetekende brief of bij gewone brief, vanaf de derde werkdag die volgt op die waarop de brief aan de postdiensten overhandigd werd, tenzij de geadresseerde het tegendeel bewijst;
3° wanneer de kennisgeving is gebeurd tegen gedagtekend ontvangstbewijs, vanaf de eerste dag die erop volgt".

En d'autres termes, la réglementation du paragraphe 8 de l'article 121 en projet ne s'appliquera pas pour les risques simples définis par le Roi en vertu de l'article 121 paragraphe 2."

Dans un souci de sécurité juridique, il conviendrait de mentionner le champ d'application matériel du paragraphe 8, en projet, de l'article 121 de la loi du 4 avril 2014 dans le texte de ce paragraphe en projet.

Article 6

11. L'article 145/2, § 2, alinéa 2, en projet, de la loi du 4 avril 2014 soumet la demande visée à l'alinéa 1^{er} de cette disposition "aux règles énoncées au paragraphe 1^{er}". Le paragraphe 1^{er} ne comportant pas de règles relatives à la demande à proprement parler de la personne lésée, il conviendra, comme l'a confirmé le délégué, d'omettre l'article 145/2, § 2, alinéa 2.

*

Le greffier,

Greet VERBERCKMOES

Le président,

Wouter PAS

En d'autres termes, la réglementation du paragraphe 8 de l'article 121 en projet ne s'appliquera pas pour les risques simples définis par le Roi en vertu de l'article 121 paragraphe 2."

Met het oog op de rechtszekerheid zou het materieel toepassingsgebied van de ontworpen paragraaf 8 van artikel 121 van de wet van 4 april 2014 tot uiting moeten komen in de tekst van deze ontworpen paragraaf.

Artikel 6

11. Het ontworpen artikel 145/2, § 2, tweede lid, van de wet van 4 april 2014 onderwerpt het in het eerste lid van die bepaling bedoelde verzoek "aan de regels die zijn bepaald in paragraaf 1". Aangezien paragraaf 1 geen regels inzake het eigenlijke verzoek van de benadeelde omvat moet, zoals de gemachtigde heeft bevestigd, artikel 145/2, § 2, tweede lid, worden weggelaten.

*

De griffier,

Greet VERBERCKMOES

De voorzitter,

Wouter PAS

PROJET DE LOI

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

À tous, présents et à venir,

SALUT.

Sur la proposition du ministre de l'Économie,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Le ministre de l'Économie est chargé de présenter en notre nom à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

CHAPITRE 1^{ER}**Disposition introductive****Article 1^{er}**

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

CHAPITRE 2**Modifications de la loi du 4 avril 2014
relative aux assurances****Art. 2**

Dans la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, il est inséré un article 73/1, rédigé comme suit:

“Paiement d'une prestation d'assurance et sanctions

Art. 73/1. § 1^{er}. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 111/1, 121, 145/1 à 145/5, 197/1 et 197/2 de la présente loi, ainsi que les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

§ 2. Lorsqu'une personne présente une demande de paiement d'une prestation d'assurance à la suite d'un sinistre mais que l'assureur conteste la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués

WETSONTWERP

FILIP,

KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Economie,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Economie is ermee belast in onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers het ontwerp van wet in te dienen waarvan de tekst hierna volgt:

HOOFDSTUK 1**Inleidende bepaling****Artikel 1**

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

HOOFDSTUK 2**Wijzigingen van de wet van 4 april 2014
betreffende de verzekeringen****Art. 2**

In de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen wordt een artikel 73/1 ingevoegd, luidende:

“Betaling van een verzekeringsprestatie en sancties

Art. 73/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 111/1, 121, 145/1 tot en met 145/5, 197/1 en 197/2 van deze wet, alsook de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

§ 2. Wanneer iemand naar aanleiding van een schadegeval een verzoek tot betaling van een verzekeringsprestatie indient maar de verzekeraar de dekking van dit schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed

dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. L'assureur effectue la prestation d'assurance convenue dans le délai prévu au paragraphe 6 à compter du moment où:

1° il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin; et

2° aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne:

antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie.

Wanneer de begunstigde van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de verzekeringsprestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde betalingsvoorstel.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

§ 3. De verzekeraar voert de overeengekomen verzekeringsprestatie uit binnen de termijn waarin paragraaf 6 voorziet vanaf het moment waarop:

1° hij over alle hiertoe redelijkerwijs benodigde elementen beschikt; en

2° er geen enkele betwisting meer bestaat betreffende:

a) la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance;

b) le montant de la prestation d'assurance due.

§ 4. Lorsque le montant définitif de la prestation d'assurance est contesté, l'assureur paie la partie de la prestation d'assurance incontestablement due constatée de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation d'assurance dans le délai prévu au paragraphe 6.

§ 5. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 6. Les montants dus sont payés dans les trente jours de leur fixation.

La partie de la prestation d'assurance qui n'est pas versée dans le délai visé à l'alinéa 1^{er} porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 7. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 8. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 6 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit au bénéficiaire de la prestation d'assurance les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

§ 9. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.”.

a) de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst;

b) het bedrag van de verschuldigde verzekeringsprestatie.

§ 4. Wanneer het definitieve bedrag van de verzekeringsprestatie betwist wordt, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de verzekeringsprestatie dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de verzekeringsprestatie is vastgesteld binnen de termijn bepaald in paragraaf 6.

§ 5. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.

§ 6. De verschuldigde bedragen worden betaald binnen dertig dagen na hun vaststelling.

Het gedeelte van de verzekeringsprestatie dat niet binnen de in het eerste lid bedoelde termijn wordt betaald, brengt van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop de termijn verstrijkt tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 7. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 8. De termijnen waarin paragraaf 2 en 6 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de begunstigde van de verzekeringsprestatie schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

§ 9. Dit artikel is van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie.”.

Art. 3

Dans la partie 4, titre III, chapitre 2, section I^{re}, sous-section 4, de la même loi, il est inséré un article 111/1 rédigé comme suit:

“Paiement d’une demande d’indemnisation et sanctions

Art. 111/1. § 1^{er}. Le présent article s’applique à défaut d’autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment l’article 121 de la présente loi.

§ 2. Lorsque l’assuré présente une demande d’indemnisation mais que l’assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d’assurance, l’assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n’est donnée dans le délai de trois mois visé à l’alinéa 1^{er}, l’assureur est tenu de plein droit au paiement d’un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d’assurance.

Lorsque, après l’expiration du délai de trois mois visé à l’alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation d’assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l’assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d’un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d’assurance à partir du jour de l’envoi du rappel s’il n’a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l’envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l’alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l’envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d’assurance, sauf preuve contraire de l’assureur.

Le montant visé à l’alinéa 3 cesse d’être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l’offre motivée d’indemnisation par l’assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation

Art. 3

In deel 4, titel III, hoofdstuk 2, afdeling I, onderafdeling 4, van dezelfde wet wordt een artikel 111/1 ingevoegd, luidende:

“Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties

Art. 111/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name artikel 121 van deze wet.

§ 2. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie.

Wanneer de begunstigde van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van

disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. Pour autant qu'il n'y ait pas de contestation sur la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord.

En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. À défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert.

L'indemnité doit être payée dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

§ 4. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 3 sont suspendus dans les cas suivants:

1° l'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée par l'assureur dès que possible et, en cas d'expertise, au plus tard dans les trente jours de la clôture de celle-ci. L'éventuel paiement

de consommation. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

§ 3. Voor zover de dekking van het schadegeval door de overeenkomst niet wordt betwist, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord.

In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experten een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experten genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in voorkomend geval de derde expert worden voorgeschieden door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert.

De schadevergoeding moet betaald worden binnen dertig dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag.

§ 4. De termijnen waarin paragraaf 2 en 3 voorzien, worden opgeschort in de volgende gevallen:

1° de verzekerde heeft op de datum van de beëindiging van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet door de verzekeraar worden geformuleerd zodra dit mogelijk is, en in het geval van een expertise uiterlijk binnen dertig dagen na de beëindiging ervan.

doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° l'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage visées au paragraphe 3.

§ 5. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 3, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 6. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 7. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 8. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.”.

Art. 4

Dans l'article 121 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans le paragraphe 3, le 2°, les mots “Il s'agit d'un vol ou” sont abrogés;

2° l'article est complété par les paragraphes 8, 9 et 10, rédigés comme suit:

Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling gebeuren binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis heeft genomen van de conclusies van het genoemde dossier;

3° de verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de beëindiging van de expertise of de vaststelling van het schadebedrag bedoeld in paragraaf 3 beletten.

§ 5. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld in paragraaf 3, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 6. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 7. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.

§ 8. Dit artikel is slechts van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie.”.

Art. 4

In artikel 121 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 3, de bepaling onder 2°, worden de woorden “Het gaat over een diefstal of” opgeheven;

2° het artikel wordt aangevuld met de paragrafen 8, 9 en 10, luidende:

“§ 8. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire, de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux risques simples déterminés par le Roi conformément au paragraphe 2.

§ 9. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer

“§ 8. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie.

Wanneer de begunstigde, van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Deze paragraaf is niet van toepassing op de eenvoudige risico's die de Koning overeenkomstig paragraaf 2 heeft bepaald.

§ 9. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten

si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 10. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel."

Art. 5

Dans la même loi, il est inséré un article 145/1 rédigé comme suit:

"Champ d'application du paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions en cas de couverture de responsabilité

Art. 145/1. Les articles 145/2 à 145/5 s'appliquent aux dommages subis par des personnes lésées qui sont des personnes physiques ou des personnes morales.

Ils s'appliquent à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs."

Art. 6

Dans la même loi, il est inséré un article 145/2 rédigé comme suit:

"Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions

Art. 145/2. § 1^{er}. Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque chacune des conditions suivantes est remplie:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée,

2° la responsabilité n'est pas contestée,

3° et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordoet door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 10. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting."

Art. 5

In dezelfde wet wordt een artikel 145/1 ingevoegd, luidende:

"Toepassingsgebied van de betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties in het geval van de aansprakelijkheidsdekking

Art. 145/1. De artikelen 145/2 tot en met 145/5 zijn van toepassing voor schade geleden door benadeelden die natuurlijke personen of rechtspersonen zijn.

Zij gelden bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen."

Art. 6

In dezelfde wet wordt een artikel 145/2 ingevoegd, luidende:

"Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties

Art. 145/2. § 1. Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen wanneer aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:

1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst niet wordt betwist,

2° de aansprakelijkheid niet wordt betwist,

3° en de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'assureur ou son mandataire chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

§ 2. La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution.

§ 3. Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit en faveur de la personne lésée au paiement d'un montant complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où le montant a été versé à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeraar of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken of nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig eenzijdig verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2. De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

§ 3. Indien geen voorstel is voorgelegd binnen de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden ten voordele van de benadeelde tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op

différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, au jour du jugement ou de l'arrêt.

§ 4. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 5. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes."

Art. 7

Dans la même loi, il est inséré un article 145/3 rédigé comme suit:

"Sanctions en cas d'absence de réponse motivée en cas de contestation

Art. 145/3. § 1^{er}. Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,

2° la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie, ou que

3° le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

§ 2. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur de la personne lésée.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, la personne lésée a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit

het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

§ 4. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.

§ 5. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn."

Art. 7

In dezelfde wet wordt een artikel 145/3 ingevoegd, luidende:

"Sancties in het geval van ontbreken van een met redenen omkleed antwoord in het geval van betwisting

Art. 145/3. § 1. Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:

1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst wordt betwist,

2° de aansprakelijkheid wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld, of

3° de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

dient de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

§ 2. Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in paragraaf 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de benadeelde.

Wanneer de benadeelde, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in paragraaf 1, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar

au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur de la personne lésée à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 2 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par la personne lésée, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 2 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

Les montants mentionnés aux alinéas 1^{er} et 2 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100."

Art. 8

Dans la même loi, il est inséré un article 145/4 rédigé comme suit:

"Suspension des délais

Art. 145/4. Les délais prévus aux articles 145/2 et 145/3 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit à la personne lésée les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais."

Art. 9

Dans la même loi, il est inséré un article 145/5 rédigé comme suit:

"Limitations au champ d'application

Art. 145/5. Les articles 145/2 et 145/3 s'appliquent lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement à la personne lésée. Ils ne s'appliquent pas:

heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de benadeelde vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de benadeelde de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het tweede lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het eerste en tweede lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100."

Art. 8

In dezelfde wet wordt een artikel 145/4 ingevoegd, luidende:

"Opschorting van de termijnen

Art. 145/4. De termijnen waarin de artikelen 145/2 en 145/3 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de benadeelde schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken."

Art. 9

In dezelfde wet wordt een artikel 145/5 ingevoegd, luidende:

"Beperkingen van het toepassingsgebied

Art. 145/5. De artikelen 145/2 en 145/3 zijn van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de benadeelde worden gedaan. Zij gelden niet:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance."

CHAPITRE 3

Entrée en vigueur

Art. 10

La présente loi entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Elle s'applique aux demandes d'indemnisation introduites à partir de cette date.

Donné à Bruxelles, le 19 décembre 2023.

PHILIPPE

PAR LE ROI:

Le ministre de l'Économie,

Pierre-Yves Dermagne

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt gestort volgens een met deze dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie."

HOOFDSTUK 3

Inwerkingtreding

Art. 10

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Zij is van toepassing op de verzoeken tot schadevergoeding die vanaf deze datum zijn ingediend.

Gegeven te Brussel, 19 december 2023.

FILIP

VAN KONINGSWEGE:

De minister van Economie,

Pierre-Yves Dermagne

COORDINATION DES ARTICLES

Texte de base	Texte adapté au projet de loi
CHAPITRE 2. – Modifications de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances	
	Paielement d'une prestation d'assurance et sanctions Art. 73/1. § 1^{er}. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 111/1, 121, 145/1 à 145/5, 197/1 et 197/2 de la présente loi, ainsi que les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs. § 2. Lorsqu'une personne présente une demande de paiement d'une prestation d'assurance à la suite d'un sinistre mais que l'assureur conteste la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance. Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé. Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur. Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. L'assureur effectue la prestation d'assurance convenue dans le délai prévu au paragraphe 6 à compter du moment où:

1° il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin; et

2° aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne:

a) la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance;

b) le montant de la prestation d'assurance due.

§ 4. Lorsque le montant définitif de la prestation d'assurance est contesté, l'assureur paie la partie de la prestation d'assurance incontestablement due constatée de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation d'assurance dans le délai prévu au paragraphe 6.

§ 5. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 6. Les montants dus sont payés dans les trente jours de leur fixation.

La partie de la prestation d'assurance qui n'est pas versée dans le délai visé à l'alinéa 1^{er} porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 7. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 8. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 6 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit au bénéficiaire de la prestation d'assurance les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui

rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

§ 9. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.

Païement d'une demande d'indemnisation et sanctions

Art. 111/1. § 1^{er}. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment l'article 121 de la présente loi.

§ 2. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse

motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. Pour autant qu'il n'y ait pas de contestation sur la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord.

En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. À défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert.

L'indemnité doit être payée dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

§ 4. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 3 sont suspendus dans les cas suivants:

1° l'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever

	préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée par l'assureur dès que possible et, en cas d'expertise, au plus tard dans les trente jours de la clôture de celle-ci. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement; 3° l'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage visées au paragraphe 3. § 5. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 3, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires. § 6. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes. § 7. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel. § 8. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas: 1° aux tiers subrogés; 2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.
Paiement de l'indemnité Art. 121. § 1^{er}. Les parties peuvent convenir que l'indemnité n'est payable qu'au fur et à mesure de la reconstitution ou de la reconstruction des biens assurés.	Paiement de l'indemnité Art. 121. § 1^{er}. Les parties peuvent convenir que l'indemnité n'est payable qu'au fur et à mesure de la reconstitution ou de la reconstruction des biens assurés.

Le défaut de reconstruction ou de reconstitution desdits biens pour une cause étrangère à la volonté de l'assuré est sans effet sur le calcul de l'indemnité, sauf qu'il rend inapplicable la clause de valeur à neuf.

§ 2. En ce qui concerne les risques simples définis par le Roi, l'indemnité est payée de la manière suivante:

1° l'assureur verse le montant destiné à couvrir les frais de relogement et les autres frais de première nécessité au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date de la communication de la preuve que lesdits frais ont été exposés;

2° l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord. En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert. L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage;

3° en cas de reconstruction ou de reconstitution des biens sinistrés, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le restant de l'indemnité peut être payé par tranches au fur et à mesure de l'avancement de la reconstruction ou de la reconstitution pour autant que la tranche précédente soit épuisée.

Les parties peuvent convenir après le sinistre une autre répartition du paiement des tranches d'indemnité;

4° en cas de remplacement du bâtiment sinistré par l'acquisition d'un autre bâtiment, l'assureur est

Le défaut de reconstruction ou de reconstitution desdits biens pour une cause étrangère à la volonté de l'assuré est sans effet sur le calcul de l'indemnité, sauf qu'il rend inapplicable la clause de valeur à neuf.

§ 2. En ce qui concerne les risques simples définis par le Roi, l'indemnité est payée de la manière suivante:

1° l'assureur verse le montant destiné à couvrir les frais de relogement et les autres frais de première nécessité au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date de la communication de la preuve que lesdits frais ont été exposés;

2° l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord. En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert. L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage;

3° en cas de reconstruction ou de reconstitution des biens sinistrés, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le restant de l'indemnité peut être payé par tranches au fur et à mesure de l'avancement de la reconstruction ou de la reconstitution pour autant que la tranche précédente soit épuisée.

Les parties peuvent convenir après le sinistre une autre répartition du paiement des tranches d'indemnité;

4° en cas de remplacement du bâtiment sinistré par l'acquisition d'un autre bâtiment, l'assureur est

tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut d'expertise, de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le solde est versé à la passation de l'acte authentique d'acquisition du bien de remplacement;

5° dans tous les autres cas, l'indemnité est payable dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou à défaut la date de la fixation du montant du dommage;

6° la clôture de l'expertise ou l'estimation du dommage visées aux 3°, 4° et 5° ci-dessus doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date de la déclaration du sinistre.

§ 3. Les délais prévus au paragraphe 2 sont suspendus dans les cas suivants:

1° L'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° Il s'agit d'un vol ou il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée au plus tard dans les trente jours de la clôture de l'expertise ordonnée par lui. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° Le sinistre est dû à une catastrophe naturelle définie à la sous-section 2 de la présente section. Dans ce cas, le ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions peut allonger les délais prévus au paragraphe 2, 1°, 2° et 6°;

4° L'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2, 6°.

§ 4. 1°. Sans préjudice de l'application des autres dispositions de la présente loi qui permettent de

tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut d'expertise, de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le solde est versé à la passation de l'acte authentique d'acquisition du bien de remplacement;

5° dans tous les autres cas, l'indemnité est payable dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou à défaut la date de la fixation du montant du dommage;

6° la clôture de l'expertise ou l'estimation du dommage visées aux 3°, 4° et 5° ci-dessus doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date de la déclaration du sinistre.

§ 3. Les délais prévus au paragraphe 2 sont suspendus dans les cas suivants:

1° L'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° ~~Il s'agit d'un vol ou~~ il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée au plus tard dans les trente jours de la clôture de l'expertise ordonnée par lui. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° Le sinistre est dû à une catastrophe naturelle définie à la sous-section 2 de la présente section. Dans ce cas, le ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions peut allonger les délais prévus au paragraphe 2, 1°, 2° et 6°;

4° L'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2, 6°.

§ 4. 1°. Sans préjudice de l'application des autres dispositions de la présente loi qui permettent de

réduire l'indemnité, l'indemnité visée au paragraphe 2 ne peut être inférieure:

a) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré reconstruit, reconstitue ou remplace le bien sinistré, à 100 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite conformément au paragraphe 5.

Toutefois, si le prix de reconstruction, de reconstitution ou la valeur de remplacement est inférieur à l'indemnité pour le bien sinistré calculée en valeur à neuf au jour du sinistre, l'indemnité est au moins égale à cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement majorée de 80 % de la différence entre l'indemnité initialement prévue et cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement déduction faite du pourcentage de vétusté du bien sinistré et des taxes et droits qui seraient redevables sur cette différence, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

b) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré ne reconstruit, ne reconstitue ou ne remplace pas le bien sinistré, à 80 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

c) dans le cas d'une assurance en une autre valeur, à 100 % de cette valeur;

2° en cas de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement du bien sinistré, l'indemnité visée au paragraphe 2 comprend tous taxes et droits généralement quelconques;

3° si le contrat comporte une formule d'adaptation automatique, l'indemnité pour le bâtiment sinistré, calculée au jour du sinistre, diminuée de l'indemnité déjà payée, est majorée en fonction de la majoration éventuelle du dernier indice connu au moment du sinistre, pendant le délai normal de reconstruction qui commence à courir à la date du sinistre sans que l'indemnité totale ainsi majorée puisse dépasser 120 % de l'indemnité initialement fixée ni excéder le coût total de la reconstruction.

§ 5. En cas d'assurance en valeur à neuf, la vétusté d'un bien sinistré ou de la partie sinistrée d'un bien ne peut être déduite que si elle excède 30 % de la valeur à neuf.

§ 6. Les paragraphes 1^{er}, 4 et 5 ne s'appliquent pas à l'assurance de la responsabilité.

§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour

réduire l'indemnité, l'indemnité visée au paragraphe 2 ne peut être inférieure:

a) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré reconstruit, reconstitue ou remplace le bien sinistré, à 100 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite conformément au paragraphe 5.

Toutefois, si le prix de reconstruction, de reconstitution ou la valeur de remplacement est inférieur à l'indemnité pour le bien sinistré calculée en valeur à neuf au jour du sinistre, l'indemnité est au moins égale à cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement majorée de 80 % de la différence entre l'indemnité initialement prévue et cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement déduction faite du pourcentage de vétusté du bien sinistré et des taxes et droits qui seraient redevables sur cette différence, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

b) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré ne reconstruit, ne reconstitue ou ne remplace pas le bien sinistré, à 80 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

c) dans le cas d'une assurance en une autre valeur, à 100 % de cette valeur;

2° en cas de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement du bien sinistré, l'indemnité visée au paragraphe 2 comprend tous taxes et droits généralement quelconques;

3° si le contrat comporte une formule d'adaptation automatique, l'indemnité pour le bâtiment sinistré, calculée au jour du sinistre, diminuée de l'indemnité déjà payée, est majorée en fonction de la majoration éventuelle du dernier indice connu au moment du sinistre, pendant le délai normal de reconstruction qui commence à courir à la date du sinistre sans que l'indemnité totale ainsi majorée puisse dépasser 120 % de l'indemnité initialement fixée ni excéder le coût total de la reconstruction.

§ 5. En cas d'assurance en valeur à neuf, la vétusté d'un bien sinistré ou de la partie sinistrée d'un bien ne peut être déduite que si elle excède 30 % de la valeur à neuf.

§ 6. Les paragraphes 1^{er}, 4 et 5 ne s'appliquent pas à l'assurance de la responsabilité.

§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour

suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 8. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, le bénéficiaire, de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants mentionnés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux risques simples déterminés par le Roi conformément au paragraphe 2.

	§ 9. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes. § 10. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.
	Champ d'application du paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions en cas de couverture de responsabilité Art. 145/1. Les articles 145/2 à 145/5 s'appliquent aux dommages subis par des personnes lésées qui sont des personnes physiques ou des personnes morales. Ils s'appliquent à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.
	Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions Art. 145/2. § 1^{er}. Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque chacune des conditions suivantes est remplie: 1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée, 2° la responsabilité n'est pas contestée, 3° et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié. Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'assureur ou son mandataire chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et

prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

§ 2. La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution.

§ 3. Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit en faveur de la personne lésée au paiement d'un montant complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où le montant a été versé à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1^{er} est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, au jour du jugement ou de l'arrêt.

§ 4. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 5. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

Sanctions en cas d'absence de réponse motivée en cas de contestation

Art. 145/3. § 1^{er}. Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,

2° la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie, ou que

3° le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

§ 2. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur de la personne lésée .

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}, la personne lésée a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur de la personne lésée à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours mentionné à l'alinéa 2 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par la personne lésée, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 2 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse

	motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée. Les montants mentionnés aux alinéas 1^{er} et 2 sont indexés automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation aura lieu pour la première fois le 1^{er} janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédant l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base à utiliser pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.
	Suspension des délais Art. 145/4. Les délais prévus aux articles 145/2 et 145/3 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit à la personne lésée les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.
	Limitations au champ d'application Art. 145/5. Les articles 145/2 et 145/3 s'appliquent lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement à la personne lésée. Ils ne s'appliquent pas: 1° aux tiers subrogés; 2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.

COÖRDINATIE VAN DE ARTIKELN

Basistekst	Tekst aangepast aan het wetsontwerp
HOOFDSTUK 2. – Wijzigingen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen	
	Betaling van een verzekeringsprestatie en sancties Art. 73/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 111/1, 121, 145/1 tot en met 145/5, 197/1 en 197/2 van deze wet, alsook de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen. § 2. Wanneer iemand naar aanleiding van een schadegeval een verzoek tot betaling van een verzekeringsprestatie indient maar de verzekeraar de dekking van dit schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie. Wanneer de begunstigde van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen. De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de

dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de verzekeringsprestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde betalingsvoorstel.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

§ 3. De verzekeraar voert de overeengekomen verzekeringsprestatie uit binnen de termijn waarin paragraaf 6 voorziet vanaf het moment waarop:

1° hij over alle hiertoe redelijkerwijs benodigde elementen beschikt; en

2° er geen enkele betwisting meer bestaat betreffende:

a) de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst;

b) het bedrag van de verschuldigde verzekeringsprestatie.

§ 4. Wanneer het definitieve bedrag van de verzekeringsprestatie betwist wordt, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de verzekeringsprestatie dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de verzekeringsprestatie is vastgesteld binnen de termijn bepaald in paragraaf 6.

§ 5. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.

§ 6. De verschuldigde bedragen worden betaald binnen dertig dagen na hun vaststelling.

Het gedeelte van de verzekeringsprestatie dat niet binnen de in het eerste lid bedoelde termijn wordt betaald, brengt van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop de termijn verstrijkt tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 7. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 8. De termijnen waarin paragraaf 2 en 6 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de begunstigde van de verzekeringsprestatie schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

§ 9. Dit artikel is van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie.

Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties

Art. 111/1. § 1. Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name artikel 121 van deze wet.

§ 2. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het

verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie.

Wanneer de begunstigde van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

§ 3. Voor zover de dekking van het schadegeval door de overeenkomst niet wordt

betwist, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord.

In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in voorkomend geval de derde expert worden voorgeschieden door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert.

De schadevergoeding moet betaald worden binnen dertig dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag.

§ 4. De termijnen waarin paragraaf 2 en 3 voorzien, worden opgeschort in de volgende gevallen:

1° de verzekerde heeft op de datum van de beëindiging van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet door de verzekeraar worden geformuleerd zodra dit mogelijk is, en in het geval van een expertise

	uiterlijk binnen dertig dagen na de beëindiging ervan. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling gebeuren binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis heeft genomen van de conclusies van het genoemde dossier; 3° de verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de beëindiging van de expertise of de vaststelling van het schadebedrag bedoeld in paragraaf 3 beletten. § 5. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld in paragraaf 3, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden. § 6. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn. § 7. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting. § 8. Dit artikel is slechts van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet: 1° voor gesubrogeerde derden; 2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie.
Betaling van schadevergoeding	Betaling van schadevergoeding
Art. 121. § 1. De partijen kunnen overeenkomen dat de vergoeding slechts	Art. 121. § 1. De partijen kunnen overeenkomen dat de vergoeding slechts

betaalbaar zal zijn naarmate de verzekerde goederen worden wedersamengesteld of wederopgebouwd.

De niet-wederopbouw of -wedgesamenstelling van die goederen buiten de wil van de verzekerde, heeft geen invloed op de berekening van de vergoeding, behalve dat het nieuwwaardebeding ontoepasselijk wordt.

§ 2. Voor wat betreft de eenvoudige risico's bepaald door de Koning, wordt de vergoeding betaald als volgt :

1° de verzekeraar stort het bedrag tot dekking van de kosten van huisvesting en van andere eerste hulp ten laatste binnen vijftien dagen die volgen op de datum van de mededeling van het bewijs dat deze kosten werden gemaakt;

2° de verzekeraar betaalt het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord. In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding, stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de verzekeraar het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de expert aangesteld door de verzekerde en desgevallend de derde expert worden voorgeschieden door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar heeft op de hoogte gebracht van de aanstelling van zijn expert. De schadevergoeding moet betaald worden binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebreke daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;

3° in geval van wederopbouw of wedersamenstelling van de beschadigde goederen, is de verzekeraar ertoe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van sluiting van de expertise of, bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van

betaalbaar zal zijn naarmate de verzekerde goederen worden wedersamengesteld of wederopgebouwd.

De niet-wederopbouw of -wedgesamenstelling van die goederen buiten de wil van de verzekerde, heeft geen invloed op de berekening van de vergoeding, behalve dat het nieuwwaardebeding ontoepasselijk wordt.

§ 2. Voor wat betreft de eenvoudige risico's bepaald door de Koning, wordt de vergoeding betaald als volgt :

1° de verzekeraar stort het bedrag tot dekking van de kosten van huisvesting en van andere eerste hulp ten laatste binnen vijftien dagen die volgen op de datum van de mededeling van het bewijs dat deze kosten werden gemaakt;

2° de verzekeraar betaalt het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord. In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding, stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de verzekeraar het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de expert aangesteld door de verzekerde en desgevallend de derde expert worden voorgeschieden door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar heeft op de hoogte gebracht van de aanstelling van zijn expert. De schadevergoeding moet betaald worden binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebreke daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;

3° in geval van wederopbouw of wedersamenstelling van de beschadigde goederen, is de verzekeraar ertoe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van sluiting van de expertise of, bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van

het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in paragraaf 4, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

De rest van de vergoeding mag worden betaald in schijven naargelang de wederopbouw of wedersamenstelling vorderen, voor zover de voorgaande schijf uitgeput is.

De partijen kunnen na het schadegeval een andere verdeling van de betaling van de vergoedingsschijven overeenkomen;

4° in geval van vervanging van het beschadigde gebouw door de aankoop van een ander gebouw is de verzekeraar er toe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis eraan, van de bepaling van het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in paragraaf 4, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

Het saldo wordt gestort bij het verlijden van de authentieke akte van aankoop van het vervangingsgoed;

5° in alle andere gevallen is de vergoeding betaalbaar binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van het bedrag van de schade;

6° de sluiting van de expertise of de schatting van de schade bedoeld bij 3°, 4° en 5° hierboven moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum van de aangifte van het schadegeval.

§ 3. De termijnen bedoeld bij paragraaf 2 worden opgeschort in de volgende gevallen :

1° De verzekerde heeft op de datum van sluiting van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die hem door de verzekeringsovereenkomst zijn opgelegd. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° Het gaat over een diefstal of er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet uiterlijk binnen dertig dagen na de afsluiting van de door hem bevolen expertise geformuleerd

het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in paragraaf 4, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

De rest van de vergoeding mag worden betaald in schijven naargelang de wederopbouw of wedersamenstelling vorderen, voor zover de voorgaande schijf uitgeput is.

De partijen kunnen na het schadegeval een andere verdeling van de betaling van de vergoedingsschijven overeenkomen;

4° in geval van vervanging van het beschadigde gebouw door de aankoop van een ander gebouw is de verzekeraar er toe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis eraan, van de bepaling van het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in paragraaf 4, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

Het saldo wordt gestort bij het verlijden van de authentieke akte van aankoop van het vervangingsgoed;

5° in alle andere gevallen is de vergoeding betaalbaar binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van het bedrag van de schade;

6° de sluiting van de expertise of de schatting van de schade bedoeld bij 3°, 4° en 5° hierboven moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum van de aangifte van het schadegeval.

§ 3. De termijnen bedoeld bij paragraaf 2 worden opgeschort in de volgende gevallen :

1° De verzekerde heeft op de datum van sluiting van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die hem door de verzekeringsovereenkomst zijn opgelegd. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° ~~Het gaat over een diefstal of~~ er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet uiterlijk binnen dertig dagen na de afsluiting van de door hem bevolen expertise geformuleerd

worden. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling geschieden binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis genomen heeft van de conclusies van het genoemde dossier;

3° Het schadegeval is veroorzaakt door een natuurramp bedoeld bij onderafdeling 2 van deze afdeling. In dit geval kan de minister bevoegd voor Economische Zaken de termijnen bedoeld bij paragraaf 2, 1°, 2° en 6°, verlengen;

4° De verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om,, de sluiting van de expertise of de raming van de schade, bedoeld in paragraaf 2, 6°, beletten.

§ 4. 1°. Onverminderd de toepassing van de andere bepalingen van deze wet die een vermindering van de vergoeding mogelijk maken, mag de vergoeding bedoeld in paragraaf 2 niet minder zijn dan :

a) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 100 % van deze nieuwwaarde na aftrek van slijtage overeenkomstig paragraaf 5.

Zo evenwel de wederopbouwprijs, de wedersamenstellingsprijs of de vervangingswaarde lager ligt dan de vergoeding voor het beschadigde goed, berekend in nieuwwaarde op de dag van het schadegeval, is de vergoeding minstens gelijk aan deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verhoogd met 80 % van het verschil tussen de oorspronkelijk voorziene vergoeding en deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verminderd met het slijtagepercentage van het beschadigde goed en met de taksen en rechten die zouden verschuldigd zijn op dit verschil na aftrek van de slijtage, overeenkomstig paragraaf 5;

b) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed niet wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 80 % van deze nieuwwaarde na aftrek van de slijtage, overeenkomstig paragraaf 5;

c) in geval van verzekering tegen een andere waarde, 100 % van deze waarde;

2° in geval van wederopbouw, wedersamenstelling of vervanging van het

worden. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling geschieden binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis genomen heeft van de conclusies van het genoemde dossier;

3° Het schadegeval is veroorzaakt door een natuurramp bedoeld bij onderafdeling 2 van deze afdeling. In dit geval kan de minister bevoegd voor Economische Zaken de termijnen bedoeld bij paragraaf 2, 1°, 2° en 6°, verlengen;

4° De verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om,, de sluiting van de expertise of de raming van de schade, bedoeld in paragraaf 2, 6°, beletten.

§ 4. 1°. Onverminderd de toepassing van de andere bepalingen van deze wet die een vermindering van de vergoeding mogelijk maken, mag de vergoeding bedoeld in paragraaf 2 niet minder zijn dan :

a) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 100 % van deze nieuwwaarde na aftrek van slijtage overeenkomstig paragraaf 5.

Zo evenwel de wederopbouwprijs, de wedersamenstellingsprijs of de vervangingswaarde lager ligt dan de vergoeding voor het beschadigde goed, berekend in nieuwwaarde op de dag van het schadegeval, is de vergoeding minstens gelijk aan deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verhoogd met 80 % van het verschil tussen de oorspronkelijk voorziene vergoeding en deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verminderd met het slijtagepercentage van het beschadigde goed en met de taksen en rechten die zouden verschuldigd zijn op dit verschil na aftrek van de slijtage, overeenkomstig paragraaf 5;

b) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed niet wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 80 % van deze nieuwwaarde na aftrek van de slijtage, overeenkomstig paragraaf 5;

c) in geval van verzekering tegen een andere waarde, 100 % van deze waarde;

2° in geval van wederopbouw, wedersamenstelling of vervanging van het

beschadigde goed, omvat de vergoeding bedoeld bij paragraaf 2 alle taksen en rechten;

3° indien de overeenkomst een formule van automatische aanpassing bevat, wordt de vergoeding voor het beschadigde gebouw, berekend op de dag van het schadegeval, verminderd met de vergoeding die reeds werd uitbetaald, verhoogd volgens de eventuele verhoging van het op het ogenblik van het schadegeval bekende jongste indexcijfer, gedurende de normale heropbouwperiode die begint te lopen op de datum van het schadegeval zonder dat de op die wijze verhoogde totale vergoeding 120 % van de oorspronkelijk vastgestelde vergoeding mag overschrijden en evenmin meer mag bedragen dan de totale kostprijs van de heropbouw.

§ 5. In geval van verzekering tegen nieuwwaarde mag de slijtage van een beschadigd goed of van het beschadigde gedeelte van een goed slechts worden afgetrokken indien deze hoger ligt dan 30 % van de nieuwwaarde.

§ 6. De paragrafen 1, 4 en 5 zijn niet van toepassing op de aansprakelijkheidsverzekering.

§ 7. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld bij paragraaf 2, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een intrest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke intrestvoet te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

beschadigde goed, omvat de vergoeding bedoeld bij paragraaf 2 alle taksen en rechten;

3° indien de overeenkomst een formule van automatische aanpassing bevat, wordt de vergoeding voor het beschadigde gebouw, berekend op de dag van het schadegeval, verminderd met de vergoeding die reeds werd uitbetaald, verhoogd volgens de eventuele verhoging van het op het ogenblik van het schadegeval bekende jongste indexcijfer, gedurende de normale heropbouwperiode die begint te lopen op de datum van het schadegeval zonder dat de op die wijze verhoogde totale vergoeding 120 % van de oorspronkelijk vastgestelde vergoeding mag overschrijden en evenmin meer mag bedragen dan de totale kostprijs van de heropbouw.

§ 5. In geval van verzekering tegen nieuwwaarde mag de slijtage van een beschadigd goed of van het beschadigde gedeelte van een goed slechts worden afgetrokken indien deze hoger ligt dan 30 % van de nieuwwaarde.

§ 6. De paragrafen 1, 4 en 5 zijn niet van toepassing op de aansprakelijkheidsverzekering.

§ 7. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld bij paragraaf 2, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een intrest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke intrestvoet te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 8. Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie.

Wanneer de begunstigde, van de verzekeringsprestatie, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in het eerste lid, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de begunstigde van de verzekeringsprestatie vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen.

De termijn van elf dagen, bedoeld in het derde lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de begunstigde van de verzekeringsprestatie de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst.

Het bedrag, bedoeld in het derde lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

De in het tweede en derde lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijsen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.

Deze paragraaf is niet van toepassing op de eenvoudige risico's die de Koning overeenkomstig paragraaf 2 heeft bepaald.

§ 9. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

	§ 10. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.
	Toepassingsgebied van de betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties in het geval van de aansprakelijkheidsdekking Art. 145/1. De artikelen 145/2 tot en met 145/5 zijn van toepassing voor schade geleden door benadeelden die natuurlijke personen of rechtspersonen zijn. Zij gelden bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.
	Betaling van een verzoek tot schadevergoeding en sancties Art. 145/2. § 1. Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen wanneer aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan : 1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst niet wordt betwist, 2° de aansprakelijkheid niet wordt betwist, 3° en de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd. Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeraar of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en

invaliditeit die al zijn verstreken of nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig eenzijdig verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2. De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

§ 3. Indien geen voorstel is voorgelegd binnen de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden ten voordele van de benadeelde tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in paragraaf 1

	bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van de in paragraaf 1, eerste lid, bedoelde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest. § 4. De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting. § 5. Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de verzekeringsprestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.
	Sancties in het geval van ontbreken van een met redenen omkleed antwoord in het geval van betwisting Art. 145/3. § 1. Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar: 1° de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst wordt betwist, 2° de aansprakelijkheid wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld, of 3° de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is, dient de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. § 2. Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in paragraaf 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 300 euro betalen ten voordele van de benadeelde. Wanneer de benadeelde, na het verstrijken van de termijn van drie maanden bedoeld in paragraaf 1, bij aangetekende zending of met om het even welk ander gelijkgesteld middel

	een herinnering aan de verzekeraar heeft verzonden, is deze van rechtswege gehouden tot betaling van een forfaitair bedrag van 300 euro per dag vertraging ten voordele van de benadeelde vanaf de dag van de verzending van de herinnering indien hij niet binnen elf dagen op de herinnering heeft geantwoord. De Koning kan de communicatiemiddelen die als equivalent aan de aangetekende zending worden beschouwd nader bepalen. De termijn van elf dagen, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de derde werkdag na de dag waarop de benadeelde de herinnering heeft verzonden, tenzij de verzekeraar het tegendeel bewijst. Het bedrag, bedoeld in het tweede lid, is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding. De in het eerste en tweede lid genoemde bedragen worden jaarlijks op 1 januari automatisch geïndexeerd op basis van het meest recent beschikbare indexcijfer van de consumptieprijzen. De indexering zal voor de eerste maal gebeuren op 1 januari van het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van huidige wet, met als referentie-index de consumptieprijsindex van de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding van huidige wet. Het basisjaar dat gebruikt dient te worden voor de consumptieprijsindex is 2013 = 100.
	Opschorting van de termijnen Art. 145/4. De termijnen waarin de artikelen 145/2 en 145/3 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de benadeelde schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.
	Beperkingen van het toepassingsgebied Art. 145/5. De artikelen 145/2 en 145/3 zijn van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks

aan de benadeelde worden gedaan. Zij gelden niet:

1° voor gesubrogeerde derden;

2° wanneer de verzekeringsprestatie aan een dienstverlenende derde wordt gestort volgens een met deze dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze verzekeringsprestatie.

Commission des Assurances**Bruxelles, le 23 décembre 2022****DOC/C2022/8****Avis****sur les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance****I. INTRODUCTION**

Le 13 septembre 2021, Monsieur Pierre-Yves Dermagne, vice-Premier ministre et ministre de l'Économie et du Travail, a demandé à la Commission des Assurances de rendre un avis et de rédiger un projet de loi relatif aux délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance.

Le ministre explique sa demande comme suit : « *Actuellement, seules certaines branches d'assurance imposent des délais d'indemnisation. Dans l'optique de la protection des consommateurs. Il semble souhaitable d'introduire un cadre légal général pour le règlement des sinistres. L'on peut par ailleurs lire ce qui suit dans la note de politique générale Économie du 4 novembre 2020 : « Diverses voix dans le domaine des assurances se sont élevées en faveur d'une indemnisation plus rapide (...). Par ailleurs, conformément à la recommandation de l'Ombudsman des assurances, un encadrement légal de l'indemnisation des sinistres assorti de sanctions sera examiné.* ». »

La Commission des Assurances a abordé cette demande lors de 10 réunions tenues entre le 18 novembre 2021 et le 15 décembre 2022. Elle rend par la présente l'avis suivant.

II. GÉNÉRALITÉS

1. La Commission des Assurances présente ci-après les deux projets suivants :

- un projet de nouvelles dispositions légales, assorti d'une explication.

Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne quatre propositions. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (voir le point III ci-dessous).

- un projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (« Loi RC auto ») (voir point IV ci-dessous).

2. Quelques points liés au règlement de sinistres mais sortant du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance sont en outre mis en lumière (voir le point V ci-dessous).

III. PROJET DE NOUVELLES DISPOSITIONS LÉGALES ET EXPLICATION

La Commission des Assurances soumet par la présente le projet de nouvelles dispositions légales et l'explication suivants. Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne deux propositions au sujet desquels les représentants des consommateurs et des experts ne partagent pas le point de vue des représentants des entreprises d'assurance, une proposition articulée en trois axes sur laquelle les opinions des représentants des consommateurs diffèrent, et un régime transitoire. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (voir le point III ci-dessous).

A. Résumé

La matière des délais de paiement des prestations d'assurance par les assureurs est réglementée de manière précise dans certaines branches d'assurance : RC Auto, Incendie, Vie et Pensions complémentaires. Aucune disposition n'existe en revanche pour les autres branches.

En vue de combler cette lacune, la proposition suivante s'articule autour de trois axes :

- *Assurances de responsabilité* (p.ex. RC Vie privée, RC objective incendie et explosion dans les lieux accessibles au public) : extension des règles applicables en assurance RC Auto ;
- *Assurances de choses* (p.ex. assurances Auto dégâts matériels, Vol...) : extension des règles applicables en assurance Incendie;
- *Autres assurances* (p.ex. assurances Santé, Accidents, à l'exception de l'assurance Accidents du travail, qui est soumise à un régime légal spécifique) : introduction d'une disposition générale qui prévoit que l'assureur effectue la prestation convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin et au plus tard dans les 30 jours qui suivent cette date.

La question des provisions, de leur montant et des délais dans lesquels elles sont octroyées fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière.

De manière générale, une bonne communication réciproque entre assureurs et assurés ou personnes lésées, relative notamment aux informations pertinentes et nécessaires au règlement du sinistre, est le meilleur moyen d'assurer un règlement optimal et sans retard injustifié des sinistres.

Les représentants des entreprises d'assurances font à cet égard remarquer que les retards dans les paiements des prestations d'assurance ne sont en général pas dus au fait de l'assureur mais sont liés à d'autres facteurs tels que la complexité du sinistre, la longueur des expertises, la difficulté d'accéder au dossier répressif, l'absence de collaboration des parties, etc. L'imposition de délais stricts et de sanctions en cas de non-respect de ceux-ci n'aura dès lors pas pour effet d'éliminer totalement les cas où des retards surviennent.

B. Législation existante

Les délais dans lesquels les assureurs doivent effectuer leurs prestations contractuelles sont réglementés dans certaines branches d'assurances par des dispositions légales particulières.

C'est le cas en :

- Assurance RC Auto : art. 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 sur l'assurance RC Auto ;
- Assurance Incendie : art. 121 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; voir aussi l'article 9 de l'arrêté royal du 24 décembre 1992 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples;
- Assurance Vie : art. 197/1 et 197/2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- Pensions complémentaires (2^{ème} pilier) :
 - art. 27 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires,

- art. 49 de la loi-programme du 24 décembre 2002,
- art. 40 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses,
- art. 7 de la loi du 18 février 2018 portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires et instaurant une pension complémentaire pour les travailleurs indépendants personnes physiques, pour les conjoints aidants et pour les aidants indépendants,
- art. 11 de la loi du 6 décembre 2018 instaurant une pension libre complémentaire pour les travailleurs salariés et portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires.

Il n'existe en revanche pas de disposition générale applicable à l'ensemble des branches d'assurance.

C. Explication des nouvelles dispositions proposées

Force est de constater que la législation actuelle présente des incohérences en ce qui concerne les délais relatifs au paiement des prestations d'assurance : d'une part, elle prévoit des règles très précises, assorties de sanctions, pour un certain nombre de branches d'assurance (RC Auto, Incendie et Vie). D'autre part, les branches non visées par les dispositions en question ne sont soumises à aucune règle.

Cette situation n'est clairement pas satisfaisante pour les assurés et les personnes lésées. Afin d'y remédier, la Commission formule la proposition développée ci-après, qui s'articule autour des trois axes suivants :

- assurances de responsabilité ;
- assurances de choses ;
- autres assurances.

La troisième catégorie est la catégorie résiduaire qui reprend les assurances qui ne sont ni de responsabilité ni de choses et qui ne font pas déjà l'objet de dispositions légales spécifiques (p.ex. assurance santé, accidents...).

1. Assurances de responsabilité

Des dispositions sont insérées dans la section « Assurances de la responsabilité » de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (par exemple art. 146-1). Elles reprennent les lignes de force de la réglementation applicable en assurance RC Auto (art. 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à savoir :

- présentation d'une offre d'indemnisation motivée dans les trois mois qui suivent la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation lorsque :
 - le sinistre entre dans le périmètre de la garantie prévue par le contrat d'assurance ;
 - la responsabilité n'est pas contestée ;
 - le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.
- présentation dans ce délai d'une offre d'avance si, dans les conditions mentionnées ci-avant, le dommage n'est pas entièrement quantifié. La proposition a adapté et clarifié le libellé du texte de la loi RC Auto, notamment en ce qui concerne les avances en cas de dommage corporel. Cette disposition implique une bonne information de l'assureur par la personne lésée en ce qui concerne par

exemple les versements éventuels que cette dernière aurait reçus de la part d'autres intervenants tels que l'assureur accidents du travail ou la mutuelle ;

bien entendu, l'assureur ne pourrait profiter de ces avances pour demander que soient signées des quittances pour solde de compte, chaque quittance devant se comprendre sous toutes réserves généralement quelconques et sans aucune renonciation ou reconnaissance de la part de la personne lésée ;

- possibilité d'introduire une nouvelle demande auprès de l'assureur au plus tôt six mois après la demande précédente et ce, sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur le dommage et son évolution ;

- l'assureur ne peut demander à la personne lésée que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de l'indemnité ;

- le texte précise en outre que l'assureur prend en considération les rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. Il communique spontanément à la personne lésée, dans un souci de transparence, les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale (pour autant qu'un tel rapport soit disponible), en précisant clairement qu'il s'agit d'un rapport unilatéral et provisoire, et en incitant la personne lésée à s'informer sur ce à quoi elle a droit.

Des avances (ou provisions), calculées sur la base de ce rapport provisoire et des pièces dont dispose l'assureur, sont payées par ce dernier dans les délais prévus par la loi (voir ci-dessus) et ce, sans attendre les conclusions de l'expertise contradictoire. Elles visent notamment à couvrir l'« incontestablement dû », soit le préjudice déjà subi par la victime (p.ex. pertes de salaires) ainsi que le préjudice futur le plus probable pour les trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

- paiement d'une somme complémentaire calculée au taux d'intérêt légal, si aucune offre d'indemnisation ou d'avance n'est présentée dans ce délai de trois mois, ou à défaut de paiement dans les 30 jours suivant la réception de l'acceptation de l'offre, ou encore si le montant de l'offre est manifestement insuffisant ; concrètement, l'assureur devra payer deux fois l'intérêt légal pour le retard, une fois sur la base des règles de droit commun, et une seconde fois au titre de sanction complémentaire ;

- en cas de contestation de la couverture, des responsabilités ou du dommage, ou si ce dernier n'est pas quantifié, formulation dans les trois mois de la demande d'indemnisation d'une réponse motivée aux éléments invoqués par la personne lésée. Paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de la personne lésée par lettre recommandée (papier ou numérique) ou par un moyen équivalent. Ce formalisme est repris de la loi de 1989 sur l'assurance Auto. Il se justifie par la lourdeur de la sanction prévue. Il doit être certain et clair que l'assureur recevra le rappel et qu'il prenne ou puisse prendre connaissance de celui-ci avant l'activation de la sanction. De plus, il n'empêche pas la personne lésée de transmettre de simples rappels à l'assureur, écrits ou non, même s'ils n'auront pas pour effet d'activer la sanction.

La notion de « moyen équivalent » à la lettre recommandée vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d'avoir recours à d'autres moyens de communication que la lettre recommandée, à condition qu'ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie en ce qui concerne l'identité de la personne lésée, la date de la notification, l'identification du contrat d'assurance invoqué ainsi que le contenu du message envoyé. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d'identification tel qu'Itsme. Un simple e-mail (avec ou sans signature numérique) n'offre pas un degré suffisant de sécurité (cf. Commission des assurances DOC/C2022/1, 10 mars 2022 relatif à la législation en matière de résiliation des contrats d'assurance (etc.), pp. 8 à 10).

Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 1. Cette restriction à l'envoi d'un rappel par la personne lésée/assuré conforte la négligence de l'assureur, partie dominante au contrat d'assurance et au règlement du sinistre. Selon eux, tant le lettre que l'esprit de la Directive 2009/103 assurance RC auto (considérant 40 et articles 22 et 27) imposent de considérer que les sanctions effectives, proportionnelles et dissuasives dont il est question s'appliquent aux délais de paiement négligés par l'assureur.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :
Art. 145-3, § 2, al. 2 : « Cette somme est due à partir du jour où la personne lésée a appelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er}. »

- La motivation ne peut être de pure forme. Elle peut s'appuyer sur :
 - le fait que le sinistre n'est pas couvert par le contrat,
 - la contestation de la responsabilité de l'assuré ou du dommage,
 - le fait que les informations et documents communiqués par l'assuré sont incomplets ;
 - l'assureur ne sait pas à qui il doit payer l'indemnité (p.ex. en cas de litige entre les ayants-droits à la suite du décès de la personne lésée),
 - ...

2. Assurances de choses

On vise ici les assurances couvrant des choses *matérielles*, comme par exemple l'assurance Auto omnium (dégâts matériels), Vol, etc.... (à l'exclusion notamment des assurances crédit et caution, qui sont classées parmi les assurances de choses dans la loi relative aux assurances).

Un article est inséré dans la loi relative aux assurances, section assurances de choses (p.ex. art. 111-1), qui reprend les principes applicables en assurance incendie en cas de couverture, à savoir (cf. art. 121, § 2, 2°, § 3 et § 7 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances) :

- paiement de l'incontestablement dû, constaté de commun accord entre les parties, dans les 30 jours de cet accord ;
- en cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Le terme « *définitive* » indique ici que la décision en question

clôture la phase amiable du processus. Il ne signifie pas que la décision n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours en justice ;

- clôture de l'expertise ou fixation du montant du dommage dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert ;

- Les représentants des entreprises d'assurances proposent de maintenir le principe actuellement en vigueur sur la base duquel les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison. Cela implique en pratique que ces coûts seront à charge de l'assureur dès que l'assuré aura obtenu gain de cause pour une partie – fût-elle très limitée - de sa demande. Ce n'est que dans le cas où l'assuré n'aurait rien obtenu qu'il devrait prendre en charge le coût des deuxième et troisième experts. Ce dispositif se justifie par la nécessité d'éviter les contestations abusives de la part des assurés. Les assureurs sont bien entendu libres d'y déroger dans leurs contrats en prévoyant des règles plus favorables aux assurés et aux personnes lésées.

Les représentants des consommateurs ne sont pas d'accord avec cette proposition de maintenir la disposition prévue par l'article 121, §2 de la loi du 4 avril 2014. Ils estiment qu'il ne faudrait pas que les nouvelles dispositions légales facilitent une règle généralisée et confortée par cette disposition. Il faut par ailleurs constater que la (très) grande majorité des contrats d'assurances incendie actuels prévoient la couverture de tels frais à concurrence d'un pourcentage de l'indemnité due (barème de pourcentage dégressif de la couverture des frais d'expert).

Les experts se posent également des questions quant au maintien de la disposition prévue par l'article 121, § 2, de la loi du 4 avril 2014 dès lors qu'il est de pratique courante dans les conditions générales des polices incendie de s'en écarter et de travailler avec des barèmes. Cette pratique protège l'assuré en ne l'empêchant pas de contester l'évaluation initiale de l'expert de l'assureur, et met également l'assureur à l'abri de contestations infondées du rapport d'expertise par l'assuré.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§3, al. 2 : « Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison. »

- paiement de l'indemnité dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage ;
- en cas de non-respect des délais, paiement d'une pénalité calculée au double du taux d'intérêt légal.
- Un paragraphe précise que, lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Comme expliqué ci-dessus, les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de l'assuré par lettre recommandée ou

par un moyen équivalent. Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 2.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§2, al. 3 : « Cette somme est due à partir du jour où l'assuré a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}. »

- Enfin, il est prévu que l'assureur ne peut demander à l'assuré que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de l'indemnité.

3. Autres assurances

(p.ex. assurances Santé, Perte d'exploitation, Accidents, à l'exclusion de l'assurance Accidents du travail, qui fait l'objet d'un régime légal spécifique):

Une disposition générale, inspirée de la loi luxembourgeoise du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (art. 29), est introduite dans la loi relative aux assurances (p.ex. art. 67-1). La loi luxembourgeoise dispose que :

- l'assureur effectue la prestation convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin ;
- les sommes dues sont payées dans les 30 jours de leur fixation, sous peine de sanction (intérêts moratoires au taux légal).

Les précisions suivantes sont ajoutées :

- la disposition ne s'applique pas dans les cas où la question est régie par des dispositions légales particulières spécifiques ;
- lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Comme expliqué ci-dessus, les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de l'assuré par lettre recommandée ou par un moyen équivalent. Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 3.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :

Art. 73-1, §2, al. 3 : « Cette somme est due à partir du jour où le bénéficiaire de la prestation a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}. »

- lorsque le sinistre est couvert, la sanction en cas de non-respect du délai de paiement de la prestation d'assurance est fixée au double de l'intérêt légal et ce, dans un souci de parallélisme avec les deux premiers axes ;

- l'assureur paie l'incontestablement dû constaté de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation lorsque le montant précis et définitif de la prestation d'assurance ne peut être fixé immédiatement ;
- l'assureur ne peut demander au bénéficiaire de la prestation que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de la prestation.

Le texte proposé pour ce troisième axe est d'application générale et vise les divers types d'assurances qui ne sont pas réglementés par des textes spécifiques, qu'elles soient de dommages ou de personnes, indemnitaires ou forfaitaires. La terminologie est adaptée en conséquence. Les termes propres aux assurances de dommages tels que « victime », « dommage » et « indemnité » sont évités. Le texte utilise en revanche les notions de « prestation d'assurance » et de « bénéficiaire de la prestation ».

Par « textes spécifiques » il y a lieu d'entendre les dispositions existantes ou futures telles que celles applicables à l'assurance RC auto (art 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à l'assurance incendie ou l'assurance vie, ainsi que les situations visées par les nouvelles dispositions proposées, applicables aux assurances de responsabilité (axe 1) et aux assurances de choses (axe 2).

4. Dispositions communes aux trois axes développés ci-dessus

a) Information relative à l'expertise

Une information claire serait communiquée par l'assureur à l'assuré/la personne lésée en ce qui concerne notamment le déroulement de l'expertise (cf notamment la brochure diffusée par Assuralia) et la liste des documents pertinents et nécessaires au règlement du sinistre.

b) Suspension des délais dans certains cas particuliers

A l'instar de ce que prévoit l'article 121, § 3 de la loi du 4 avril 2014 relatif à l'assurance incendie, les textes disposeraient que les délais seraient suspendus dans certaines situations, par exemple lorsque l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance, ou dans le cas d'une présomption de sinistre intentionnel, ou lorsque les délais ne peuvent être respectés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assureur et de ses mandataires communiquées par l'assureur au bénéficiaire de la prestation (p.ex. en cas de sinistres multiples, de sinistre très complexe, ou encore parce que l'assureur ne sait pas à qui il peut payer l'indemnité en raison d'un litige entre héritiers).

Les représentants des entreprises d'assurances demandent de maintenir aussi la suspension des délais de paiement en cas de vol en assurance de choses, axe 2, comme prévu à l'article 121, §3, 2° de la loi du 4 avril 2014. Cette disposition permet à l'assureur de suspendre le paiement de l'indemnité en cas de vol jusqu'à sa prise de connaissance du dossier répressif, sans motivation. A leur avis, ce maintien se justifie par le fait que, en cas de doute sur les circonstances exactes du sinistre, sur la matérialité des faits, etc., l'assureur doit préalablement avoir accès au dossier répressif pour pouvoir déterminer si le sinistre est couvert ou non par le contrat d'assurance.

Les représentants des consommateurs et les experts ne voient pas pourquoi le seul fait que l'on soit en présence d'un vol justifie que soient gelées les possibilités de l'assuré d'obtenir des avances, voire

une indemnisation définitive. Cette disposition est d'autant moins acceptable que l'enquête répressive et la disponibilité du dossier répressif peuvent prendre beaucoup de temps alors que ce n'est évidemment pas parce qu'il y a un vol qu'il est nécessairement impossible de considérer que l'assuré n'est pas l'auteur de ce vol et d'évaluer les objets volés.

Ils font remarquer que l'Ombudsman des assurances a reçu plusieurs plaintes d'assurés ne comprenant pas pourquoi, en cas de vol, le dossier était complètement bloqué sans justification en attendant que l'assureur puisse accéder au dossier répressif, ce qui peut prendre des mois. L'assureur a en outre déjà la possibilité d'envoyer à l'assuré une réponse motivée expliquant que rien ne peut encore être réglé. Tout en reconnaissant qu'il est important de lutter contre la fraude et que la prudence s'impose en cas de soupçon de fraude, ils sont d'avis que l'assureur dispose déjà de suffisamment de moyens pour détecter une éventuelle fraude et ne pas (devoir) attendre d'avoir accès au dossier répressif. Ils estiment que la nouvelle législation doit être claire et qu'il s'agit d'éviter une surenchère législative.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§4, 2° : « Il s'agit **d'un vol** ou (...) ».

c) Limitation du dispositif aux bénéficiaires directs de la prestation

Le texte proposé ne s'applique qu'au bénéficiaire direct de la prestation d'assurance (assuré, personne lésée, bénéficiaire...), à l'exclusion des tiers subrogés (p.ex. mutuelle, autre assureur) ainsi que des prestataires de services à qui, conformément à un mécanisme convenu, l'assureur effectue des paiements en rémunération de prestations (p.ex. experts, médecins conseils, avocats en assurance Protection juridique).

Ils ne s'appliquent dès lors pas non plus dans le cas d'un système de tiers-payant instauré par l'assureur en collaboration avec un prestataire de services, par exemple un hôpital en assurance santé ou un garagiste ou un carrossier en assurance Auto (Dégâts matériels ou RC). Dans ces cas, la prestation d'assurance est directement payée par l'assureur au prestataire qui a fourni le service au bénéficiaire (soins médicaux, réparation du véhicule...).

La facture pour ce service est adressée à l'assureur et non à l'assuré. Dans certains cas, l'assureur réclamera a posteriori au bénéficiaire le remboursement de la franchise contractuelle ainsi que des suppléments éventuels qui ne seraient pas couverts par l'assurance. Dans d'autres cas, ces montants seront réclamés au bénéficiaire par le prestataire de services.

Le système de tiers-payant est régi par les dispositions contractuelles convenues entre l'assureur et le prestataire.

Bien entendu, en cas de tiers-payant, les obligations à charge de l'assureur ne sont limitées que dans la mesure de l'intervention du tiers-payant.

5. Entrée en vigueur – Application dans le temps

Les changements proposés ici nécessiteront notamment des adaptations pratiques importantes dans le chef des entreprises d'assurances : process internes, développements informatiques, documents contractuels. Il convient dès lors de prévoir un délai raisonnable pour permettre aux assureurs de se préparer. Il est dès lors proposé de prévoir que :

- les nouvelles dispositions légales entreront en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Les représentants des entreprises d'assurance demandent qu'il soit en outre stipulé que les nouvelles dispositions ne s'appliquent qu'aux sinistres survenant à compter de leur date d'entrée en vigueur, soit le premier jour du sixième mois suivant celui de la publication de la loi au Moniteur belge. Ils soulignent que le dossier sinistre est lié dans leurs systèmes informatiques à la date du sinistre. Ils estiment que cette règle clarifie les choses et évite les discussions.

Les experts s'interrogent sur la justification de cette deuxième disposition transitoire qui limite l'application des nouvelles dispositions aux seuls sinistres survenus après leur entrée en vigueur.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

4. Entrée en vigueur : « Elle s'applique aux sinistres survenus à compter de cette date. »

D. Proposition de textes

1. Assurances de responsabilité : art. 145-1 à 145-5 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Délais de paiement des avances et de l'indemnité

Art. 145-1 Les articles 145-2 à 145-5 de la présente loi s'appliquent aux dommages subis par des personnes lésées qui sont des personnes physiques ou des personnes morales.

Ils s'appliquent à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

Art. 145-2 - § 1^{er} Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque :

- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée,
- la responsabilité n'est pas contestée,
- et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'assureur ou son mandataire chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

§ 2 La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution.

Cette demande est soumise aux règles énoncées au § 1.

§ 3 Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé ci-dessus, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois précité au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1er n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où la somme a été versée à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1er est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois précité au jour du jugement ou de l'arrêt.

§ 4 En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 5 Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

Art. 145-3 - § 1^{er} Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que:

- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,
- la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie,
- ou que
- le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

§ 2 Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au § 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où la personne lésée a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

Art. 145-4 Les délais prévus aux articles 145-2 et 145-3 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit à la personne lésée les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

Art. 145-5 Les articles 145-2 et 145-3 s'appliquent lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement à la personne lésée. Ils ne s'appliquent pas :

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

2. Assurances de choses : art. 111-1 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Sous-section 3bis – Délais de paiement de l'indemnité

Paiement de l'indemnité

Art. 111-1 - § 1^{er} Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment l'article 121 de la présente loi.

§ 2 Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où l'assuré a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

§ 3 Pour autant qu'il n'y ait pas de contestation sur la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord.

En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. **Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le**

cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert.

L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

§ 4 Les délais prévus aux paragraphes 2 et 3 sont suspendus dans les cas suivants :

1° L'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles ;

2° Il s'agit **d'un vol** ou il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée par l'assureur dès que possible et, en cas d'expertise, au plus tard dans les trente jours de la clôture de celle-ci. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement ;

3° L'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2.

§ 5 En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 3, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 6 Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 7 En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 8 Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas :

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

3. Autres assurances : art. 73-1 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

(applicable à titre subsidiaire, dans les cas où aucune autre disposition légale ne s'applique)

Prestation de l'assureur

§ 1^{er} Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 111-1, 121, 145-1 à 145-5, 197/1 et 197/2 de la présente loi, ainsi que les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

§ 2 Lorsqu'une personne présente une demande de paiement d'une prestation d'assurance à la suite d'un sinistre mais que l'assureur conteste la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où le bénéficiaire de la prestation a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation.

§ 3 L'assureur effectue la prestation convenue dans le délai prévu au paragraphe 6 à compter du moment où :

- il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin et
- aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne :
 - o la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance ;
 - o le montant de la prestation due.

§ 4 Lorsque le montant définitif de la prestation est contesté, l'assureur paie la partie de la prestation incontestablement due constatée de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation dans le délai prévu au paragraphe 6.

§ 5 En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte.

§ 6 Les sommes dues sont payées dans les 30 jours de leur fixation.

La partie de la prestation qui n'est pas versée dans ce délai porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 7 Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 8 Les délais prévus aux paragraphes 2 et 6 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit au bénéficiaire de la prestation les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

§ 9 Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas :

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

4. Entrée en vigueur – Application dans le temps (article final de la nouvelle loi)

La présente loi entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Elle s'applique aux sinistres survenus à compter de cette date.

IV. PROJET DE LOI EMPLAÇANT LES ARTICLES 13 ET 14 DE LA LOI ASSURANCE RC AUTO

A. Explication

Comme expliqué plus haut, le projet de nouvelles dispositions relatives à l'AXE 1 s'inspire des articles 13 et 14 de la loi RC auto, mais le texte final des articles 145-1 à 145-5 inclus proposés s'en écarte. Afin d'offrir une protection égale à l'assuré et à la personne lésée dans le cas d'une assurance RC véhicules automoteurs et pour des raisons de sécurité juridique, la Commission estime qu'il y a lieu d'aligner ces articles 13 et 14 de la loi RC auto sur le projet présenté.

La Commission suggère en outre d'étendre le champ d'application de ces articles au régime d'indemnisation prévu par l'article 29ter de la loi RC auto et d'ainsi corriger un oubli du législateur.

B. Projet de texte

La Commission des Assurances présente le projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi RC auto suivant.

Article 13

§ 1 Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou l'entreprise d'assurances du propriétaire, du détenteur ou du conducteur du véhicule impliqué dans l'accident au sens de l'article 29 bis, § 1, al. 1 ou de l'article 29ter, §2 ou leur représentant chargé du règlement des sinistres, est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque :

- La couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter n'est pas contestée,
- La responsabilité n'est pas contestée,

- et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'entreprise d'assurance ou son représentant chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

- § 2** La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution. Cette demande est soumise aux règles énoncées au § 1.

- § 3** Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé ci-dessus, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois précité au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1^{er} n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où la somme a été versée à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au § 1^{er} est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois précité au jour du jugement ou de l'arrêt.

- § 4** En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.
- § 5** Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

Article 14

- § 1** Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que :
- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter est contestée,
 - la responsabilité ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter n'est pas clairement établie,
- ou que
- le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'entreprise d'assurances qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou l'entreprise d'assurances du propriétaire, du détenteur ou du conducteur du véhicule impliqué dans l'accident au sens de l'article 29 bis § 1, al. 1^{er} ou de l'article 29 ter, §2 ou leur représentant chargé du règlement des sinistres, est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

- § 2** Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au § 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du premier des deux jours suivants :

- 1°) le jour où la personne lésée a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er} ;
- 2°) le jour où l'assureur a été averti par le Fonds commun de garantie en application de l'article 19 bis-13, § 1^{er}, al. 2, 1°).

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

V. QUELQUES POINTS CONCERNANT LE RÈGLEMENT DES SINISTRES

Les points qui suivent sont liés au règlement des sinistres mais sortent du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance.

1. La Commission des Assurances insiste sur :

- la nécessité d'un accès plus rapide au dossier répressif, ne serait-ce qu'au procès-verbal. Elle réitère son appel à résorber le retard dans l'obtention de ce dossier répressif et à prendre des dispositions concrètes dans le cadre des travaux du dossier dit de TransPV ;
- la problématique des expertises en assurance et du nombre très limité d'experts (indépendants) disponibles. L'asbl Expecto est à l'œuvre en ce qui concerne les experts médicaux. Cette initiative est née d'une collaboration entre Assuralia et les associations représentant les médecins experts néerlandophones (Benevermedex) et leurs confrères francophones (Abefradoc). Expecto a une double mission : promouvoir la spécialisation en médecine d'assurance et organiser des stages pour les futurs médecins experts avec le soutien financier du secteur de l'assurance (<https://www.dr-expecto.be/fr/faq>) ;
- l'importance de communiquer bien à l'avance à l'assuré et à la personne lésée la date de tout rendez-vous pour une expertise médicale, ainsi que d'apporter des informations claires à la fois sur la mission

et le rôle de cet expert et sur le droit de l'assuré et de la personne lésée de se faire assister par leur propre expert médical.

Les représentants se réfèrent sur ce point à l'initiative prise par le secteur d'établir ses propres directives et à la brochure consacrée à ce sujet publiée sur le site web d'Assuralia.

Les représentants des consommateurs souhaitent toutefois que le contenu de la brochure soit défini dans une réglementation inspirée de la loi Badinter française (A.211-11.a du Code des assurances). En cas de lésions corporelles importantes, ils aimeraient qu'une réglementation stipule que l'assuré peut faire appel à un avocat dans les conditions prévues à l'article 157 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

VI. CONCLUSION

La Commission des Assurances soumet ci-dessous les deux projets suivants :

- un projet, assorti d'une explication, de nouvelles dispositions légales réglementant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance dans la mesure où celles-ci ne font l'objet d'aucune disposition légale spécifique.

Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne quatre propositions. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (III).

- un projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (« Loi RC auto ») (IV).

Quelques points liés au règlement des sinistres mais sortant du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance sont en outre mis en lumière (V).

Caroline Van Schoubroeck
Présidente

Commissie voor Verzekeringen**Brussel, 23 december 2022****DOC/C2022/8****Advies****Over de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar****I. INLEIDING**

Op 13 september 2021 heeft de heer Pierre-Yves Dermagne, Vice-Eersteminister en Minister van Economie en Werk, de Commissie voor Verzekeringen gevraagd een advies te verlenen en een ontwerp van wet op te stellen betreffende de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar. De Minister licht zijn verzoek toe als volgt: *“Momenteel is de schadevergoeding slecht in sommige verzekeringstakken gekoppeld aan termijnen. In het kader van de consumentenbescherming lijkt het wenselijk om te voorzien in een algemeen wettelijk kader voor de afwikkeling van schadegevallen. In de algemeen beleidsnota economie d.d. 4 november 2020 wordt bovendien vermeld: “Op het gebied van verzekeringen gaan er verschillende stemmen op voor een snellere schadevergoeding (...). Bovendien zal, overeenkomstig de aanbeveling van de Ombudsman van de Verzekeringen, een wettelijk kader worden onderzocht voor de vergoeding van schadegevallen, waaraan ook sancties worden gekoppeld.”.* “

De Commissie voor Verzekeringen heeft dit verzoek besproken tijdens tien vergaderingen in de periode tussen 18 november 2021 en 15 december 2022, en verleent hierbij volgend advies.

II. ALGEMEEN

1. De Commissie voor Verzekeringen legt hierna volgende twee ontwerpen voor:

- een ontwerp van nieuwe wetbepalingen en een toelichting.

Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft vier aspecten. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (zie infra, III).

- een ontwerp tot vervanging van de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (WAM-wet) (zie infra, IV).

2. Daarnaast worden enkele punten onder de aandacht gebracht die gerelateerd zijn aan de afwikkeling van schadegevallen, doch buiten het bestek vallen van een regeling van de termijnen en de sancties voor prestaties van de verzekeraar (zie infra, V).

III. ONTWERP VAN NIEUWE WETSBEPALINGEN EN TOELICHTING

De Commissie voor Verzekeringen legt hierbij volgend ontwerp van nieuwe wetbepalingen en toelichting voor. Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft twee aspecten waarover de vertegenwoordigers van de gebruikers en deskundigen het standpunt van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen niet delen, een aspect in de drie assen waarover de vertegenwoordigers van de gebruikers van mening verschillen en een overgangsregeling. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (zie infra, III).

A. Samenvatting

De kwestie van de betalingstermijnen voor de verzekeringsprestaties van de verzekeraars is nauwgezet geregeld voor bepaalde takken: BA Motorrijtuigen, Brand, Leven en Aanvullende Pensioenen. Voor de andere takken zijn er dan weer geen bepalingen.

Om deze lacune op te vullen stoelt het voorstel op drie assen:

- *Aansprakelijkheidsverzekeringen* (bv. BA privéleven, objectieve BA Brand en ontploffing in voor het publiek toegankelijke inrichtingen): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de verzekering BA Motorrijtuigen;
- *Zaakverzekeringen* (bv. autoverzekeringen voor materiële schade, diefstal ...): uitbreiding van de regels die van toepassing zijn voor de brandverzekering;
- *Andere verzekeringen* (bv. gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen, uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt): invoering van een algemene bepaling die erin voorziet dat de verzekeraar de overeengekomen prestatie uitvoert zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt, en uiterlijk binnen 30 dagen na die datum.

Bijzondere aandacht wordt gegeven aan de kwestie van de voorschotten, hun bedrag en de termijnen waarbinnen ze worden toegekend.

Algemeen kan worden gesteld dat een goede wederzijdse communicatie tussen verzekeraars en verzekerden of benadeelden, in het bijzonder met betrekking tot de informatie die relevant en noodzakelijk is voor de schaderegeling, de beste garantie biedt op een optimale schaderegeling zonder ongerechtvaardigde vertraging.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er hierbij op dat vertragingen bij betalingen van verzekeringsprestaties meestal niet toe te schrijven zijn aan het toedoen van de verzekeraar, maar verband houden met andere factoren, zoals de complexiteit van het schadegeval, de duur van de expertises, moeilijkheden om toegang tot het strafdossier te krijgen, niet-meewerkende partijen enz. Het opleggen van strikte termijnen en van sancties bij de niet-naleving van deze termijnen zal er dus niet toe leiden dat vertragingen bij de betalingen in alle gevallen zullen verdwijnen.

B. Bestaande wetgeving

Voor sommige verzekeringstakken regelen bijzondere wetsbepalingen de termijnen waarbinnen verzekeraars hun contractuele prestaties moeten uitvoeren.

Dat is het geval voor:

- de verzekering BA Motorrijtuigen: art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verzekering BA Motorrijtuigen;
- de brandverzekering: art. 121 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen; zie ook artikel 9 van het koninklijk besluit van 24 december 1992 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft;

- de levensverzekering: art. 197/1 en 197/2 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;
- de aanvullende pensioenen (2e pijler):
 - art. 27 van de wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen,
 - art. 49 van de programmawet van 24 december 2002,
 - art. 40 van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen,
 - art. 7 van de wet van 18 februari 2018 houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen en tot instelling van een aanvullend pensioen voor de zelfstandigen actief als natuurlijk persoon, voor de meewerkende echtgenoten en voor de zelfstandige helpers,
 - art. 11 van de wet van 6 december 2018 tot instelling van een vrij aanvullend pensioen voor de werknemers en houdende diverse bepalingen inzake aanvullende pensioenen.

Er bestaat daarentegen geen algemene bepaling die van toepassing is voor alle verzekeringstakken.

C. Toelichting van de voorgestelde nieuwe bepalingen

Men kan alleen maar vaststellen dat de huidige wetgeving een gebrekkige samenhang vertoont wat de betalingstermijnen voor verzekeringsprestaties betreft: enerzijds voorziet ze voor een aantal verzekeringstakken in zeer precieze regels die gepaard gaan met sancties (BA Motorrijtuigen, Brand en Leven). Anderzijds zijn de takken die niet onder deze bepalingen vallen aan geen enkele regel onderworpen.

Deze situatie laat duidelijk te wensen over voor de verzekerden en de benadeelden die schade hebben geleden. Om hieraan te verhelpen, heeft de Commissie het hierna volgend voorstel uitgewerkt op basis van de volgende drie assen:

- aansprakelijkheidsverzekeringen;
- zaakverzekeringen;
- andere verzekeringen.

De derde categorie is de restcategorie waartoe de verzekeringen behoren die aansprakelijkheidsverzekeringen noch zaakverzekeringen zijn en die niet reeds het voorwerp uitmaken van specifieke wetsbepalingen (bv. gezondheidsverzekeringen, ongevallenverzekeringen ...).

1. **Aansprakelijkheidsverzekeringen**

Er worden bepalingen ingevoegd in de afdeling “Aansprakelijkheidsverzekeringen” van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (bv. art. 146-1). Deze nemen de krachtlijnen over van de toepasselijke regelgeving voor de verzekering BA Motorrijtuigen (art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), namelijk:

- voorlegging van een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding binnen drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, wanneer:

- het schadegeval binnen de perimeter valt van de waarborg waarin de verzekeringsovereenkomst voorziet;
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist;
- de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd;

○ voorlegging binnen deze termijn van een voorstel tot voorschot wanneer de schade, onder de hierboven genoemde voorwaarden, niet volledig gekwantificeerd werd. Het voorstel heeft de formulering van de tekst in de wet BA Motorrijtuigen aangepast en verduidelijkt, in het bijzonder wat betreft de voorschotten in geval van lichamelijke letsels. Deze bepaling impliceert dat de verzekeraar correct door de benadeelde wordt geïnformeerd over bijvoorbeeld eventuele stortingen die deze laatste zou hebben ontvangen van andere tussenkommende partijen, zoals de arbeidsongevallenverzekeraar of het ziekenfonds;

uiteraard mag de verzekeraar mag van deze voorschotregeling geen gebruikmaken om kwitanties voor saldo van rekening te laten ondertekenen; elke kwitantie dient te worden gezien als zijnde onder alle voorbehoud en zonder enige verzaking of erkenning door de benadeelde;

○ de mogelijkheid om ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek bij de verzekeraar in te dienen, en dit op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan;

○ de verzekeraar mag aan de benadeelde enkel documenten en inlichtingen vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen;

○ de tekst verduidelijkt bovendien dat de verzekeraar de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, medische expertiseverslagen in aanmerking neemt. Om transparantieredenen deelt hij de conclusies van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise spontaan aan de benadeelde mee (indien een dergelijk verslag beschikbaar is), waarbij hij duidelijk vermeldt dat het om een unilateraal en voorlopig verslag gaat en de benadeelde aanmoedigt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

Voorschotten berekend op basis van dit voorlopige verslag en van stukken waarover de verzekeraar beschikt, worden door deze laatste betaald binnen de wettelijk bepaalde termijnen (zie hierboven), en dit zonder de conclusies van de tegensprekelijke expertise af te wachten. Ze hebben met name tot doel het "onbetwistbaar verschuldigde bedrag" te dekken, namelijk de reeds door het slachtoffer geleden schade (bv. loonverlies) alsook het meest waarschijnlijke nadeel voor de toekomst voor de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

○ de betaling van een bijkomend bedrag, berekend tegen de wettelijke interestvoet, indien er geen voorstel tot schadevergoeding of tot voorschot is voorgelegd binnen die termijn van drie maanden, of wanneer het bedrag niet betaald wordt binnen 30 dagen die volgen op de ontvangst van de aanvaarding van dit voorstel, of wanneer het bedrag in het voorstel kennelijk ontoereikend is; concreet moet de verzekeraar wegens de vertraging tweemaal de wettelijke interestvoet betalen, eenmaal op basis van de gemeenrechtelijke regels en een tweede maal als bijkomende sanctie;

○ bij een betwisting van de dekking, de aansprakelijkheden of de schade, of als de schade niet gekwantificeerd werd: formulering, binnen drie maanden na de indiening van het verzoek tot

schadevergoeding, van een met redenen omkleed antwoord op de elementen die de benadeelde aanhaalt. Betaling van een forfaitair bedrag van € 250 per dag als deze termijn niet nageleefd wordt.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en deskundigen vragen dat deze sanctie afhankelijk wordt gesteld van de voorwaarde van een ingebrekestelling door de benadeelde per aangetekende brief (op papier of digitaal) of met een gelijkgesteld middel. Deze vormvoorschriften zijn overgenomen uit de wet van 1989 betreffende de motorrijtuigverzekering. Ze zijn gerechtvaardigd door de ernst van de sanctie waarin is voorzien. Het moet zeker en duidelijk zijn dat de verzekeraar de ingebrekestelling zal ontvangen en dat hij er kennis van neemt of kan nemen vóór de inwerkingtreding van de sanctie. Bovendien belet dit de benadeelde niet om, al dan niet schriftelijk, eenvoudige herinneringen aan de verzekeraar over te maken, ook als deze niet tot de toepassing van de sanctie zouden leiden.

Het met een aangetekende brief "gelijkgesteld middel" is een begrip waarmee men een versoepeling van de regeling beoogt door de benadeelde de mogelijkheid te bieden andere communicatiemiddelen dan een aangetekende brief aan te wenden, op voorwaarde dat hiermee het bewijs kan worden geleverd dat de kennisgeving bij de geadresseerde is aangekomen en dat deze hier kennis van kon (of had moeten) nemen. Men dient de veiligheid te waarborgen van de identiteit van de benadeelde, de kennisgevingsdatum, de identificatie van de verzekeringsovereenkomst waarop men zich beroept alsook de inhoud van de verzonden boodschap. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan een beveiligde applicatie die gekoppeld is aan een identificatiesysteem als Itsme. Een eenvoudige e-mail (met of zonder digitale handtekening) biedt geen toereikende mate van veiligheid (cf. Commissie voor Verzekeringen DOC/C2022/1 van 10 maart 2022 over de regeling van de opzegging van verzekeringsovereenkomsten (etc.) pp. 8-10).

De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van de vereiste om een herinnering te sturen in deze 1e As. Het versturen van een herinnering door de benadeelde persoon/de verzekerde vormt een beperking die nalatigheid in de hand werkt van de verzekeraar die de dominante partij is bij de verzekeringsovereenkomst en bij de schaderegeling. Volgens de vertegenwoordigers van de consumenten moet zowel naar de letter als naar de geest van Richtlijn 2009/103 verzekering BA Auto (40ste considerans en de artikelen 22 en 27) worden overwogen om de doeltreffende, evenredige en afschrikkende sancties waarvan sprake, toe te passen op de betalingstermijnen die door de verzekeraar worden verwaarloosd.

De vertegenwoordigers van de consumenten gaan bijgevolg niet akkoord met de volgende tekst:
Art. 145-3, § 2, lid 2 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervaldag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd. »

- De motivering mag niet louter vormelijk zijn. Zij kan op de volgende zaken berusten:
 - het feit dat de overeenkomst het schadegeval niet dekt,
 - de betwisting van de aansprakelijkheid van de verzekerde of van de schade,
 - de onvolledigheid van de door de verzekerde verstrekte informatie en documenten,
 - het feit dat de verzekeraar niet weet aan wie hij de vergoeding moet betalen (bv. bij een geschil tussen rechthebbenden na het overlijden van de benadeelde),
 - ...

2. Zaakverzekeringen

Dit betreft de verzekeringen die stoffelijke zaken dekken, zoals de omniumverzekering voor auto's (stoffelijke schade), diefstal, enz. ... (met uitsluiting van met name de krediet- en borgtochtverzekeringen, die in de wet betreffende de verzekeringen bij de zaakverzekeringen zijn ondergebracht).

Er wordt in de wet betreffende de verzekeringen, in de afdeling zaakverzekeringen, een artikel ingevoegd (bv. art. 111-1) dat de beginselen overneemt die in de brandverzekering van toepassing zijn in geval van dekking, namelijk (zie art. 121, § 2, 2°, § 3 en § 7 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen):

- betaling van de vergoeding die zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen 30 dagen die volgen op dit akkoord;

- in geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De term "*definitief*" geeft hier aan dat de beslissing in kwestie de minnelijke fase van de procedure afsluit en houdt niet in dat er tegen de beslissing geen beroep in rechte kan worden ingesteld;

- beëindiging van de expertise of vaststelling van het bedrag van de schade binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert;

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om het huidig geldend principe te behouden op basis waarvan de kosten van de door de verzekerde aangewezen expert en in voorkomend geval van de derde expert door de verzekeraar worden voorgeschieden en ten laste zijn van de partij die in het ongelijk wordt gesteld. Dit betekent in de praktijk dat deze kosten ten laste van de verzekeraar zullen zijn zodra de verzekerde voor een deel van zijn vordering, hoe beperkt ook, in het gelijk wordt gesteld. Alleen wanneer de verzekerde niets zou hebben verkregen, draagt hij zelf de kosten van de tweede en de derde expert. Deze regeling is te rechtvaardigen door de noodzaak om ongerechtvaardigde betwistingen door verzekerden te voorkomen. Uiteraard staat het verzekeraars vrij om in hun contracten hiervan af te wijken in bepalingen die gunstiger zijn voor de verzekerden en de benadeelden.

De vertegenwoordigers van de consumenten zijn het niet eens met dit voorstel om de bepaling van artikel 121, § 2 van de wet van 4 april 2014 te handhaven. Volgens hen mogen de nieuwe wettelijke bepalingen het niet makkelijker maken om te komen tot een veralgemeende regel, geschraagd door deze bepaling. Voorts moet worden vastgesteld dat de (bijzonder) grote meerderheid van de huidige brandverzekeringsovereenkomsten voorziet in de dekking van dergelijke kosten tot een percentage van de verschuldigde schadevergoeding (barema met degressieve percentages voor de dekking van de kosten voor een deskundige).

De deskundigen stellen zich eveneens vragen bij het behoud van de regel in artikel 121, §2 van de wet van 4 april 2014, gelet op de uitgebreide praktijk om in de algemene voorwaarden van de

brandverzekeringen daarvan af te wijken en te werken met barema's. Deze praktijk beschermt de verzekerde omdat hij er niet van wordt weerhouden om de eerste beoordeling door de expert van de verzekeraar aan te vechten, en beschermt eveneens de verzekeraar tegen ongefundeerde betwistingen van het deskundigen verslag door de verzekerde.

Bijgevolg is er geen akkoord over de volgende tekst:

Art. 111-1-§3, lid 2 : « De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in voorkomend geval de derde expert worden voorgeschieden door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij. »

- betaling van de schadevergoeding binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;
- in geval van niet-eerbiediging van de termijnen: betaling van een boete, berekend tegen tweemaal de wettelijke interestvoet.
- een paragraaf verduidelijkt dat de verzekeraar, als hij de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, een met redenen omkleed antwoord dient te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van € 250 per dag betalen als hij deze termijn niet naleeft.

Zoals hierboven is toegelicht, vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de deskundigen om aan deze sanctie als voorwaarde te koppelen dat de verzekerde een herinnering stuurt per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel. De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van deze vereiste om een herinnering te sturen in deze As 2.

De vertegenwoordigers van de consumenten stemmen dus niet in met de volgende tekst:

Art. 111-1-§2, lid 3 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de verzekerde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd. »

- Tot slot is erin voorzien dat de verzekeraar de verzekerde alleen om documenten en inlichtingen kan vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de vergoeding te bepalen.

3. Andere verzekeringen

(bv. gezondheidsverzekeringen, bedrijfsschadeverzekeringen, ongevallenverzekeringen uitgezonderd de arbeidsongevallenverzekering waarvoor een specifieke wettelijke regeling geldt):

Een algemene bepaling, geïnspireerd op de Luxemburgse wet van 27 juli 1997 betreffende de verzekeringsovereenkomst (art. 29), wordt ingevoegd in de wet betreffende de verzekeringen (bv. art. 67-1). De Luxemburgse wet bepaalt het volgende:

- de verzekeraar voert de overeengekomen prestatie uit zodra hij over alle hiertoe benodigde elementen beschikt;

- de verschuldigde sommen worden betaald binnen 30 dagen vanaf de vaststelling van hun bedrag, op straffe van een sanctie (moratoriuminteressen tegen de wettelijke interestvoet).

De volgende verduidelijkingen worden toegevoegd:

- de bepaling geldt niet in de gevallen waarin de kwestie wordt geregeld door specifieke bijzondere wetsbepalingen;
- wanneer de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, is hij verplicht een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend. De verzekeraar moet een forfaitair bedrag van € 250 per dag betalen als hij deze termijn niet naleeft.

Zoals hierboven is toegelicht, vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de deskundigen om aan deze sanctie als voorwaarde te koppelen dat de verzekerde een herinnering heeft gestuurd per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel. De vertegenwoordigers van de consumenten verzetten zich tegen het behoud van deze vereiste om een herinnering te sturen in deze As 3.

De vertegenwoordigers van de consumenten stemmen dus niet in met de volgende tekst:

Art. 73-1, §2, lid 3 : « Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de begunstigde van de prestatie, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd. »

- wanneer het schadegeval gedekt is, is de sanctie bij het niet-naleven van de betalingstermijn voor de verzekeringsprestatie vastgesteld op tweemaal de wettelijke interestvoet, om redenen van parallelisme met de eerste twee assen;
- de verzekeraar betaalt het bedrag dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de prestatie is vastgesteld wanneer het exacte en definitieve bedrag van de verzekeringsprestatie niet onmiddellijk kan worden vastgesteld;
- de verzekeraar mag aan de begunstigde van de prestatie enkel documenten en inlichtingen vragen die redelijk en relevant zijn om te bepalen of het schadegeval effectief gedekt is en om het bedrag van de prestatie vast te stellen.

De voorgestelde tekst voor deze derde as is algemeen van toepassing en betreft de verschillende soorten verzekeringen die niet door specifieke teksten geregeld worden, of het nu gaat om schade- of persoonsverzekeringen, om verzekeringen tot vergoeding van schade of tot uitkering van een vast bedrag. De terminologie is in die zin aangepast. Termen die eigen zijn aan schadeverzekeringen, zoals "slachtoffer", "schade" en "schadevergoeding", worden vermeden. Daarentegen worden in de tekst de begrippen "verzekeringsprestatie" en "begunstigde van de prestatie" gebruikt.

Onder "specifieke teksten" moet worden verstaan de bestaande of toekomstige bepalingen zoals deze gelden voor de verzekering BA Motorrijtuigen (art. 13 en 14 van de wet van 21 november 1989), de brandverzekering of de levensverzekering, alsook de situaties bedoeld in de nieuwe voorgestelde bepalingen voor aansprakelijkheidsverzekeringen (as 1) en zaakverzekeringen (as 2).

4. *Gemeenschappelijke bepalingen voor de drie hierboven uitgewerkte assen*

a) Informatie over de expertise

De verzekeraar moet aan de verzekerde/benadeelde duidelijke informatie verstrekken over met name het verloop van de expertise (cf. onder meer de brochure van Assuralia), naast de lijst van documenten die relevant en noodzakelijk zijn voor de schaderegeling.

b) Opschorting van de termijnen in bepaalde bijzondere gevallen

Naar het voorbeeld van wat artikel 121 § 3 van de wet van 4 april 2014 regelt met betrekking tot de brandverzekering, zouden de teksten bepalen dat de termijnen in bepaalde situaties zouden worden opgeschort, bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of de begunstigde van de prestatie de verplichtingen die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt niet heeft vervuld op de datum van de beëindiging van de expertise, of bij een vermoeden van een opzettelijk veroorzaakt schadegeval, of wanneer de termijnen niet kunnen worden nageleefd om redenen buiten de wil van de verzekeraar en zijn gemachtigden om die dan door de verzekeraar aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden meegedeeld (bv. bij meervoudige schadegevallen, bij zeer complexe schadegevallen of omdat de verzekeraar door een geschil tussen erfgenamen niet weet aan wie hij de vergoeding mag betalen).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de opschorting van de betalingstermijnen ook te handhaven ingeval van diefstal in een zaakverzekering, as 2, als bepaald in artikel 121, § 3, 2° van de wet van 4 april 2014. Deze bepaling laat de verzekeraar toe de betaling van de schadevergoeding ingeval van diefstal op te schorten tot hij kennis heeft genomen van het strafrechtelijk dossier, zonder motivering. Huns inziens is de handhaving van de opschorting gerechtvaardigd door het feit dat de verzekeraar, bij twijfel over de precieze omstandigheden van het schadegeval, over de materialiteit van de feiten, enz., vooraf toegang moet hebben tot het strafrechtelijk dossier om te kunnen bepalen of het schadegeval al dan niet gedekt is door de verzekeringsovereenkomst.

De vertegenwoordigers van de consumenten en hun deskundigen zien niet in waarom het loutere feit dat het gaat om een diefstal, een rechtvaardiging zou vormen voor het bevrozen van de mogelijkheden van de verzekerde om voorschotten te krijgen of zelfs een definitieve schadeloosstelling. Deze bepaling is des te minder aanvaardbaar omdat het strafrechtelijk onderzoek en de beschikbaarheid van het strafrechtelijk dossier veel tijd kunnen vergen, terwijl het loutere feit dat het een diefstal betreft, het uiteraard niet per definitie onmogelijk maakt om te beschouwen dat de verzekerde niet de dader van de diefstal is en de waarde van de gestolen zaken te ramen.

Zij wijzen er op dat de Ombudsman van de verzekeringen meerdere klachten krijgt van verzekerden die niet begrijpen waarom bij diefstal het dossier volledig geblokkeerd is zonder motivering tot kennisname van het strafdossier dat maanden kan duren. Bovendien heeft de verzekeraar reeds de mogelijkheid om aan de verzekerde gemotiveerd te antwoorden dat er nog niet kan geregeld worden. Zij erkennen het belang van de bestrijding van fraude en dat bij vermoeden van fraude voorzichtigheid geboden is, maar zijn van mening dat de verzekeraar reeds over voldoende middelen beschikt om mogelijke fraude te detecteren en daarvoor niet (moet) wachten op inzage van het strafdossier. Zij menen dat de nieuwe wetgeving duidelijk moet zijn en “wetgevende overkill” moet vermeden worden.

Er is bijgevolg geen akkoord bereikt over de volgende tekst:
Art. 111-1-§4, 2° : « Het gaat om een diefstal of (...) ».

c) Beperking van de regeling tot de rechtstreeks begunstigde van de prestatie

De voorgestelde tekst geldt enkel voor de rechtstreeks begunstigde van de verzekeringsprestatie (de verzekerde, de benadeelde, de begunstigde ...), met uitsluiting van gesubrogeerde derden (bv. het ziekenfonds, een andere verzekeraar) en van dienstverleners aan wie de verzekeraar volgens een overeengekomen mechanisme bedragen betaalt als vergoeding voor bepaalde prestaties (bv. experts, raadgevend artsen, advocaten in het kader van rechtsbijstandsverzekering).

Hij geldt bijgevolg evenmin in het geval van een derdebetalersregeling die de verzekeraar in samenwerking met een dienstverlener heeft opgezet, bijvoorbeeld een ziekenhuis in het kader van een ziektekostenverzekering of een garage of carrosseriehersteller in het kader van motorrijtuigverzekeringen (stoffelijke schade of BA). In die gevallen betaalt de verzekeraar de verzekeringsprestatie rechtstreeks aan de dienstverlener die de dienst aan de begunstigde heeft verleend (medische zorg, herstelling van het voertuig ...).

De factuur voor deze dienst wordt aan de verzekeraar gericht en niet aan de verzekerde. In sommige gevallen zal de verzekeraar *a posteriori* bij de begunstigde de terugbetaling vorderen van de contractuele vrijstelling en van eventuele supplementen die niet onder de dekking van de verzekering zouden vallen. In andere gevallen zal de dienstverlener deze bedragen bij de begunstigde invorderen.

De derdebetalersregeling wordt geregeld door contractuele bepalingen die zijn overeengekomen tussen de verzekeraar en de dienstverlener.

De verplichtingen ten laste van de verzekeraar worden in het geval van een derdebetalersregeling uiteraard slechts ingeperkt naargelang de tussenkomst van de derde betaler.

5. Inwerkingtreding – Toepassing in de tijd

De hier voorgestelde wijzigingen vereisen met name aanzienlijke technische aanpassingen bij de verzekeringsondernemingen: interne processen, informatica-ontwikkelingen, contractuele documenten. Men dient hiervoor dan ook een redelijke termijn te hanteren, zodat de verzekeraars zich kunnen voorbereiden.

Daarom wordt voorgesteld:

- de nieuwe wetsbepalingen in werking te laten treden op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze zijn bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad;

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen dat bovendien wordt bepaald dat de nieuwe bepalingen slechts van toepassing zijn op de schadegevallen die voorvallen vanaf de datum van inwerkingtreding ervan, zijnde de eerste dag van de zes maand na die waarin de wet is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad. Zij wijzen erop dat in hun IT-systemen het schadedossier is gelinkt aan de datum van het schadegeval. Zij zijn van mening dat deze regel duidelijkheid schept en discussies vermijdt.

De deskundigen stellen vragen bij de verantwoording van deze tweede overgangsbepaling die de toepassing van de nieuwe bepalingen enkel beperkt tot schadegevallen die voorvallen na de inwerkingtreding ervan.

Er is bijgevolg geen akkoord bereikt over de volgende tekst:

4. Inwerkingtreding : « Zij is van toepassing op schadegevallen die zich vanaf deze datum hebben voorgedaan. »

D. Voorstel van teksten

1. **Aansprakelijkheidsverzekeringen: art. 145-1 tot 145-5 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen**

Termijnen voor de betaling van de voorschotten en de schadevergoeding

Art. 145-1 De artikelen 145-2 tot en met 145-5 van deze wet zijn van toepassing voor schade geleden door benadeelden die natuurlijke personen of rechtspersonen zijn.

Zij gelden bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

Art. 145-2 - § 1 Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen wanneer:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst niet wordt betwist,
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist,
- en de schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeraar of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken of nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2 De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.

Dit verzoek is onderworpen aan de regels die zijn bepaald in § 1.

§ 3 Indien geen voorstel is voorgelegd binnen de hierboven bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de genoemde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van genoemde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

§ 4 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 5 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

Art. 145-3 - § 1 Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst wordt betwist,
- de aansprakelijkheid wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld,
- of
- de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

dient de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of zijn mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

§ 2 Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in § 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervaldag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

Art. 145-4 De termijnen waarin de artikelen 145-2 en 145-3 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de benadeelde schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

Art. 145-5 De artikelen 145-2 en 145-3 zijn van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de benadeelde worden gedaan. Zij gelden niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt gestort volgens een met deze dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

2. Zaakverzekeringen: art. 111-1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Onderafdeling 3bis – Termijnen voor de betaling van de vergoeding

Betaling van de vergoeding

Art. 111-1 - § 1^{er} Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name artikel 121 van deze wet.

§ 2 Wanneer de verzekerde een verzoek tot schadevergoeding indient maar de verzekeraar de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek tot schadevergoeding worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in lid 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de verzekerde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de verzekerde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

§ 3 Voor zover de dekking van het schadegeval door de overeenkomst niet wordt betwist, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord.

In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de door de verzekeraar aangewezen expert het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. **De kosten van de door de verzekerde aangestelde expert en in**

voorkomend geval de derde expert worden voorgeschoten door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar op de hoogte heeft gebracht van de aanstelling van zijn expert.

De schadevergoeding moet betaald worden binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebrek daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag.

§ 4 De termijnen waarin paragraaf 2 en 3 voorzien, worden opgeschort in de volgende gevallen:

1° De verzekerde heeft op de datum van de beëindiging van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die de verzekeringsovereenkomst hem oplegt. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° Het gaat om **een diefstal** of er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet door de verzekeraar worden geformuleerd zodra dit mogelijk is, en in het geval van een expertise uiterlijk binnen dertig dagen na de beëindiging ervan. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling gebeuren binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis heeft genomen van de conclusies van het genoemde dossier;

3° De verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen duidelijk gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de beëindiging van de expertise of de raming van de schade bedoeld in paragraaf 2 beletten.

§ 5 In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld in paragraaf 3, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 6 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 7 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 8 Dit artikel is slechts van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

3. Andere verzekeringen: art. 73-1 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen
(subsidiair van toepassing wanneer er geen enkele andere wetsbepaling van toepassing is)

Prestatie van de verzekeraar

§ 1 Dit artikel geldt bij gebreke van andere specifieke wetsbepalingen met betrekking tot bepaalde soorten schadegevallen, met name de artikelen 111-1, 121, 145-1 tot en met 145-5, 197/1 en 197/2 van deze wet, alsook de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

§ 2 Wanneer iemand naar aanleiding van een schadegeval een verzoek tot betaling van een verzekeringsprestatie indient maar de verzekeraar de dekking van dit schadegeval door de verzekeringsovereenkomst betwist, dient de verzekeraar een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in lid 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de dag waarop de begunstigde van de prestatie, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de in lid 1 bedoelde termijn heeft herinnerd.

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de begunstigde van de prestatie van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde betalingsvoorstel.

§ 3 De verzekeraar voert de overeengekomen prestatie uit binnen de termijn waarin paragraaf 6 voorziet vanaf het moment waarop:

- hij over alle hiertoe redelijkerwijs benodigde elementen beschikt en
- er geen enkele betwisting meer bestaat betreffende:
 - o de dekking van het schadegeval door de verzekeringsovereenkomst;
 - o het bedrag van de verschuldigde prestatie.

§ 4 Wanneer het definitieve bedrag van de prestatie betwist wordt, betaalt de verzekeraar het gedeelte van de prestatie dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de verzekeraar en de begunstigde van de prestatie is vastgesteld binnen de termijn bepaald in paragraaf 6 .

§ 5 De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten.

§ 6 De verschuldigde bedragen worden betaald binnen 30 dagen na hun vaststelling.

Het gedeelte van de prestatie dat niet binnen die termijn wordt betaald, brengt van rechtswege een interest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke interestvoet, te rekenen vanaf de dag die volgt op die waarop de termijn verstrijkt tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.

§ 7 Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

§ 8 De termijnen waarin paragraaf 2 en 6 voorzien, worden opgeschort wanneer de verzekeraar de begunstigde van de prestatie schriftelijk de redenen duidelijk heeft gemaakt die, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden om, de goede uitvoering van zijn verplichtingen binnen de genoemde termijnen onmogelijk maken.

§ 9 Dit artikel is van toepassing wanneer de betaling of de betalingen door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde van de verzekeringsprestatie worden gedaan. Het geldt niet:

- voor gesubrogeerde derden;
- wanneer de prestatie aan een dienstverlenende derde wordt betaald volgens een met die dienstverlener overeengekomen mechanisme, binnen de grenzen van deze prestatie.

4. Inwerkingtreding – Toepassing in de tijd (slotartikel van de nieuwe wet)

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Zij is van toepassing op schadegevallen die zich vanaf deze datum hebben voorgedaan.

IV. ONTWERP VAN WET TOT VERVANGING VAN ARTIKELN 13 EN 14 WAM-WET

A. Toelichting

Zoals hoger toegelicht, is het ontwerp van nieuwe bepalingen met betrekking tot As 1, geïnspireerd op de artikelen 13 en 14 WAM-wet doch de uiteindelijke tekst van de voorgestelde artikelen 145-1 tot en met 145-5 wijkt daarvan af. Om de verzekerde en de benadeelde in geval van een verzekering BA motorrijtuigen eenzelfde bescherming te bieden en met het oog op rechtszekerheid, acht de Commissie het aangewezen om deze artikelen 13 en 14 WAM-wet in overeenstemming te brengen met het voorgelegde ontwerp.

Daarenboven stelt de Commissie voor om het toepassingsgebied van deze artikelen uit te breiden tot de vergoedingsregeling van artikel 29ter WAM-wet, en daarmee een vergetelheid van de wetgever recht te zetten.

B. Ontwerptekst

De Commissie voor Verzekeringen legt volgend ontwerp voor tot vervanging van de artikelen 13 en 14 WAM-wet.

Artikel 13

§ 1. Binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, moet de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend, of de verzekeringsonderneming van de eigenaar, de houder of de bestuurder van het motorrijtuig betrokken in het ongeval in de zin van

artikel 29bis, § 1, eerste lid of artikel 29ter, § 2 of hun mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed voorstel tot schadevergoeding voorleggen, wanneer:

- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst of de toepassing van artikel 29bis of van artikel 29ter niet wordt betwist,
- de aansprakelijkheid niet wordt betwist,
- en schade niet wordt betwist en gekwantificeerd werd.

Wanneer de schade niet volledig gekwantificeerd is, moet de verzekeringsonderneming of haar mandataris voor de regeling van het schadegeval een voorstel tot voorschot voorleggen. Wat de lichamelijke schade betreft, heeft het voorschot ten minste betrekking op de reeds gemaakte kosten en op het zonder betwisting verschuldigde bedrag in het licht van de reeds gekende gevolgen van de geleden schade en, in het bijzonder, de periodes van tijdelijke ongeschiktheid en invaliditeit die al zijn verstreken en nog te verwachten zijn op basis van de beschikbare, al dan niet tegensprekelijke, verslagen van de medische expertise. Het in aanmerking nemend toekomstige nadeel mag beperkt worden tot de drie maanden na de datum waarop de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend.

In voorkomend geval deelt de verzekeraar aan de benadeelde de conclusies mee van het voorlopig unilateraal verslag van de medische expertise, waarbij hij verduidelijkt dat het om een voorlopig medisch verslag gaat en de benadeelde aanbeveelt zich te informeren over waar hij recht op heeft.

§ 2 De benadeelde aan wie een voorstel tot voorschot wordt gericht, kan ten vroegste zes maanden na het vorige verzoek een nieuw verzoek indienen op basis van later verzamelde aanvullende informatie over de schade en de evolutie hiervan.
Dit verzoek is onderworpen aan de regels die zijn bepaald in § 1.

§ 3 Indien er geen voorstel is voorgelegd binnen de hierboven bedoelde termijn van drie maanden is de verzekeraar van rechtswege gehouden tot betaling van een bijkomend bedrag dat overeenkomt met de wettelijke interestvoet, toegepast op de vergoeding of het voorschot door de verzekeraar voorgesteld of door de rechter aan de benadeelde toegewezen, en dit gedurende een termijn die ingaat op de dag waarop de genoemde termijn van drie maanden verstrijkt en die loopt tot de dag volgend op de dag van ontvangst van het voorstel door de benadeelde of, in voorkomend geval, tot de dag waarop het vonnis of arrest waarbij de vergoeding wordt toegewezen in kracht van gewijsde is gegaan.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel niet betaald wordt binnen dertig werkdagen die volgen op de datum van de ontvangst door de verzekeraar van de aanvaarding van dit voorstel door de benadeelde. In dit geval loopt de termijn vanaf de dag van de ontvangst van de aanvaarding tot de dag waarop het bedrag aan de benadeelde is gestort.

Dezelfde sanctie is van toepassing wanneer het bedrag vermeld in het in § 1 bedoelde voorstel kennelijk ontoereikend is. De interest wordt berekend op het verschil tussen het bedrag vermeld in het voorstel en het bedrag vermeld in het vonnis of arrest dat verband houdt met dit voorstel en dat kracht van gewijsde heeft. De termijn loopt vanaf de dag na het verstrijken van genoemde termijn van drie maanden tot de dag van het vonnis of het arrest.

- § 4** De voorstellen tot voorschot mogen in geen geval een kwijting voor saldo van rekening bevatten, zelfs geen gedeeltelijke kwijting.
- § 5** Verzoeken van de verzekeraar in verband met documenten en inlichtingen die hem in staat moeten stellen om te bepalen of het schadegeval dat zich voordeed door de waarborg gedekt is, alsook om het bedrag van de prestatie te bepalen, moeten redelijk en relevant zijn.

Artikel 14

- § 1** Wanneer de benadeelde een verzoek tot schadevergoeding indient maar:
- de dekking van de aansprakelijkheid door de verzekeringsovereenkomst of door toepassing van artikel 29bis of artikel 29ter wordt betwist,
 - de aansprakelijkheid of de toepassing van artikel 29bis of artikel 29ter wordt betwist of niet duidelijk wordt vastgesteld, of
 - de schade wordt betwist of niet gekwantificeerd is,

dient de verzekeringsonderneming die de aansprakelijkheid dekt van degene aan wie het schadegeval wordt toegerekend of de verzekeringsonderneming van de eigenaar, de houder of de bestuurder van het motorrijtuig betrokken in het ongeval in de zin van artikel 29bis, § 1, eerste lid of artikel 29ter, § 2 of hun mandataris voor de regeling van het schadegeval, een met redenen omkleed antwoord te geven op de elementen die in het verzoek worden vermeld, en dit binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum waarop dit verzoek werd ingediend.

- § 2** Indien geen met redenen omkleed antwoord is gegeven binnen de termijn van drie maanden bedoeld in § 1 moet de verzekeraar van rechtswege een forfaitair bedrag van 250 EUR per dag betalen.

Dit bedrag is verschuldigd vanaf de eerste dag van de twee volgende dagen:

- 1°) de dag waarop de benadeelde, per aangetekende brief of met om het even welk ander gelijkgesteld middel, de verzekeraar aan de vervalddag van de termijn bedoeld in § 1 heeft herinnerd;
- 2°) de dag waarop de verzekeraar is verwittigd door het Gemeenschappelijk Waarborgfonds met toepassing van artikel 19bis-13, § 1, tweede lid, 1°).

Dit bedrag is niet meer verschuldigd de dag volgend op de dag van de ontvangst door de benadeelde van het met redenen omklede antwoord of het gemotiveerde voorstel tot schadevergoeding.

V. ENKELE PUNTEN BETREFFENDE DE AFWIKKELING VAN SCHADEGEVALLEN

De hierna volgende punten zijn gerelateerd aan de afwikkeling van schadegevallen, doch vallen buiten het bestek van een regeling van de termijnen en de sancties voor de prestaties van de verzekeraar.

1. De Commissie voor Verzekeringen wijst nogmaals op:

- de noodzaak van een snellere toegang tot het strafdossier, minstens het proces-verbaal. Ze dringt er nogmaals op aan om de vertraging in het bekomen van dit strafdossier op te lossen en om in het kader van de werkzaamheden van het zgn. TransPV tot een concrete regeling te komen;

- de problematiek van de expertises in verzekeringen en het erg beperkt aanbod aan (onafhankelijke) experten. Inzake de medische experten bestaat het initiatief van de vzw Expecto. Dit is een initiatief van Assuralia en de verenigingen van Nederlandstalige raadgevende artsen (Benevermedex) en hun Franstalige collega's (Abefradoc). De missie van Expecto omvat twee luiken: het promoten van de specialisatie in verzekeringsgeneeskunde en medische expertise en stages organiseren voor raadgevende artsen in spe, financieel ondersteund door de verzekeringssector (<https://www.dr-expecto.be/nl/veelgestelde-vragen>);

- het belang van een tijdige voorafgaande communicatie aan de verzekerde en de benadeelde van iedere afspraak voor een medische expertise, alsook van een duidelijke informatie over de taak en rol van deze expert en het recht van de verzekerde en de benadeelde om zich te laten bijstaan door een eigen medisch expert.

De vertegenwoordigers verwijzen hiervoor naar het sectorinitiatief van de soft law en de brochure ter zake die beschikbaar is op de website van Assuralia.

De vertegenwoordigers van de verbruikers wensen echter een wettelijke regeling die de inhoud van de brochure vastlegt, geïnspireerd op de Franse wet Badinter (A.211-11.a du Code des assurances). In geval van ernstige lichamelijke letsels wensen zij een wettelijke regeling die bepaalt dat de verzekerde beroep kan doen op een advocaat onder de voorwaarden van artikel 157 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

VI. **BESLUIT**

De Commissie voor Verzekeringen legt hierna volgende twee ontwerpen voor:

- een ontwerp van nieuwe wetbepalingen en een toelichting tot regeling van de termijnen en sancties voor de prestaties van de verzekeraar die van toepassing zijn voor zover er geen bijzondere regeling geldt.

Er is een akkoord over deze teksten, behoudens wat betreft vier aspecten. De verschillende standpunten over deze vier aspecten worden toegelicht en zijn in de ontwerptekst aangeduid in vet en onderstreept (III).

- een ontwerp tot vervanging van de artikelen 13 en 14 van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (WAM-wet) (IV).

Daarnaast worden enkele punten onder de aandacht gebracht die gerelateerd zijn aan de afwikkeling van schadegevallen, doch buiten het bestek vallen van een regeling van de termijnen en de sancties voor prestaties van de verzekeraar (V).

Caroline Van Schoubroeck
Voorzitster